



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE HUMANIDADES

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

Adaptación de la Escala de Actitudes Comunitarias hacia la

Enfermedad Mental en adultos de Lima, 2018.

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

AUTORA:

GARATE REYES, Ziany Danae

ASESOR:

Mg. RODAS VERA, Nikolai Martin

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

PSICOMÉTRICA


LIMA- PERÚ

2018

El Jurado encargado de evaluar la tesis presentada por don (a) Ziany Danae Garate Reyes cuyo título es: "Adaptación de la Escala de Actitudes Comunitarias hacia la Enfermedad Mental en adultos de Lima, 2018"

Reunido en la fecha, escuchó la sustentación y la resolución de preguntas por el estudiante, otorgándole el calificativo de: 1.3 (número) tres (letras).

Lima, San Juan de Lurigancho, 19 de febrero del 2019.



 PRESIDENTE

Mg. Nikolai Rodas Vera








 SECRETARIO

Mg. Fiorella Villón Arellano



 VOCAL

Mg. Antonio Serpa Barrientos

Dedicatoria

A mí, por haber logrado lo que un día, hace
ya más de cinco años me propuse.

Agradecimientos

A mis padres, por su apoyo y su paciencia a lo largo de todo este tiempo.

A mis profesores, entre ellos el Mgtr. Juan Pomahuacre Carhuayal, quién logró que descubriera que era capaz de muchas cosas y quién despertó mi amor por la Psicología Clínica.

Al Mgtr. Gerardo Bellido Figueroa, por haberme dado la oportunidad de conocer el Centro de Salud Mental Comunitario, que hizo que tuviera un contacto directo con pacientes psiquiátricos y en dónde conocí personas muy especiales.

Al Mgtr. Nikolai Rodas Vera quién fue mi guía y asesor en la ejecución de esta investigación y quién me dio la idea de adaptar una escala sobre enfermedades mentales. Muchas Gracias a ellos.

A mis amigos, gracias por sus palabras de motivación cuando más lo necesité, gracias por comprender cuando quería estar encerrada en casa estudiando o terminando un trabajo en vez de salir, gracias por hacerme reír y por ser una fuente de desestrés, muchas gracias a todos.

Y finalmente gracias a las personas que me ayudaron participando de esta investigación y por confiar en mi trabajo.

Declaración de Autenticidad

Yo, Ziany Danae Garate Reyes, identificada con DNI N° 76604673, a efecto de cumplir con las disposiciones vigentes consideradas en el Reglamento de la Universidad César Vallejo, Facultad de Humanidades, Escuela de Psicología, declaro bajo juramento que toda la documentación que acompaño es veraz y auténtica.

Asimismo, declaro bajo juramento que todos los datos e información que se presentan en esta tesis son auténticos y veraces.

En tal sentido, asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de la información aportada. Por lo cual, acepto lo dispuesto por las normas académicas de la Universidad César Vallejo.

Lima, 19 de febrero de 2019



ZIANY DANAЕ GARATE REYES
DNI:76604673

Presentación

Señores miembros del jurado,

Presento ante ustedes la tesis titulada “Adaptación de la Escala de Actitudes Comunitarias hacia la Enfermedad Mental en adultos de Lima, 2018” que comprende los capítulos de introducción, metodología, resultados, conclusiones y recomendaciones. Elaborada con la finalidad de adaptar la escala en adultos de Lima, la misma que someto a vuestra consideración y espero que cumpla con los requisitos de aprobación para obtener el Título Profesional de Licenciada en Psicología.

Atentamente,



ZIANY DANAE GARATE REYES
DNI:76604673

Índice

Página del Jurado.....	¡Error! Marcador no definido.
Dedicatoria.....	iii
Agradecimientos	iv
Declaración de Autenticidad.....	v
Presentación.....	vi
Índice	vii
RESUMEN	xii
ABSTRACT.....	xiii
I. INTRODUCCIÓN.....	14
1.1. Realidad Problemática.....	14
1.2. Trabajos Previos.....	16
1.2.2. Antecedentes Internacionales	16
1.3. Teorías Relacionadas al Tema.....	20
1.3.1. Historia de la Enfermedad Mental	20
1.3.2. Definiciones sobre Enfermedad Mental	21
1.3.3. Definiciones sobre Actitudes Comunitarias y Estigmas	22
Escala de Actitudes Comunitarias hacia la Enfermedad Mental	23

Escala de Opiniones Sobre Enfermedad Mental (Opinions about mental illness, Cohen & Struening, 1964)	24
Escala de Ideología Comunitaria de Salud Mental (The Community Mental Health Ideology, Baker & Schulberg, 1967).....	25
Escala de Ideología Custodial de la Enfermedad Mental (Custodial Mental Illness Ideology Scale, Gilbert & Levinson, 1956).....	25
1.3.4. Teorías relacionadas a la Psicometría.....	26
Teoría Clásica de los Test.....	26
Confiabilidad	27
Medida de estabilidad (Test-Retest)	27
Método de formas alternativas.....	27
Método de mitades partidas	28
Método de Consistencia Interna	28
Validez.....	29
Validez de Contenido.....	29
Validez de Constructo.....	29
Validez de Criterio.....	29
1.4. Formulación del problema.....	30
1.5. Preguntas Específicas	30
1.6. Justificación del estudio	30

1.7. Objetivos	32
1.7.1. Objetivo General	32
1.7.2. Objetivos Específicos	32
Objetivo Específico 1.....	32
Objetivo Específico 2.....	32
Objetivo Específico 3.....	32
II. MÉTODO.....	33
2.1. Diseños de Investigación	33
2.2. Tipo de Estudio	33
2.3. Variable, Operacionalización.....	33
2.3.1. Variable.....	33
2.3.2. Operacionalización de la Variable	34
Definición Operacional.....	34
2.4. Población y Muestra.....	36
2.4.1. Población.....	36
2.4.2. Muestra.....	36
Criterios de Inclusión.....	37
Criterios de Exclusión.....	37
2.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	37
Ficha Técnica.....	38

2.6. Corrección.....	39
2.7. Validez y Confiabilidad del Instrumento.....	39
2.8. Métodos de análisis de datos.....	39
2.9. Aspectos Éticos.....	42
III. RESULTADOS.....	42
Validez De Contenido.....	42
Análisis Preliminar.....	44
IV. DISCUSIÓN.....	48
V. CONCLUSIONES.....	52
VI. RECOMENDACIONES.....	53
VII. REFERENCIAS.....	55
ANEXOS.....	63
Anexo 1: Permisos para Adaptación de la Escala.....	64
Anexo 2: Formato de Escala Adaptada.....	65
Anexo 3: Documentos para Validar los instrumentos a través de juicio de expertos.....	65

Índice de Tablas

Tabla 1: Matriz de Operacionalización	35
Tabla 2: Adaptación de los ítems originales	43
Tabla 3: Análisis Preliminar de los ítems.....	44
Tabla 4: Índices de Bondad de ajuste de tres modelos	46
Tabla 5: Cargas Factoriales Estandarizadas, consistencia interna y correlación entre factores	47

RESUMEN

El presente trabajo de investigación se realizó con el objetivo de adaptar la Escala de Actitudes Comunitarias hacia la Enfermedad Mental en adultos de Lima. El enfoque del estudio es de tipo cuantitativo, con un diseño no experimental. La muestra estuvo conformada por 302 adultos de Lima de entre 20 y 70 años de edad de ambos sexos. Dentro de los principales resultados obtenidos, se evidencia la validez del instrumento realizada a través del análisis factorial confirmatorio en donde se obtuvieron tres modelos, siendo el tercer modelo de 14 ítems y 3 factores el que presentaba adecuados índices de ajuste global tales como χ^2 de 126.348, χ^2/gl = 1.70, GFI= .94, CFI=.93, SRMR= .04, RMSEA= .04 y AIC= 188.348, además se ejecutó un análisis de la consistencia interna del instrumento mediante Omega, en el que se evidenciaron bajos niveles de confiabilidad en los 3 factores finales que fueron Benevolencia .68, Restricción Social de .67 e Ideología de Salud Mental Comunitaria de .63.

Finalmente se concluye que la Escala de Actitudes Comunitarias hacia la Enfermedad Mental posee adecuadas evidencias de validez. Sin embargo, presenta bajos niveles de confiabilidad por lo que su utilización sería a nivel de investigación más no profesional.

Palabras Clave: Enfermedad Mental, Adaptación, Escala, Validez, Confiabilidad

ABSTRACT

The present research work was carried out with the aim of adapting the Community Attitudes Scale towards Mental Illness in adults of Lima. The study approach is a quantitative type, with a non-experimental design. The sample consisted of 302 male and female adults from Lima between 20 and 70 years of age. Among the main results obtained, the validity of the instrument made through the confirmatory factor analysis where three models were obtained, being the third model of 14 items and 3 factors that had adequate global adjustment indexes such as χ^2 of 126,348, $\chi^2 / gl = 1.70$, GFI = .94, CFI = .93, SRMR = .04, RMSEA = .04 and AIC = 188.348, in addition of the main obtained results, the analysis of the internal consistency of the instrument was carried out using Omega, which showed low levels of reliability in the 3 final factors that were Benevolence .68, Social Restraint of .67 and Ideology of Community Mental Health of .63.

Finally, it is concluded that the Community Attitude Scale towards Mental Illness has adequate evidence of validity. However, it has low levels of reliability, so its use would be at a more non-professional level of research.

Keywords: Mental Illness, Adaptation, Scale, Validity, Reliability.

I. INTRODUCCIÓN

1.1. Realidad Problemática

A nivel mundial, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013) mencionó que las personas que padecen de trastornos mentales tales como la depresión o la esquizofrenia podrían tener una alta posibilidad de muerte del 40% a 60 % mayor que el total de personas en el mundo.

En Sudamérica, los trastornos mentales tienen una alta prevalencia y contribuyen a la discapacidad y mortalidad prematura; sin embargo, solo el 1.5 % del presupuesto de salud está dedicado a la salud mental y de éste, solamente el 67 % se gasta en hospitales mentales (Rodríguez, 2011).

Por otro lado, dentro de la realidad nacional, el 29% de la población peruana ha presentado algún trastorno mental a lo largo de su vida. Dentro de los más frecuentes se encuentran los trastornos de ansiedad, seguido por trastornos del estado de ánimo, control de impulsos y el uso de sustancias. Además, en Lima, del total de la población que reconoce haber padecido problemas de salud mental, solo el 24,5% accedió a los servicios de salud. En el caso de la sierra y la selva, el porcentaje encontrado fue menor que el de Lima (13,9% y 14, 3%, respectivamente) (Piazza & Fiestas, 2015).

Asimismo, el Ministerio de Salud (2015) con el fin de proteger y promover la salud mental en el país, invirtió más de 25 millones de soles en la implementación de 22 centros de salud mental

comunitarios. Es por ello que San Juan de Lurigancho además de ser el distrito más poblado del país es el lugar donde más ha incrementado los casos de personas afectadas por violencia, abuso sexual, adicción a drogas, delincuencia y criminalidad, siendo la población más afectada los niños y jóvenes de los asentamientos humanos, lo cual hace indispensable la creación del Centro de Salud Mental Comunitario Jaime y Zubieta y el Centro de Salud Mental Comunitario Zárate.

En la actualidad, las personas con trastornos mentales sufren de actos discriminatorios y prejuicios que los hacen padecer de baja autoestima, una mala calidad de vida y que les sea más difícil la adherencia al tratamiento (Mascayano, Lips, Mena & Manchego, 2015). Así como lo manifiesta Ochoa et al (2015) los estigmas que se crean en torno a las personas con enfermedades mentales es por la creencia que se tiene que son agresivos e incontrolables.

En una investigación en Perú, para muchos de los habitantes, una persona que sufre de enfermedades mentales implica que se propicien situaciones de inseguridad en donde esté presente la violencia o agresividad (Roca, Vega & Alacid, 2016).

Debido a la incertidumbre que existía sobre este tema, Taylor y Dear (1981) construyeron la Escala de Actitudes Comunitarias hacia la enfermedad Mental (CAMI, Community Attitudes Toward The Mentally Ill). Asimismo, existen diversos estudios en donde adaptan o utilizan la escala para investigaciones relacionadas a las enfermedades mentales. En el presente estudio se muestran las investigaciones realizadas en Suecia, España y Chile como parte de los antecedentes más relevantes sobre la adaptación de esta escala en distintas poblaciones.

Por estas razones y dado que en Lima no existe un instrumento que evalúe estigmas y/o prejuicios sobre las enfermedades mentales, se pretende realizar una adaptación de la Escala de Actitudes Comunitarias hacia la Enfermedad Mental (CAMI, por sus siglas en inglés) para determinar cuáles son los pensamientos que se tienen sobre las personas que padecen de algún trastorno mental dentro de una realidad en donde existen muchos casos sobre este tipo de problemas como lo es en Lima.

1.2. Trabajos Previos

1.2.2. Antecedentes Internacionales

Taylor y Dear (1981) elaboraron en Toronto un estudio acerca de las actitudes que tenían distintos grupos de sujetos hacia las personas con enfermedades mentales y cuál era su opinión acerca de las instalaciones que ofrecían los servicios de salud mental en su comunidad. Para su ejecución se utilizó un muestro aleatorio estratificado en 3 niveles socioeconómicos (alto, medio y bajo) y se tomaron en cuenta áreas con o sin centros comunitarios, la muestra fue de 1090 personas a las que se le aplicó el cuestionario, el cual está conformado de 4 dimensiones de 10 ítems cada uno con un total de 40 ítems. Se realizaron dos pruebas preliminares para determinar la validez y confiabilidad de la escala, el primero fue con un grupo de estudiantes universitarios de primer año de 321 participantes y el segundo grupo constó de una prueba de campo de 54 participantes. Dentro de los resultados se obtuvo un puntaje mayor a 0.50 con respecto a la confiabilidad de las 4 dimensiones. Finalmente, con la muestra total de 1090 participantes se obtuvieron para la dimensión de benevolencia un resultado de 0.76 con respecto a la

confiabilidad, en la dimensión de restricción social un puntaje de 0.80, para la dimensión de ideología de salud mental comunitaria un resultado de 0.88 y para la dimensión de autoritarismo un puntaje de 0.68. La validez de constructo de la prueba se realizó a través del análisis factorial en donde se obtuvo una solución ortogonal de 4 factores que representa el 42 % de la varianza, también se evidenció la correlación de las dimensiones, en donde se encontró que la correlación más alta fue entre la dimensión de ideología de salud mental comunitaria y restricción social con un puntaje de -0.77 mientras que la correlación más baja fue de autoritarismo y benevolencia con un puntaje de -0.63. El propósito de correlacionar las dimensiones fue determinar la validez predictiva de los cuatro factores, para realizar este análisis se midieron las reacciones de las personas a las instalaciones de salud mental en términos de actitud y comportamiento, la dimensión con mayor validez predictiva es la de Ideología de Salud Mental Comunitaria ya que hace un mayor énfasis en la comunidad y su opinión sobre las personas con enfermedades mentales. Se obtuvo como resultados que la Escala CAMI es confiable para su aplicación y que existe una relación entre los ítems, dimensiones y el constructo.

Högberg et al (2008) realizaron una investigación en Suecia en donde se tuvo como muestra a 256 estudiantes de enfermería del segundo año de carrera de tres universidades diferentes. Para la ejecución del estudio se llevó a cabo la validez de contenido a través del juicio de expertos en donde se realizó una traducción al sueco de la escala original. Se obtuvo la correlación total corregida en donde se encontró que 20 ítems tenían cargas menores a 0.43 por lo que fueron excluidos. La escala final quedó con 9 ítems para el factor Ideología de Salud Mental Comunitaria, 5 ítems para Restricción Social, 4 ítems para Autoritarismo y 2 ítems para el factor de Benevolencia ya que mostraban cargas altas o moderadas. Se hizo un análisis de la

consistencia interna del instrumento para determinar la confiabilidad total de la escala con los 20 ítems finales en el que se obtuvo un .90 en el alfa de Cronbach. Se realizó el análisis factorial exploratorio para descubrir la estructura latente de los 20 ítems y se reveló que la escala podía ser representada adecuadamente por solo 3 factores los cuales serían Mentalidad abierta y Prointegración que hace referencia a la necesidad de actitudes comprensivas y amables (ítem 8 y el ítem 3); el valor terapéutico de la comunidad (ítem 5); la normalidad de las personas con enfermedades mentales graves (ítem 2); la diferencia entre las personas con enfermedades mentales graves y las personas normales (ítems 7 y 9); y la aceptación del principio de desinstitucionalización (ítems 4 y 6), Miedo y Violencia que son la falta de voluntad para involucrarse personalmente (ítem 10); la necesidad de hospitalizar a personas con enfermedades mentales graves (ítem 13); el peligro que poseen los residentes debido a las personas con enfermedades mentales (ítem 12, 14 y 15); el peligro que representan las personas con enfermedades mentales en general (ítem 11) e Ideología de Salud Mental Comunitaria que hace referencia a la responsabilidad de la sociedad con las personas con enfermedades mentales graves (ítem 17 y 19); las personas con enfermedades mentales graves son normales (ítem 16 y 18) y mantener una distancia social (ítem 20). Cada factor obtuvo un resultado por consistencia interna de alfa de Cronbach de .84 para la dimensión de Mentalidad abierta y Prointegración, .77 para Miedo y Violencia y .71 para la dimensión de Ideología de Salud Mental Comunitaria.

Ochoa et al (2015) elaboraron en España una investigación en una población adolescente. Para la ejecución de dicho estudio se hizo una traducción y retrotraducción de la escala mediante la validez de contenido y se evaluaron a 150 alumnos de secundaria de entre 14 y 18 años en dos momentos. Se obtuvo como resultado que el instrumento es confiable para la evaluación del estigma social ya que se hizo un análisis de la consistencia interna mediante el alfa de Cronbach

el cual arrojó un resultado de 0.861 para la primera evaluación y de 0.909 para la segunda evaluación, además realizaron un análisis para valorar la estabilidad temporal del instrumento, el cual se calculó mediante el coeficiente de correlación intraclase que obtuvo puntajes entre 0.75 y 0.335 con respecto a los ítems (solo tres valores se encuentran por debajo de 0.50) y con respecto a las subescalas, éstas obtuvieron puntajes mayores a 0.80. No se encontraron evidencias de validez por estructura interna en este estudio.

Grandón et al (2016) elaboraron en Chile un estudio en el que para su ejecución se tomaron dos muestras, la primera de 399 personas y la segunda con 350 personas. Se realizó el análisis factorial exploratorio con la primera muestra el cual arrojó tres soluciones realizadas mediante el Análisis Paralelo de Horn, la tercera solución fue quedarse con solo dos factores de 5 ítems cada uno ya que explicaba un 35% de la varianza, el factor 1 llevó por nombre “aceptación” ya que agrupaba los ítems que demostraban una actitud positiva para las personas con enfermedades mentales; éstos ítems pertenecen a las 4 dimensiones de la escala original, por otro lado, el factor 2 hacía referencia a las respuestas de oposición y rechazo a las instalaciones de salud mental, es por ello que este factor recibió por nombre “rechazo a la instalación de centros de salud mental en la comunidad”. Ya con los dos factores establecidos se realizó el análisis factorial confirmatorio donde se obtuvo un índice del CFI de 0.957, en tanto que el Chi-cuadrado fue de 2.15 que es considerado como un buen puntaje, también se obtuvo el TLI con un puntaje de 0.945 que se encuentra por debajo de lo esperado al igual que el RMSEA que fue de 0.057. El análisis de confiabilidad se determinó a través del alfa de Cronbach que arrojó un puntaje de 0.61 para la primera dimensión y de 0.66 para la segunda dimensión y de 0.69 para la escala total, la validez

de criterio concurrente se determinó a través del coeficiente de correlación de Pearson con la Escala de Orientación a la Dominancia Social (SDO).

1.3. Teorías Relacionadas al Tema

1.3.1. Historia de la Enfermedad Mental

Históricamente, durante la edad media hubo un predominio de la creencia mágico-religioso con respecto a las enfermedades mentales en dónde se imponía la idea de una posesión demoniaca que explicaba el comportamiento raro o extraño de algunas personas. La cura para tales comportamientos era intentar liberar al demonio del cuerpo de la persona sin ejercer actos de crueldad innecesarios (Stucchi, 2013).

Dentro de este contexto y luego de muchos años, Pinel quién fue un psiquiatra francés, a finales del siglo XVIII propuso un nuevo enfoque para el cuidado de las personas con enfermedades mentales, el cuál consistía en no usar la crueldad al encadenarlos sino más bien llamó su propuesta como “tratamiento moral” que además implicaba que exista una relación más amistosa entre médico y paciente (Sushma & Tavaragi, 2016).

En el plano psicoanalítico, Mesmer, médico de profesión, empezó a utilizar la hipnosis como táctica para desaparecer las enfermedades mentales, años más tarde, en 1766 publicó un libro titulado “The Influence of the Planets” el cuál hablaba sobre la idea de que las personas estaban llenas de fluido magnético tal como lo estaba el universo. Mesmer afirmaba que las alteraciones

mentales eran producto de un desequilibrio de tal fluido magnético llamándolo “magnetismo animal” (Baker, 1990, en Halgin & Whitbourne, 2004).

Entre 1909 y 1913, Kraepelin presenta la 8va edición de su clasificación sobre enfermedades psiquiátricas, la cual se va publicando en 4 tomos con un total de 2500 páginas de carácter pronóstico, con una durabilidad, incurabilidad y marcha crónica como objeto de utilidad para las instituciones psiquiátricas de esa época. Finalmente, en 1920, “Las Formas Fenoménicas de la Locura” se sitúa como la gran síntesis de su trabajo (Mahieu, 2009).

1.3.2. Definiciones sobre Enfermedad Mental

Los trastornos mentales surgen de una interacción de factores tanto biológicos, psicológicos y socioculturales, tal es el caso que existen algunos trastornos que tienen un desarrollo más propenso a la genética que otros, sin embargo, algunas condiciones de vida pueden proteger o enlentecer la aparición de dichos trastornos. Estas condiciones de vida son llamados “factores protectores” (Halgin & Whitbourne, 2004).

Según Hernández (2013) “Se definen como patológicos solo aquellos elementos que logran trastornar el funcionamiento psicológico de forma global y perturban la adaptación del sujeto al mundo circundante (p.21).”

La Organización Mundial de la Salud mediante el compendio de información de la comunidad científica realizó la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE), la cual se ha ido modificando a través de los años por lo que actualmente se encuentra en su décimo primera

edición. Dicha clasificación se creó con el fin de que exista un lenguaje común en la Psiquiatría (OMS, 2004).

Es a partir de la tercera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales dónde se obtuvo un gran avance sobre el diagnóstico de trastornos mentales y una facilidad con respecto a la investigación empírica (American Psychiatric Association, 2002).

1.3.3. Definiciones sobre Actitudes Comunitarias y Estigmas

Las actitudes parten de un aprendizaje que impulsa a la persona a comportarse de determinada manera en relación con un objeto u individuo específico (Schiffman, Lazar & Wisenblit, 2010).

Los estigmas son la discrepancia entre la identidad social virtual (ideas o creencias que ya se tiene en base una cultura o sociedad) y la identidad social real (características que pueden poseer las personas y que pueden ser comprobadas como tal), los estigmas parten de cómo las personas pueden mostrarse, con una característica resaltante que la hace ver como una persona menos agradable, de esta forma se convierte en alguien reducido y menospreciado por la sociedad (Goffman, 1963).

Para Link & Phelan (2001) existen diferentes componentes del estigma que se relacionan entre sí y que constan de que en el primer componente las personas distinguen las diferencias humanas y las etiquetan; en el segundo componente las creencias sociales relacionan a las personas que han sido etiquetadas con los indeseables y los ubican en categorías negativas; en el tercer componente las personas etiquetadas tratan de estar en distintas categorías para lograr una

separación denominada “nosotros” y “ellos” y en el cuarto componente las personas etiquetadas pierden niveles de estatus y experimentan la discriminación. Entonces la coexistencia de estos cuatro componentes “estereotipos, separación, pérdida de estatus y discriminación” serían los causantes de una situación en dónde exista el estigma.

La sociedad a lo largo de la historia ha luchado con el impacto que generan los trastornos o enfermedades mentales en las personas, siendo muy normales las actitudes de desprecio, evasión y hasta repudio hacia quienes padecen este tipo de males (Zárata, Ceballos, Contardo & Florenzano, 2006).

La discriminación que existe en las personas con enfermedades mentales no siempre es la misma, ya que los que padecen de esquizofrenia no reciben el mismo trato de los que padecen algún trastorno de ansiedad o de depresión (López et al, 2008).

Dado a los estereotipos tan grandes que existen acerca de las personas con enfermedades mentales, estos representan una gran barrera para que consigan algún trabajo. Una de las razones que más influencia tiene en este hecho es el estigma de que son personas agresivas y violentas (Noble & Collingnon, 1987, en Magallares, 2011).

Escala de Actitudes Comunitarias hacia la Enfermedad Mental

El propósito del estudio de Taylor y Dear fueron dos, el primero fue construir un instrumento capaz de medir las actitudes de aceptación o rechazo de la comunidad hacia los enfermos mentales y el segundo fue predecir y explicar las reacciones de la comunidad frente a las

instalaciones que tratan a las personas con enfermedades mentales (Taylor & Dear, 1981). Para Taylor y Dear (1979) las actitudes hacia los enfermos mentales son una combinación de características personales que incluyen el estado socioeconómico, el estado de ciclo de vida y las creencias y valoraciones personales. La Escala de Actitudes Comunitarias hacia la Enfermedad Mental se basó en dos escalas, la primera de ellas la Escala de Opiniones sobre enfermedad mental (OMI, por sus siglas en inglés) y la Escala de Ideología Comunitaria de Salud Mental (CMHI, por sus siglas en inglés).

A continuación, se presentará a ambas escalas.

Escala de Opiniones Sobre Enfermedad Mental (Opinions about mental illness, Cohen & Struening, 1964)

La escala OMI buscó la precisión adecuada y la medición precisa de las actitudes y opiniones hacia la enfermedad mental a través de una escala que consta de 51 preguntas de 5 dimensiones, las cuáles constan en A) Autoritarismo, B) Benevolencia, C) Ideología de Higiene Mental, D) Restricción Social y E) Etiología Interpersonal (Yang & Link, 2015).

Esta escala tiene como objetivo describir las diferencias que existen en las actitudes de los trabajadores de hospitales y demostrar la relación que existe con un aspecto importante de la eficacia hospitalaria (Cohen & Struening, 1964).

Escala de Ideología Comunitaria de Salud Mental (The Community Mental Health Ideology, Baker & Schulberg, 1967)

En este estudio se realizaron ítems variados para medir el compromiso de las personas con ideologías comunitarias en salud mental. Esta prueba consta de 38 ítems repartidos en 3 dimensiones las cuales constan en A) Características totales de la Población, B) Prevención Primaria y C) Participación de la Comunidad (Taylor & Dear, 1981).

El objetivo principal de la presente escala es la estructura ideológica de la salud mental comunitaria que puede ser expresada como una serie de cambios dentro de la comunidad en beneficio de su salud mental y física. Debido a estas razones el propósito de la escala es medir el nivel de adherencia de una persona para la ideología de salud mental comunitaria (Baker & Schulberg, 1967).

Taylor y Dear (1981) refieren que al final solo utilizaron tres dimensiones de la OMI, una de la CMHI pero que colocaron en su prueba cuatro preguntas sobre autoritarismo de la Escala de Ideología Custodial de Enfermedad Mental (CMI, por sus siglas en inglés) desarrollado por Gilbert y Levinson (1956).

Escala de Ideología Custodial de la Enfermedad Mental (Custodial Mental Illness Ideology Scale, Gilbert & Levinson, 1956)

El presente estudio hace referencia a las ideologías de los trabajadores de los hospitales psiquiátricos con respecto a las causas de las enfermedades mentales y con respecto a las políticas de salud que existen en dichos hospitales acerca del tratamiento de las personas con enfermedades

mentales. La escala de ideología custodial de la enfermedad mental tiene dos importantes objetivos, el primero de ellos es el de comprobar la hipótesis de que un conjunto de ideas diferentes puede juntarse para formar una más coherente para un sujeto y el segundo objetivo de la investigación es formular medidas cuantitativas que sean significativas para facilitar el origen de las ideas y la relación que existe entre el sujeto y su ambiente (Gilbert & Levinson, 1956).

Continuando con el mismo autor, mencionan que la Escala contiene veinte ítems los cuáles están repartidos en tres dimensiones que son A) Naturaleza y causa de las enfermedades mentales, B) Condiciones en el hospital y C) Relación de pacientes y personal. Estas dimensiones se derivaron de entrevistas, conversaciones y observaciones dentro de un establecimiento de salud (Gilbert & Levinson, 1956).

1.3.4. Teorías relacionadas a la Psicometría

La psicometría es una rama de la psicología que se encarga de cuantificar los problemas de la psicología, tiene una base estadística para el desarrollo de las teorías y para el uso de técnicas de medición (Abad et al, 2004). La perspectiva práctica de la psicometría se encarga de crear instrumentos adecuados para la medida de las características psicológicas de interés, dichos instrumentos son las ya conocidas pruebas psicométricas (Aliaga,2007).

Teoría Clásica de los Test

Propuesto por Spearman en 1904 en el que se refiere que los puntajes obtenidos por una prueba serían afectados por un error que puede ser dependiente del sujeto como también del ambiente o

del propio instrumento de medida, puede suceder también que no se vea afectado en nada. (Muñiz, 1992).

Confiabilidad

Hace referencia al grado de la aplicación reiterada de un instrumento en una población o sujeto y que produce un mismo resultado. (Hernández, Fernández & Baptista, 2014). La confiabilidad es la ausencia de errores de medición en alguna prueba, sería como la suma de los puntajes reales con los puntajes de error (Magnusson, 1978). Existen formas de medir la confiabilidad las cuales se dividen en distintos tipos.

Medida de estabilidad (Test-Retest)

Se aplica una misma prueba varias veces en un mismo grupo de personas después de un periodo de tiempo. Si los resultados son positivos en ambos momentos se considera el instrumento confiable para su posterior aplicación (Bohrnstedt, 1976, en Hernández, Fernández & Baptista, 2014).

Método de formas alternativas

En este método se reparten dos o más instrumentos similares al principal y se administran en un mismo periodo de evaluación, de igual manera el instrumento es confiable si existe una correlación positivamente alta entre ambos (Hernández, Fernández & Baptista, 2014).

Método de mitades partidas

Solo se necesita una aplicación de la prueba. “El conjunto total de ítems o reactivos se divide en dos mitades equivalentes y se comparan los resultados de ambas” (Hernández, Fernández & Baptista, 2014).

Método de Consistencia Interna

La consistencia interna de un instrumento hace referencia al grado en que los ítems, puntos o reactivos se correlacionan entre sí y determinan el grado en que miden el mismo constructo (Campo-Arias & Oviedo, 2008).

Dentro de este método se encuentran el Alfa de Cronbach que fue propuesto por Lee Cronbach en el año 1951 en donde se corrobora la relación de los ítems de la prueba. (Quero, 2010). También están los coeficientes KR20 Y KR21 de Kuder y Richardson, que constan en dos formas de verificar la confiabilidad dónde no es necesario dividir los ítems de la prueba (Hernández, Fernández & Baptista, 2010). Por otro lado, se encuentra el coeficiente de omega, el cual a diferencia del alfa de Cronbach trabaja con las cargas factoriales que son la suma de las variables y que reflejan un verdadero nivel de confiabilidad (Ventura & Caycho, 2017).

Validez

La validez se da cuando un instrumento mide lo que realmente tiene que medir, es decir si la prueba mide agresividad tiene que medir eso y no atención y concentración. Dentro de la validez existen distintos tipos que corroboran la evidencia (Hernández, Fernández & Baptista, 2010).

Validez de Contenido

“Es el grado en que un instrumento refleja un dominio específico de contenido de lo que se mide” (Hernández, Fernández & Baptista, 2014, p.201). La forma más fácil de ejecutar la validez de contenido por criterio de juicio de expertos es pedir la eliminación, modificación o aprobación de los ítems planteados en el instrumento (Escrura, 1988).

Validez de Constructo

Hace referencia al grado en que el instrumento mide la variable o constructo que quiere medir, tiene una perspectiva científica ya está vinculado con la teoría en que se basa el instrumento. La validez de constructo es confiable cuando cada dimensión y variable tienen relación con la teoría planteada (Hernández, Fernández & Baptista, 2014).

Validez de Criterio

Es el tipo de validez en dónde se realiza una correlación entre los puntajes y los criterios del instrumento (Aliaga, 2007). Cuanto más esté relacionado los resultados del instrumento con los

criterios que mide existirá una mayor validez de criterio (Hernández, Fernández & Baptista, 2014).

1.4. Formulación del problema

¿Cuáles son las propiedades psicométricas de la Escala de Actitudes Comunitarias hacia la Enfermedad Mental en adultos de Lima, 2018?

1.5. Preguntas Específicas

¿Es la Escala de Actitudes Comunitarias hacia la Enfermedad Mental comprendida por los adultos de Lima, 2018?

¿Cuáles son las evidencias de validez por estructura interna de la Escala de Actitudes Comunitarias hacia la Enfermedad Mental en adultos de Lima, 2018?

¿Cuál es el grado de confiabilidad por consistencia interna de la Escala de Actitudes Comunitarias hacia la Enfermedad Mental en adultos de Lima, 2018?

1.6. Justificación del estudio

El presente estudio es conveniente ya que generará un conocimiento sobre la estigmatización que existe en las personas que padecen enfermedades mentales, es por ello que esta investigación

realizará una aportación para las futuras investigaciones que quieran abordar el tema de la estigmatización de las enfermedades mentales.

Muestra una relevancia social debido a los datos estadísticos encontrados de las anteriores adaptaciones de la Escala de Actitudes Comunitarias hacia la Enfermedad Mental, también porque podrá ser utilizado en las distintas poblaciones del lugar donde se realizará la adaptación de la escala; el objeto de estudio serán personas adultas a partir de los 20 hasta los 70 años.

Asimismo, cuenta con un valor teórico debido a que contiene definiciones y teorías con una trascendencia en el desarrollo de su contenido, además ya que nunca se ha realizado este tipo de investigación en Lima se pretende llenar el vacío informacional que existe con el estudio que se pretende realizar.

Contiene una utilidad metodológica porque se seguirá el proceso adecuado para la adaptación de instrumentos psicométricos, se calculará la validez y se obtendrá la confiabilidad de la Escala de Actitudes Comunitarias hacia la Enfermedad Mental.

Tiene una Utilidad práctica porque con este instrumento se podrán realizar investigaciones sobre las creencias, actitudes y estigmas que presentan las distintas poblaciones acerca de las personas que padecen de enfermedades mentales, asimismo, los resultados obtenidos servirán como una muestra válida de cómo reaccionan las personas con el tema de la salud mental y cuál es el impacto que tiene en la sociedad.

1.7.Objetivos

1.7.1. Objetivo General

Adaptar la Escala de Actitudes Comunitarias hacia la Enfermedad Mental en adultos de Lima, 2018.

1.7.2. Objetivos Específicos

Objetivo Específico 1

Realizar la adaptación lingüística de la Escala de Actitudes Comunitarias hacia la Enfermedad Mental en adultos de Lima, 2018.

Objetivo Específico 2

Determinar la validez por estructura interna de la Escala de Actitudes Comunitarias hacia la Enfermedad Mental en adultos de Lima, 2018.

Objetivo Específico 3

Establecer la confiabilidad por consistencia interna de la Escala de Actitudes Comunitarias hacia la Enfermedad Mental en adultos de Lima 2018.

II. MÉTODO

2.1. Diseños de Investigación

El diseño de investigación del presente estudio es de tipo no experimental transversal ya que se realiza en un momento determinado, este tipo de investigaciones se efectúan para probar la prevalencia del estudio ya que no son susceptibles al cambio (Ato, López & Benavente, 2013).

2.2. Tipo de Estudio

La presente investigación es del tipo instrumental ya que está orientada a la elaboración o adaptación de instrumentos psicométricos (Montero & León, 2002).

2.3. Variable, Operacionalización

2.3.1. Variable

Las variables son definidas de manera conceptual y operacional; con respecto a la definición conceptual, hace referencia a la expresión de dicha variable según el marco teórico, mientras que la definición operacional expresa como se medirá la variable a estudiar (Morone, 2013).

Dentro de la definición de la variable de Actitudes Comunitarias hacia la Enfermedad Mental los autores mencionan que la integración social de los pacientes con enfermedades mentales depende mucho de la aceptación o negación de la comunidad y de las reacciones que puedan

manifestar hacia las instalaciones que se encargan de los enfermos mentales (Taylor & Dear, 1981). Asimismo, manifiestan que las actitudes hacia los enfermos mentales son una combinación de características personales que incluyen el estado socioeconómico, el estado de ciclo de vida y las creencias y valoraciones personales (Taylor & Dear, 1979).

2.3.2. Operacionalización de la Variable

Definición Operacional

Se medirá la variable a través de la “Escala de Actitudes comunitarias hacia la Enfermedad Mental” de Taylor y Dear (1981), la cual discurre en puntuaciones dentro de la escala Likert con 5 opciones de respuesta.

Tabla 1: Matriz de operacionalización
Actitudes Comunitarias hacia la Enfermedad Mental

	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de Medición
Actitudes Comunitarias hacia la Enfermedad Mental	Taylor y Dear (1979) refieren que las actitudes hacia los enfermos mentales son una combinación de características personales que incluyen el estado socioeconómico, el estado de ciclo de vida y las creencias y valoraciones personales.	El instrumento de la Escala de Actitudes Comunitarias hacia la Enfermedad Mental tiene como objetivo medir, predecir y evaluar las reacciones de la comunidad frente a las personas con enfermedades mentales a través de 4 dimensiones las cuales constan en Autoritarismo, Benevolencia, Restricción Social e Ideología de la Salud Mental en la Comunidad.	Autoritarismo	Opiniones acerca de las personas con enfermedades mentales como inferiores a las que lo padecen. (Taylor & Dear,1981)	1,5, 9, 13,17,21,25,29, 33, 37
			Benevolencia	Evalúa actitudes de protección hacia los pacientes, pueden ser tomadas como actitudes paternalistas. (Taylor & Dear,1981)	2,6,10,14,18,22,26, 30,34,38
			Restricción Social	Peligro que representan las personas con enfermedades mentales para la sociedad. (Taylor & Dear,1981)	3,7,11,15,19,23, 27,31,35, 39
			Ideología de la Salud Mental	Actitudes y creencias con respecto a la reinserción a la sociedad de las personas con enfermedades mentales. (Taylor & Dear, 1981)	4,8,12,16,20,24, 28,32,36, 40
					El instrumento está compuesto por 4° reactivos de opción múltiple por lo que se ubica en una escala de medición ordinal. Totalmente de acuerdo = 5 De acuerdo=4 Ni de acuerdo ni desacuerdo =3 No estoy de acuerdo = 2 Totalmente en desacuerdo =1 Los ítems inversos se puntúan del 1 al 5 siendo Totalmente de acuerdo:1 y Totalmente en desacuerdo: 5

Fuente: Taylor y Dear (1981)

2.4.Población y Muestra

2.4.1. Población

Hace referencia a los participantes, objetos, comunidades o sucesos que será en dónde se realice la investigación (Hernández, Fernández y Baptista, 2014). Por lo tanto, según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (2018), la población que será el objeto de estudio consta de 8 millones 574 mil 974 de habitantes que corresponden a Lima Metropolitana, para lo cual solo se optará por una muestra de 302 personas de entre 20 y 70 años de ambos sexos.

2.4.2. Muestra

La muestra es un grupo pequeño de la población sobre el que se hará la recolección de datos; tiene que definirse y delimitarse de manera exacta y ser una parte representativa de la población (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

Para la ejecución de este estudio fueron seleccionadas personas de entre 20 y 70 años, la muestra final constó de 302 sujetos de Lima Metropolitana de ambos sexos. Según Tabachnick y Fidell, (2001), como se citó en Pérez y Medrano (2010) existen autores que mencionan que para realizar el análisis factorial se necesitarían muestras de 300 sujetos ya que arrojará resultados más útiles y favorables para la investigación.

Para esta investigación se realizó el muestreo no probabilístico por bola de nieve ya que los participantes serán seleccionados por un solo grupo reducido de personas los cuales conducirán a otros sujetos que representen las características del estudio (Fuentelzas, 2004).

Criterios de Inclusión

- Adultos habitantes de Lima
- Edades entre 20 y 70 años de ambos sexos.
- Ubicados en tiempo, espacio y persona.
- Contar con secundaria completa
- No tener signos de enfermedad mental.

Criterios de Exclusión

- Personas que padezcan de enfermedad mental
- Que no se encuentren dentro del rango de edad establecido
- Personas extranjeras
- Analfabetos
- Que no habiten en Lima Metropolitana.

2.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Como instrumento de trabajo para la presente investigación se utilizará la Escala de Actitudes Comunitarias hacia la Enfermedad Mental (CAMI), la cual mide las dimensiones de

Autoritarismo, Benevolencia, Restricción Social e Ideología de la Salud Mental y será aplicada en los pobladores de los distintos distritos de Lima.

Ficha Técnica

Nombre	: Escala de Actitudes Comunitarias hacia la Enfermedad Mental
Nombre Original	: Community Attitudes Toward the Mentally Ill (CAMI)
Autores	: Michael Dear & Martin Taylor
Procedencia	: Toronto, Canadá
Adaptación al Español	: Ochoa, S., Martínez, F., Vila, R., Arenas, O., Casas, E., García, E., Villellas, R., Ramón, J., Pérez, M., Valduciel, T, García, M., Miguel, J., Balseira, J., Pascual, G., Julia, E., Casellas, D y María, J.
Aplicación	: Individual y Colectiva
Tiempo de aplicación	: 15 minutos aproximadamente, no está delimitado.
Edad	: No está delimitado
Objetivo	: Medir y explicar las actitudes de la comunidad frente a las personas con enfermedades mentales y sus reacciones frente a los establecimientos de servicios de salud en su localidad
Aspectos que evalúa	: Consta de cuatro dimensiones que son: Autoritarismo, Benevolencia, Restricción Social e Ideología de la Salud Mental
Tipo de respuesta	: Escala Likert, cinco opciones de respuesta.

2.6. Corrección

La Escala de Actitudes Comunitarias hacia la Enfermedad Mental (CAMI) consta de 40 ítems que evalúan 4 dimensiones en donde los sujetos contestan en una escala según sea el comportamiento en el que se identifican como “Totalmente en Desacuerdo”, “No estoy de acuerdo”, “Ni acuerdo ni desacuerdo”, “De acuerdo” y “Totalmente De acuerdo” otorgándole una puntuación desde 1 a 5 si son ítems negativos y de 5 a 1 si son ítems positivos.

2.7. Validez y Confiabilidad del Instrumento

La Escala de Actitudes Comunitarias hacia la enfermedad mental (CAMI) en su adaptación al castellano por Ochoa et al (2015) obtuvo una confiabilidad en su primera aplicación del 0.86 y en su segunda aplicación del 0.90. Para llegar a este resultado se realizó el análisis estadístico de la consistencia interna mediante el Alfa de Cronbach.

Dentro de la confiabilidad del instrumento, se realizó el coeficiente de correlación intraclase y se ejecutó un análisis de las subescalas por género que arrojó como resultado que los valores del coeficiente de correlación intraclase están entre el 0.77 y el 0.33 en el análisis realizado de ítem por ítem y de 0.88 y 0.81 en las subescalas.

2.8. Métodos de análisis de datos

Para la ejecución de los datos estadísticos se utilizó el programa IBM SPSS STATISTICS 25 cuya licencia fue adquirida por la Universidad César Vallejo, se hará uso también del programa de software IBM-SPSS AMOS.

Se procedió a evidenciar la estructura interna del instrumento a través del Análisis Factorial Confirmatorio como lo recomiendan Prieto y Delgado (2010). Luego se exploró la normalidad univariada a través de la asimetría y curtosis. Según George y Mallery (2003) la asimetría y curtosis son un método para evaluar la normalidad de distribución en donde se consideran los valores dentro del rango de -1.5 y +1.5 ya que estos indican leves variaciones de la normalidad y se puede proceder a realizar el análisis factorial exploratorio.

La estimación del ajuste del modelo se ejecutó mediante χ^2/df que corresponden al chi cuadrado y grado de libertad. Según Hu & Bentler (1999). “La bondad de ajuste χ^2 evalúa la magnitud de la discrepancia entre la muestra y las covarianzas ajustadas” (p.02). Siendo este un estadístico primordial para el ajuste de bondad ya que es muy sensible a la muestra, no teniendo resultados favorables cuando las muestras son muy grandes (Bentler & Bonnet, 1980).

El estadístico de bondad de ajuste (GFI) es como una alternativa a los resultados que ofrecía el chi cuadrado ya que calcula la proporción de la varianza que a su vez es explicada por la covarianza de la población (Tabachnick & Fidell, 2007, en Hooper, Coughlan & Mullen, 2008). El criterio habitual para este índice es que .95 es un indicador de un buen ajuste en relación con el modelo mientras que los valores mayores a .90 indican un ajuste aceptable (Marsh & Grayson, 1995, en Schermelleh-Engel, Moosbrugger & Müller, 2003).

El (CFI) hace referencia al índice comparativo de ajuste, el cual compara la matriz de covarianza de la muestra con el modelo nulo, los valores en los que oscila son de 0.0 y 1.0 igual

que con el estadístico NFI por lo que los puntajes más cercanos a 1.0 indicarían un buen ajuste del modelo (Hu & Bentler, 1999).

“El SRMR (standardised root mean square residual) es la raíz cuadrada de la diferencia entre los residuos de la matriz de covarianza de la muestra y el modelo de la covarianza hipotetizado” (Kline, 2005, en Hooper, Coughlan & Mullen, 2008, p.54). Con respecto a su valor debe ser menor a 0.5 para un buen ajuste del modelo. Asimismo, mencionan que para el RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation) se lograría un ajuste adecuado cuando el valor es menor a 0.06, éste estadístico evalúa el error o residuos cometidos (Hu & Bentler, 1999).

El Criterio de Información de Akaike hace un ajuste en el chi-cuadrado a la cantidad de grados de libertad del modelo (Medrano & Muñoz, 2017). Se sancionan los valores altos y se consideran los valores mínimos (Caballero, 2011).

Por último, la confiabilidad se midió a través de la consistencia interna por Omega de McDonald (1999) el cual manifiesta que es una adecuada medida de confiabilidad si no se cumple el principio de la equivalencia el cual puede incumplirse si los coeficientes de los ítems que conforman una matriz de solución factorial presentan valores muy diferentes. Según Campo-Arias y Oviedo (2008) el valor del omega debe encontrarse entre .70 y .90 para considerarse aceptable, aunque también son aceptables valores de .65. (Katz, 2006, en Ventura & Caycho, 2017).

Se evaluaron tres modelos, primero el modelo original con los 40 ítems de la Escala de Actitudes Comunitarias hacia la Enfermedad Mental que consta de 4 dimensiones

(Autoritarismo, Benevolencia, Restricción Social e Ideología de Salud Mental Comunitaria). Luego en el segundo modelo se mantuvieron las 4 dimensiones y se eliminaron 20 ítems, finalmente en el tercer modelo se eliminó la dimensión de Autoritarismo y 26 ítems, quedando con las dimensiones de Benevolencia, Restricción Social e Ideología de Salud Mental Comunitaria y 14 ítems.

2.9. Aspectos Éticos

Para el desarrollo de la presente investigación se respetaron los aspectos éticos dentro del código de ética del Psicólogo, tales como informar a los participantes todas las características de la investigación y de salvaguardar su información personal de manera confidencial. Dentro de los aspectos éticos también se encuentran los debidos permisos requeridos de los autores de la escala ya que son esenciales para la investigación, aspecto que también se menciona en el código de ética y se encuentran documentados en el Anexo 1.

III. RESULTADOS

Validez De Contenido

La validez de contenido se realizó a través del juicio de expertos mediante un proceso racional de entrevistas individuales con los cinco jueces, de los cuales, la mayoría de ellos estuvo de acuerdo con la reformulación de ciertos ítems, así como la no reformulación de otros. Los jueces expertos fueron elegidos de acuerdo con su experiencia en el área clínica y su especialidad con el tratamiento, diagnóstico e intervención de personas con enfermedades mentales.

Tabla 2
Adaptación de ítems originales

Ítem Original	Ítem Final
2. Se debería gastar más dinero de los fondos estatales en el cuidado y tratamiento de las personas con enfermedades mentales	2. Se debería invertir más dinero en el fondo del estado en el cuidado de y tratamiento de las personas con enfermedades mentales.
3. Las personas con enfermedades mentales se deberían mantener aisladas de la comunidad	3. Las personas con enfermedades mentales se deberían mantener alejadas de la comunidad.
4. La mejor terapia para muchas personas con enfermedades mentales es formar parte de la sociedad.	4. La mejor terapia para las personas con enfermedades mentales es formar parte de la comunidad.
6. Las personas con enfermedades mentales representan una carga para la sociedad.	6. Las personas con enfermedades mentales son una carga para la sociedad.
7. Las personas con enfermedades mentales son menos peligrosas de lo que supone la mayoría de la gente.	7. Las personas con enfermedades mentales son menos peligrosas de lo que piensa la mayoría de la gente.
8. La ubicación de los servicios de salud mental en zonas residenciales degrada el barrio.	8. La ubicación de los servicios de salud mental degrada la zona en la que se encuentran.
9. Las personas con enfermedades mentales tienen algo que las hace fácil distinguirlas de las personas normales.	9. Las personas con enfermedades mentales tienen algo que las hace distinguirlas fácilmente de las demás personas.
11. Una mujer sería tonta si se casa con un hombre que ha padecido una enfermedad mental, incluso cuando éste parezca estar totalmente recuperado	11. Una mujer sería una tonta si se casa con un hombre que ha padecido una enfermedad mental, incluso cuando éste parezca estar totalmente bien.
13. Se debería dar menos importancia a proteger a la población de las personas con enfermedad mental.	13. Se debería dar menos importancia de proteger a las personas con enfermedades mentales.
14. Gastas más en servicios de salud mental es un despilfarro de dinero público	14. Gastar más en servicios de salud mental es un despilfarro de dinero.
16. El hecho de tener personas con enfermedades mentales viviendo en comunidades residenciales puede ser una buena terapia, pero los riesgos para los residentes son demasiado grandes.	16. El hecho de incluir a las personas con enfermedades mentales en las comunidades puede ser de ayuda, pero los habitantes de las distintas comunidades corren muchos riesgos.
17. Las personas con enfermedades mentales necesitan el mismo control y disciplina que un niño.	17. Las personas con enfermedades mentales deberían tener el mismo control y disciplina que un niño.
20. Los residentes deberían aceptar la ubicación de servicios de salud mental en sus barrios para cubrir las necesidades de la comunidad local.	20. Las personas deberían aceptar la ubicación de los servicios de salud mental en sus barrios para cubrir sus necesidades.
24. Los residentes tienen buenos motivos para oponerse a la ubicación de servicios de salud mental en sus barrios	24. Las personas tienen motivos suficientes para oponerse a la ubicación de servicios de salud mental en sus localidades.
25. La mejor manera de tratar a personas con enfermedades mentales es mantenerlos bajo llave.	25. La mejor manera de tratar a personas con enfermedades mentales es mantenerlos encerrados.
26. Nuestros hospitales parecen más cárceles que sitios donde se puede cuidar de las personas con enfermedades mentales.	26. Los hospitales psiquiátricos parecen más cárceles que lugares en dónde se pueda cuidar de las personas con enfermedades mentales.
27. Cualquier persona con historia de problemas mentales debería estar excluida de asumir un trabajo público.	27. Las personas con historial de haber padecido de alguna enfermedad mental deberían ser excluidas de asumir algún puesto de trabajo
28. La ubicación de los servicios de salud mental en zonas residenciales no representa ningún peligro para los residentes.	28. La ubicación de servicios de salud mental en la comunidad no representa ningún peligro para sus habitantes.
29. Los hospitales para enfermedades mentales representan un tipo de tratamiento obsoleto.	29. Los hospitales psiquiátricos realizan un tipo de tratamiento obsoleto.
31. No deberían negarse sus derechos como individuos a las personas con enfermedades mentales	31. No se deberían de negar los derechos de las personas con enfermedades mentales.
32. Los centros de salud mental deberían estar fuera de barrios residenciales.	32. Los centros de salud mental deberían estar alejados de las zonas urbanas.
33. Una de las principales causas de la enfermedad mental es la falta de autodisciplina y la fuerza de voluntad.	33. Una de las causas de enfermedad mental es la falta de fuerza de voluntad.
34. Tenemos la responsabilidad de proporcionar el mejor cuidado posible a las personas con enfermedades mentales	34. Tenemos la responsabilidad de brindar el mayor cuidado posible a las personas con enfermedades mentales

36. Los residentes no tienen nada que temer de personas que vienen a sus barrios para ser atendidos en los servicios de salud mental	36. Las personas no tienen nada que temer de quienes se atiendan en los servicios de salud mental que se encuentran en su comunidad
39. En la mayoría de los casos, se puede confiar en mujeres que han sido pacientes en hospitales de enfermedades mentales como canguros	39. Se puede confiar en las mujeres que han sido pacientes en hospitales psiquiátricos para que trabajen como niñeras
40. Asusta pensar en personas con problemas mentales viviendo en barrios residenciales	40. Asusta pensar en personas con problemas mentales viviendo en nuestra zona

Análisis Preliminar

Se realizó el análisis preliminar de los ítems de la Escala de Actitudes Comunitarias hacia la Enfermedad Mental, el cual arrojó como resultados que los ítems 2, 12, 14, 15, 18 y 21 no se encuentran dentro del rango de -1.5 y +1.5 lo cual significaría que no presentan una distribución normal univariada. (Ver tabla 3)

Tabla 3: Análisis Preliminar de los Ítems de la Escala de Actitudes Comunitarias hacia la Enfermedad Mental

	M	DE	g ¹	g ²
1.En cuanto que una persona muestra signos de alteración mental, debería ser ingresada en el hospital	3.52	1.180	-0.532	-0.659
2.Se debería invertir más dinero del fondo del estado en el cuidado y tratamiento de las personas con enfermedades mentales	4.25	1.048	-1.754	2.769
3. Las personas con enfermedades mentales se deberían mantener alejadas de la comunidad.	2.47	1.175	0.518	-0.579
4.La mejor terapia para las personas con enfermedades mentales es formar parte de la comunidad	3.61	0.954	-0.674	0.427
5.Una enfermedad mental es una enfermedad como cualquier otra	3.04	1.302	-0.035	-1.171
6.Las personas con enfermedades mentales son una carga para la sociedad	3.77	1.101	-0.853	0.123
7.Las personas con enfermedades mentales son menos peligrosas de lo que piensa la mayoría de la gente	2.74	0.996	0.186	-0.268
8.La ubicación de servicios de salud mental degrada la zona en donde se encuentran	3.73	1.160	-0.657	-0.463
9.Las personas con enfermedades mentales tienen algo que las hace distinguirlas fácilmente de las demás personas	3.17	1.093	-0.256	-0.631
10.Las personas con enfermedades mentales han sido objeto de burlas durante demasiado tiempo	3.82	1.091	-1.015	0.540
11.Una mujer sería una tonta si se casa con un hombre que ha padecido una enfermedad mental, incluso cuando éste parezca estar totalmente bien	2.41	0.984	0.358	-0.214
12.Siempre que sea posible los servicios de salud mental deberían ser ofrecidos a través de centros en la comunidad	4.17	0.867	-1.534	3.453
13.Se debería dar menos importancia de proteger a las personas con enfermedades mentales	3.99	1.026	-1.076	0.720
14.Gastar más en servicios de salud mental es un despilfarro de dinero	4.28	0.869	-1.442	2.274
15.Nadie tiene derecho a excluir a las personas con enfermedades mentales de su barrio	1.86	1.001	1.417	1.796
16.El hecho de incluir a las personas con enfermedades mentales en las comunidades puede ser de ayuda, pero los habitantes de las distintas comunidades corren muchos riesgos	3.11	0.968	-0.205	-0.479
17.Las personas con enfermedades mentales deberían tener el mismo control y disciplina que un niño	3.25	1.097	-0.323	-0.700
18.Necesitamos adoptar una actitud mucho más tolerante en nuestra sociedad hacia las personas con enfermedades mentales	4.11	1.013	-1.412	1.835
19.No me gustaría vivir al lado de una persona que ha padecido una enfermedad mental	2.36	1.037	0.412	-0.433
20.Las personas deberían aceptar la ubicación de los servicios de salud mental en sus barrios para cubrir sus necesidades	3.91	0.950	-0.926	0.862
21.Las personas con enfermedades mentales no deberían ser tratados como marginados sociales	1.79	0.941	1.615	2.924
22.Hay suficientes servicios para las personas con enfermedades mentales	3.85	1.056	-0.728	-0.070
23.Se debería motivar a las personas con enfermedades mentales a asumir las responsabilidades de tener una vida normal	2.22	0.910	0.734	0.669
24.Las personas tienen motivos suficientes para oponerse a la ubicación de servicios de salud mental en sus localidades	3.44	1.082	-0.305	-0.636
25.La mejor manera de tratar a personas con enfermedades mentales es mantenerlos encerrados	1.88	1.020	1.219	0.929
26.Los hospitales psiquiátricos parecen más cárceles que lugares en donde se pueda cuidar de las personas con enfermedades mentales	3.75	0.916	-0.350	-0.308
27.Las personas con historial de haber padecido de alguna enfermedad mental deberían ser excluidas de asumir algún puesto de trabajo	2.23	1.029	0.569	-0.353

28.La ubicación de servicios de salud mental en la comunidad representa ningún peligro para sus habitantes	3.78	0.938	-0.748	0.474
29.Los hospitales psiquiátricos realizan un tipo de tratamiento obsoleto	2.72	0.964	0.104	-0.084
30.Las personas con enfermedades mentales no merecen nuestra comprensión	4.20	0.952	-1.159	0.650
31.No se deberían de negar los derechos de las personas con enfermedades mentales	2.12	1.137	1.000	0.262
32.Los centros de salud mental deberían estar alejados de las zonas urbanas	3.67	1.089	-0.469	-0.516
33.Una de las causas de la enfermedad mental es la falta de fuerza de voluntad	2.76	1.151	0.003	-0.868
34.Tenemos la responsabilidad de brindar el mayor cuidado posible a las personas con enfermedades mentales	3.84	0.975	-1.060	1.161
35.No se puede dar ninguna responsabilidad a las personas con enfermedades mentales	2.58	0.988	0.277	-0.279
36.Las personas no tienen nada que temer de quiénes se atiendan en los servicios de salud mental que se encuentran en su comunidad	3.81	0.840	-0.784	0.899
37.Prácticamente cualquier persona puede padecer una enfermedad mental	1.95	0.895	1.028	1.197
38.Es mejor evitara cualquier persona que tenga problemas mentales	3.54	1.058	-0.452	-0.435
39.Se puede confiar en las mujeres que han sido pacientes en hospitales psiquiátricos para que trabajen como niñeras	3.23	1.024	-0.141	-0.199
40.Asusta pensar en personas con problemas mentales viviendo en nuestra zona	3.40	1.076	-0.425	-0.424

Nota: M: Media, DE: Desviación Estándar, g¹: Asimetría, g²: Curtosis. Los valores que se encuentran en negrita están fuera del criterio de -1.5 y 1.5. de normalidad univariada.

Acerca de la normalidad multivariada, se encontró un coeficiente de mardia de 65.076, lo cual indica un valor aceptable, por lo que se empleó el estimador de Máxima Verosimilitud. Se realizó el análisis de tres modelos (ver tabla 4). En el modelo 1 se muestran los datos obtenidos con los 40 ítems originales en el que se encuentran las dimensiones de Autoritarismo, Benevolencia, Restricción Social e Ideología de Salud Mental Comunitaria teniendo como resultados un ajuste global χ^2 de 1899.582; $\chi^2/g1$ de 2.58; $p < .001$; GFI= .73; CFI= .61; SRMR=.08; RMSEA= .07 y AIC= 2071.582, luego se ejecutó un segundo modelo el cual no aportaba valores óptimos a la prueba es por ello que se realiza un tercer modelo en donde se expone un puntaje más favorable ya que se obtuvo un nivel de significancia más alta y en el que se quedaron 14 ítems y 3 dimensiones. Se logró un resultado de ajuste global χ^2 de 126.348; $\chi^2/g1$ de 1.70; $p < .001$ y en las medidas de adecuación de ajuste tales como GFI = .94; CFI = .93; SRMR = .04; RMSEA = .04 y AIC = 188.348 determinando así que el modelo 3 con 3 dimensiones (Benevolencia, Restricción Social e Ideología de Salud Mental Comunitaria) y 14 ítems tiene valores más favorables que el propuesto por el autor original.

Tabla 4
Índices de bondad de ajuste de tres modelos de la Escala de Actitudes Comunitarias hacia la Enfermedad Mental.

Modelo	χ^2	DF	χ^2/g l	p	GFI	CFI	SRMR	RMSEA (IC90%)	AIC
Modelo 1:									
Modelo Original									
(40 ítems)	1899.582	734	2.58	.001	0.73	.617	.08	.07 (.069 - .077)	2071.582
Modelo 2:									
4 factores									
(20 ítems)	311.721	164	1.90	.001	0.904	.874	.05	.05 (.045 - .064)	403.721
Modelo 3:									
3 factores									
(14 ítems)	126.348	74	1.70	.001	0.945	.934	.04	.04 (.034-.063)	188.348

Nota: χ^2 : Chi cuadrado, GFI: Índice de bondad de ajuste, CFI: índice de ajuste comparativo, SRMR: raíz residual estandarizada cuadrática media, RMSEA: error cuadrático medio de aproximación, AIC: Criterio de Información de Akaike.

Para la ejecución del tercer modelo, se eliminó la dimensión de Autoritarismo ya que arrojaba puntajes muy bajos en cuanto a la confiabilidad y no se correlacionaba adecuadamente con las demás dimensiones, con respecto a la dimensión de Benevolencia se eliminaron 7 ítems, en la dimensión de Restricción Social 5 ítems y 4 ítems de la dimensión de Ideología de Salud Mental Comunitaria. Se tomaron en cuenta para la eliminación de los ítems los siguientes criterios: índice de modificación, cargas factoriales, redundancia de ítems y la falta de comprensión de algunos de ítems por parte de las personas evaluadas.

Luego de realizado el análisis de los 3 modelos, se procedió a realizar el análisis de las cargas factoriales con las 3 dimensiones y los 14 ítems finales del instrumento, el cual nos muestra que en la dimensión de Benevolencia el ítem 30 es el más representativo ya que tiene una saturación de 0.705, el promedio total de cargas factoriales de la dimensión obtuvo un resultado de .64, por otro lado la dimensión de Restricción Social consta de 5 ítems siendo el ítem 27 el más

representativo con un puntaje de 0.676 teniendo un total de .54 en el promedio de cargas factoriales, finalmente la dimensión de Ideología de Salud Mental Comunitaria cuenta con 6 ítems de los cuales el más representativo es el ítem 24 con una saturación de 0.591 mientras que el promedio total de cargas factoriales de esta dimensión fue de .46.

Tabla 5

Cargas factoriales estandarizadas, consistencia interna y correlación entre factores de la Escala de Actitudes Comunitarias hacia la Enfermedad Mental (Modelo 3)

Ítem	F1	F2	F3
14.Gastar más en servicios de salud mental es un despilfarro de dinero	0.685		
22. Hay suficientes servicios para las personas con enfermedades mentales.	0.551		
30. Las personas con enfermedades mentales no merecen nuestra comprensión	0.705		
35. No se puede dar ninguna responsabilidad a las personas con enfermedades mentales		0.504	
27. Las personas con historial de haber padecido de alguna enfermedad mental deberían ser excluidas de asumir algún puesto de trabajo.		0.676	
19.No me gustaría vivir al lado de una persona que ha padecido una enfermedad mental		0.575	
11. Una mujer sería una tonta si se casa con un hombre que ha padecido una enfermedad mental, incluso cuando éste parezca estar totalmente bien		0.439	
3. Las personas con enfermedades mentales se deberían mantener alejadas de la comunidad.		0.512	
12.Siempre que sea posible los servicios de salud mental deberían ser ofrecidos a través de centros en la comunidad			0.338
16.El hecho de incluir a las personas con enfermedades mentales en las comunidades puede ser de ayuda, pero los habitantes de las distintas comunidades corren muchos riesgos			0.501
20. Las personas deberían aceptar la ubicación de los servicios de salud mental en sus barrios para cubrir sus necesidades			0.461
24. Las personas tienen motivos suficientes para oponerse a la ubicación de servicios de salud mental en sus localidades			0.591
28. La ubicación de servicios de salud mental en la comunidad representa ningún peligro para sus habitantes.			0.355
40. Asusta pensar en personas con problemas mentales viviendo en nuestra zona			0.568
Promedios de cargas factoriales	.64	.54	.46
Consistencia interna (ω):	.68	.67	.63
Correlación entre factores			
<i>Benevolencia (F1)</i>	--	-.863	.681
<i>Restricción Social (F2)</i>	--	--	-.824
<i>Ideología de Salud Mental Comunitaria(F3)</i>	--	--	--

Nota: ω = omega compuesto. Los valores en negrita son los ítems que presentan mayor carga factorial

Por otro lado, dentro de los puntajes obtenidos de la consistencia interna que se realizó a través del Omega de McDonald se obtuvo que la dimensión de Benevolencia tuvo una puntuación de .68, la dimensión de Restricción Social un puntaje de .67 y la dimensión de Ideología de Salud Mental Comunitaria un puntaje de .63. Además de ello, se evidencia una alta correlación de los factores Benevolencia y Restricción Social con un puntaje de -.863 así como las dimensiones de Restricción Social e Ideología de Salud Mental Comunitaria con un puntaje de -.824.

IV. DISCUSIÓN

El objetivo principal de la presente investigación fue adaptar la Escala de Actitudes Comunitarias hacia la Enfermedad Mental en adultos de Lima, además de ello se tuvo como propósito determinar la validez por estructura interna y establecer la confiabilidad por consistencia interna de la escala, encontrándose que el principal hallazgo fue que se cambió la estructura interna debido a la eliminación de una dimensión y de 26 ítems en total, es por ese motivo que se redefinió el constructo con los ítems que quedaron.

La escala original de Taylor y Dear consta de 4 dimensiones (Autoritarismo, Benevolencia, Restricción Social e Ideología de Salud Mental Comunitaria) con 10 ítems por cada dimensión, con un total de 40 ítems los cuales reflejaban el propósito antes mencionado de los autores por construir la escala. La dimensión de Autoritarismo hace referencia a las opiniones de las personas con enfermedades mentales como inferiores a las que no lo padecen. Luego se encuentra la dimensión de Benevolencia, que evalúa las actitudes de protección hacia los pacientes, pueden ser tomadas como actitudes paternalistas. La dimensión de Restricción Social se refiere a el peligro que representan las personas con enfermedades mentales para la sociedad y finalmente la

dimensión de Ideología de Salud Mental Comunitaria hace referencia a las actitudes y creencias de las personas con respecto a la reinserción a la sociedad de los enfermos mentales.

Los resultados encontrados con respecto a la validez de contenido se evidenciaron a través del juicio de expertos en dónde se reformularon los ítems para un mejor entendimiento de la escala, por otro lado, el instrumento demostró que tiene resultados aceptables en cuanto a su validez por estructura interna la cual fue elaborada mediante el análisis factorial confirmatorio, las dimensiones que quedaron presentan altas correlaciones entre sí. En comparación con la investigación realizada por Taylor y Dear (1981) solo se encontró que realizaron una validez predictiva mediante la correlación de las cuatro dimensiones, también se evidenció la validez de constructo mediante el análisis factorial exploratorio. Por otro lado, Högberg et al (2008) elaboraron una adaptación de la Escala de Actitudes Comunitarias hacia la enfermedad Mental en Suecia en dónde realizan la validez de contenido para adaptar la escala al idioma sueco, además de ello realizaron la eliminación de 20 ítems por presentar cargas factoriales bajas, se redefinieron las dimensiones a través del análisis factorial exploratorio y se quedan con 3 dimensiones nombradas de distinta manera. Luego Ochoa et al (2015) realizaron una traducción y retrotraducción de la escala mediante la validez de contenido, además ejecutaron un análisis de la estabilidad temporal el cual se determinó mediante el coeficiente de correlación intraclass a través del análisis factorial exploratorio. Finalmente, Grandón et al (2016) ejecutaron también un análisis factorial exploratorio el cual arroja tres soluciones a través del análisis paralelo de Horn, y en dónde la escala se modifica para tener 2 factores con 5 ítems cada uno, con estos dos factores se ejecuta el análisis factorial confirmatorio en donde se obtienen datos aceptables, pero no siendo superiores a los resultados obtenidos en la presente investigación.

Por otro lado, con respecto a los resultados de la confiabilidad del instrumento, se evidencia que las 4 dimensiones originales de la escala presentan bajos coeficientes de consistencia interna, sobre todo la dimensión de autoritarismo, motivo por el cual, en el análisis factorial confirmatorio se realiza la eliminación de esta dimensión y por ende los ítems que pertenecían a ésta. Estos resultados se pueden corroborar en las investigaciones previas con los resultados de confiabilidad de la escala original creada por Taylor y Dear (1981), asimismo los resultados de Högberg et al (2008) con respecto a la confiabilidad también fueron bajos a pesar de haber redefinido las dimensiones y haberse quedado con 3 factores. Por otro lado, Ochoa et al (2015) obtuvieron un resultado total de la escala en dónde lograron resultados similares a los estudios de Taylor y Dear (1981) y Högberg et al (2008), sin embargo, Grandón et al (2016) consiguieron puntajes menores con respecto a la evaluación total de la confiabilidad de la escala además, dentro de los resultados del análisis factorial confirmatorio se obtuvieron datos con respecto al CFI (0.957), Chi cuadrado (2.15) y RMSEA (0.057), siendo menores a los resultados encontrados por la presente investigación, llegándose a considerar estos datos como óptimos para la Escala de Actitudes Comunitarias hacia la Enfermedad Mental.

Cabe mencionar que los autores anteriormente mencionados realizaron el análisis de confiabilidad por consistencia interna de la escala a través del alfa de Cronbach, método que no se ejecutó en la presente investigación ya que se optó por utilizar el coeficiente omega para obtener mejores resultados dado que éste utiliza cargas factoriales estandarizadas, hecho que se obtiene realizando el análisis factorial confirmatorio. Una de las razones por las que los resultados de confiabilidad son bajos puede deberse a que los ítems están estructurados de manera

muy general, este hecho generaría confusión al momento de su aplicación y repercutiría en los resultados obtenidos.

Al momento de realizar el análisis factorial de las distintas adaptaciones que se han ejecutado de la Escala de Actitudes Comunitarias hacia la Enfermedad Mental, se hicieron diversos cambios y modificaciones, uno de ellos fue la eliminación o modificación de las dimensiones que componen esta escala. Por ejemplo, si mencionamos las dimensiones finales de la adaptación al sueco de Högberg et al (2008), no solo eliminaron una dimensión, sino que reestructuraron los conceptos y los nombres de éstas, quedándose en 3 dimensiones y 20 ítems las cuales son: Mentalidad Abierta y Prointegración, Miedo y Violencia e Ideología de Salud Mental. Por otro lado, Grandón et al (2016) se quedaron con dos dimensiones de 5 ítems cada uno, las dimensiones finales son: Aceptación y Rechazo a la instalación de Centros de Salud mental en la Comunidad.

Asimismo, en la presente investigación también se ejecutó la eliminación y modificación de las dimensiones por lo que el constructo quedaría redefinido. Cabe mencionar que la dimensión eliminada fue la de autoritarismo debido a que el modelo mejoraba sustancialmente sin esta. La dimensión de benevolencia queda redefinida como la comprensión y apoyo hacia las personas con enfermedades mentales, por otro lado, la dimensión de restricción social quedaría con el concepto de: sentimientos y actitudes de exclusión hacia las personas con enfermedades mentales, sin embargo, la dimensión de ideología de salud mental comunitaria no sufriría ninguna modificación por lo que se quedaría con el concepto que tenía de las actitudes y creencias con respecto a la reinserción a la sociedad de las personas con enfermedades mentales.

Dentro de las limitaciones del estudio se encontró que el muestreo no probabilístico no permite generalización, por otro lado, la escala presenta conceptos muy generales, los cuales dificultan la correcta comprensión de los ítems. Asimismo, la escala original posee muchos ítems los cuales generaban que las personas encuestadas tengan una predisposición a no querer llenar el instrumento en su totalidad.

V. CONCLUSIONES

La adaptación de la Escala de Actitudes Comunitarias hacia la Enfermedad Mental (CAMI) resultó ser comprensible para los adultos utilizando como método la entrevista a jueces expertos.

La Escala de Actitudes Comunitarias hacia la Enfermedad Mental (CAMI) presentó adecuadas evidencias empíricas de validez por estructura interna con un modelo de 14 ítems y 3 factores relacionados ($\chi^2/df= 1.70$, GFI= .94, CFI=.93, SRMR= .04, RMSEA= .04 y AIC= 188.348). La dimensión de Autoritarismo fue eliminada porque obtuvo una baja correlación con las demás dimensiones y por presentar baja confiabilidad. Por lo tanto, los 3 factores son Benevolencia, en donde el promedio de cargas factoriales fue de .64, el siguiente factor Restricción Social obtuvo un promedio de cargas factoriales de .54 y el factor Ideología de Salud Mental Comunitaria obtuvo un promedio de cargas factoriales de .46.

Las puntuaciones de la Escala de Actitudes Comunitarias hacia la Enfermedad Mental no obtuvieron puntajes aceptables por consistencia interna mediante omega compuesto ya que según autores como Campo y Oviedo (2008) el puntaje de omega tiene que oscilar entre .70 y .90 para considerarse aceptable. Por otro lado, Katz menciona que en algunas circunstancias pueden ser

considerados valores desde .65 pero es considerado un puntaje poco favorable. En el factor Benevolencia se obtuvo un puntaje de .68, en Restricción Social un puntaje de .67 y en el factor de Ideología de Salud Mental Comunitaria un puntaje de .63.

La Escala de Actitudes Comunitarias hacia la enfermedad Mental (CAMI, por sus siglas en inglés) es un instrumento que fue creado en el año de 1981, por lo que es una escala antigua y por ende se presentaron las distintas dificultades encontradas tales como la confiabilidad del instrumento.

VI. RECOMENDACIONES

Continuar con el análisis psicométrico del instrumento en nuevas muestras para confirmar el modelo teórico.

Continuar el análisis de la validez mediante evidencias de relación con otras variables, tales como Estigmas o Actitudes de Rechazo.

Probar nuevos modelos teóricos y empíricos con análisis factorial confirmatorio, como el bifactor y modelos de segundo orden.

Utilizar el instrumento para fines de investigación más no para fines profesionales.

Redefinir el concepto de enfermedad mental a un trastorno en específico y elaborar los ítems de acuerdo a éste según los factores propuestos.

Utilizar nuevos muestreos probabilísticos para facilitar la generalización de los resultados.

Realizar futuras investigaciones en muestras de trabajadores de hospitales o en estudiantes de carreras de la salud.

REFERENCIAS

- Abad, F., García, C., Gil, B., Olea, J., Ponsoda, B y Revuelta, J. (2004). *Introducción a la Psicometría: Teoría Clásica de los Tests y Teoría de Respuesta al Item*. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.
- Aliaga, J. (2007). Psicometría, Tests psicométricos, Confiabilidad y Validez. *Psicología: Tópicos de actualidad*, 85-108. Recuperado de: http://blog.uca.edu.ni/kurbina/files/2011/06/test-psicometrico_confiabilidad-y-validez.pdf
- American Psychiatric Association. (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Ato, M., López, J y Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología*, 29(3), 1038-1059. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16728244043>
- Baker, F y Schulberg, H. (1967). The Development of a Community Mental Health Ideology Scale. *Community Mental Health Journal*, 3(3), 216-225.
- Bentler, P.M. and Bonnet, D.C. (1980), "Significance Tests and Goodness of Fit in the Analysis of Covariance Structures," *Psychological Bulletin*, 88 (3), 588-606. Recuperado de : <https://sci-hub.tw/10.1037/0033-2909.88.3.588>
- Caballero, F. (2011). *Selección de modelos mediante criterios de información en análisis factorial. Aspectos teóricos y computacionales*. (Tesis para obtener el título profesional de doctorado, Universidad de Granada, Granada, España).

- Campo-Arias, A y Oviedo, H. (2008). Propiedades psicométricas de una escala: la consistencia interna. *Revista de Salud pública*, 10 (5), 831-839. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/422/42210515.pdf>
- Cohen, J y Struening, E. (1964). Opinions About Mental Illness: Hospital Social Atmosphere Profiles and Their Relevance to Effectiveness. *Journal of Consulting Psychology*, 28(4), 291-298.
- Escurra, L. (1988). Cuantificación de la Validez de Contenido por Criterio de Jueces. *Revista de Psicología*, 103-111. Recuperado de: <http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/psicologia/article/view/4555/4534>
- Fuentelzas, C. (2004). Cálculo del tamaño de la muestra. *Matronas Profesión*, 5(18), 5-13. Recuperado de: <http://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/vol5n18pag5-13.pdf>
- George, D y Mallery, M (2003). *Using SPSS for Windows step by step: a simple guide and reference*. Boston, MA: Allyn & Bacon.
- Gilbert, D y Levinson, D. (1956). Ideology, Personality and Institutional Policy in the Mental Hospital. *National Institute of Mental Health*, 263-271.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. London: Penguin. Recuperado de: <https://sociologiaycultura.files.wordpress.com/2014/02/goffman-estigma.pdf>
- Grandón, P., Saldivia, S., Cova, F., Bustos, C y Turra, V. (2016). Análisis psicométrico y adaptación de la escala de actitudes comunitarias hacia la enfermedad mental (CAMI) en una muestra chilena. *Universitas Psychologica*, 15(2), 153-162. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v15n2/v15n2a13.pdf>

- Halgin, R y Whitbourne, K. (2004). *Psicología de la Anormalidad*. México: Mcgraw-Hill Interamericana. Recuperado de:
<https://es.scribd.com/doc/193052246/Psicologia-de-la-anormalidad-pdf>
- Hernández, G. (2013). *Psicopatología Básica* (5ª ed). Bogotá: Pontificia Editorial Javeriana. Recuperado de:
https://books.google.com.pe/books?hl=es&lr=&id=hAlZAgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA10&dq=psicopatolog%C3%ADa&ots=0bXlYoQ7Xd&sig=CaWquONvqxjMC1PhzT4RaJlhQ4w&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false
- Hernández, R., Fernández, C y Baptista, M. (2014). *Metodología de la Investigación* (6ª ed). México: Mcgraw-Hill. Recuperado de:
<http://observatorio.epacartagena.gov.co/wpcontent/uploads/2017/08/metodologia-de-la-investigacion-sexta-edicion.compressed.pdf>
- Hu, L. T., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural equation modeling: a multidisciplinary journal*, 6(1), 1-55. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/10705519909540118>
- Hooper, D., Coughlan, J., & Mullen, M. R. (2008). Structural Equation Modelling: Guidelines for Determining Model Fit. *The Electronic Journal of Business Research Methods*, 6, 53-60.
- Högberg, T., Magnusson, A., Ewertzon, M., & Lützen, K. (2008). Attitudes towards mental illness in Sweden: Adaptation and Development of the Community Attitudes towards Mental Illness questionnaire. *International Journal of Mental Health Nursing*, 17, 302-310. doi: 10.1111/j.1447-0349.2008.00552.x
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2018). *Población de Perú totalizó 31 millones 237 mil 385 personas al 2017*. Publicado el 25 de junio de 2018.

Recuperado de: <https://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/poblacion-del-peru-totalizo-31-millones-237-mil-385-personas-al-2017-10817/>

Katz, M. H. (2006). *Multivariable analysis* (2a ed.). Cambridge: Cambridge University Press.

Link, B y Phelan, J. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363-385. Recuperado de: https://campus.fsu.edu/bbcswebdav/institution/academic/social_sciences/sociology/Reading%20Lists/Mental%20Health%20Readings/Link-AnnualReview-2001.pdf

López, M., Laviana, M., Fernández, L., López, A., Rodríguez, A y Aparicio, A. (2008). La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Revista de la Asociación Española de Neuro-Psiquiatría*, 28(101), 43-83. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v28n1/v28n1a04.pdf>

McDonald, R. P. (1999). *Test theory: A unified treatment*. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

Magallares, A. (2011). El estigma de los trastornos mentales: discriminación y exclusión social. *Quaderns de Psicologia*, 13(2), 7-17. Recuperado de: <http://www.quadernsdepsicologia.cat/article/view/816/811>

Magnusson, D. (1978). *Teoría de los Test*. México: Trillas.

Mahieu, E. (2009). Las diez clasificaciones de Kraepelin. *Revista Argentina de Psiquiatría*, 20, 206-212.

Mascayano, F., Lips, W., Mena, C. y Manchego, C. (2015). Estigmas hacia los

trastornos mentales: características e intervenciones. *Salud Mental*, 38(1), 53-58. Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v38n1/v38n1a8.pdf>

Ministerio de Salud. (2015). *Minsa implementa 22 Centros de Salud Mental Comunitarios durante el 2015*. Publicado el 10 de diciembre de 2015. Recuperado de <http://www.minsa.gob.pe/index.asp?op=51¬a=17114>

Montero, I y León, O. (2002). Clasificación y descripción de las metodologías de investigación en psicología. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 2(3), 503-508. Recuperado de: http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-53.pdf

Morone, G. (2013). Métodos y técnicas de la investigación científica. Perú. Recuperado de http://colegioebenezer.net/wpcontent/uploads/2015/04/metodologias_investigacion.pdf

Muñiz, J. (1992). Medio Siglo de Teoría de Respuesta a los Ítems. *Anuario de Psicología*, (52), 41-66.

Medrano, L & Muñoz, R. (2017). Aproximación Conceptual y Práctica a los Modelos de Ecuaciones Estructurales. *Revista Digital de Investigación en Docencia Universitaria*, 11(1), 219-239. doi: <http://dx.doi.org/10.19083/ridu.11.486>

Ochoa, S., Martínez, F., Vila, R., Arenas, O., Casas, E., García, E., Villellas, R., Ramón, J., Pérez, M., Valduciel, T., García, M., Miguel, J., Balsera, J., Pascual, G., Julia, E., Casellas, D y María, J. (2015). Validación al castellano de la escala de estigma social: Community Attitudes towards Mental Illness en población adolescente. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 9(3), 150-157. Recuperado de: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-psiquiatria-salud-mental-286-articulo-validacion-al-castellano-escala-estigma-S1888989115000476>

- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento*. Madrid: Panamericana.
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*. Suiza: OMS. Recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf?sequence=1
- Piazza, M y Fiestas, F. (2015). Estudio Transversal de uso de servicios de salud mental en cinco ciudades del Perú. *Salud Mental*, 38(5), 337-345. Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v38n5/0185-3325-sm-38-05-00337.pdf>
- Prieto, G. y Delgado, A. (2010). Fiabilidad y Validez. *Papeles del Psicólogo*, 31(1), 67 – 74. Recuperado de: https://www.redalyc.org/pdf/778/Resumenes/Resumen_77812441007_1.pdf
- Pérez, E y Medrano, L. (2010). *Análisis factorial exploratorio: Bases conceptuales y metodológicas*. Universidad Nacional de Córdoba, Argentina. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/html/3334/333427068006/>
- Quero, M. (2010). Confiabilidad y Coeficiente Alfa de Cronbach. *Telos*, 12(2), 248-252. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=99315569010>
- Roca, N., Vega, C y Alacid, T. (2016). Rompiendo cadenas entre estigma y enfermedad mental. La deconstrucción del estigma desde la acción comunitaria. *Atas*, 3, 86-96. Recuperado de: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/930/913>
- Rodríguez, J. (2011). Los servicios de salud mental en América Latina y el Caribe: la evolución hacia un modelo comunitario. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 75(2), 86-96. Recuperado de: http://www.spu.org.uy/revista/dic2011/03_rodriguez.pdf

- Schermelleh-Engel, K., Moosbrugger, H., & Müller, H. (2003). Evaluating the fit of structural equation models: Tests of significance and descriptive goodness-of-fit measures. *Methods of psychological research online*, 8(2), 23-74. Recuperado de: <https://www.researchgate.net/publication/251060246>
- Schiffman, L., Lazar, L y Wisenblit, J. (2010). *Comportamiento del consumidor* (10ª ed). México: Pearson. Recuperado de: https://www.academia.edu/6116556/Comportamiento_del_Consumidor_Schiffman_10a_Ed
- Sushma, C. & Tavaragi, M. (2016). Moral Treatment Philippe Pinel. *The International Journal of Indian Psychology*, 3(2), 165-170. Recuperado de: <http://oaji.net/articles/2016/1170-1457809587.pdf>
- Stucchi, S. (2013). Estigma, discriminación y concepto de enfermedad mental. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 76(4), 218-223. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=372036946005>
- Taylor, M., Dear, M., Y Hall, G. (1979). Attitudes Toward the Mentally Ill and reactions to mental Health facilities. *Social Science & Medicine. Part D: Medical Geography*, 13(4), 281–290. doi:10.1016/0160-8002(79)90051-0.
- Taylor, M y Dear, M. (1981). Scaling Community Attitudes Toward the Mentally Ill. *Schizophrenia Bulletin*, 7(2), 225-240. Recuperado de: <https://camiscale.com/article-scaling-community-attitudes-toward-the-mentally-ill/>
- Ventura, J y Caycho, T. (2017). El coeficiente Omega: un método alternativo para la estimación de la confiabilidad. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 15(1), 625-627. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/773/77349627039.pdf>

Yang, L y Link, B. (2015). Measurement of Attitudes, Beliefs and Behaviors of Mental Health and Mental Illness. *National Academy of Sciences*, 1-71. Recuperado de: https://sites.nationalacademies.org/cs/groups/dbassesite/documents/webpage/dbasse_170048.pdf

Zárate, C., Ceballos, M., Contardo, M y Florenzano, R. (2006). Influencia de dos factores en la percepción hacia los enfermos mentales; contacto cercano y educación en salud. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 44(3), 205-214. Recuperado de: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchnp/v44n3/art06.pdf>

ANEXOS

Anexo 1: Permisos para Adaptación de la Escala

Evidencias de la autorización de permisos del uso de la Escala de Actitudes Comunitarias hacia la enfermedad mental (CAMI).

Adaptación de la Escala de Actitudes Comunitarias hacia la Enfermedad Mental (CAMI)

4 mensajes

Ziany Garate <ziany.g@gmail.com>
Para: sochoa@pssjd.org

2 de junio de 2018, 22:40

Buenas noches sra Ochoa, mi nombre es Ziany Danae Garate Reyes, estudiante del 10mo ciclo de la carrera de psicología de la Universidad César Vallejo en Lima-Perú. El motivo de este correo es para comentarle y de paso pedirle su autorización para realizar una adaptación a una pequeña muestra de un distrito de Lima de la Escala CAMI por motivo de mi proyecto de investigación para obtener el grado de Licenciada de Psicología. Particularmente soy una apasionada de la psicopatología y siempre quise que mi tesis de grado sea algo que realmente me apasionara, es por ello la elección de este tema que es de suma importancia para las comunidades, sobre todo en donde existe mucha estigmatización sobre el tema de las enfermedades mentales.

Mediante este correo me gustaría pedirle dos cosas, la primera; pues pedirle su autorización para realizar la adaptación de esta escala a la realidad del lugar donde vivo.

y la segunda petición es pedirle toda la información que usted y sus colaboradores pudieran tener sobre las definiciones conceptuales de la escala camí ya que es muy escasa la información que he podido conseguir (sobre todo de las definiciones conceptuales que necesito para la matriz de operacionalización de las variables) y el proceso de la adaptación al español de la misma.

Espero que por favor pueda enviarme una respuesta a la brevedad, le estaría inmensamente agradecida si pudiera otorgarme las dos peticiones que líneas arriba le comento.

Sin más que mencionar me despido cordialmente deseándole que tenga una buena semana y esperando su pronta respuesta.

Atentamente,

Garate Reyes, Ziany Danae

Susana Ochoa Güerre <sochoa@pssjd.org>
Para: Ziany Gárate <ziany.g@gmail.com>

6 de junio de 2018, 03:28

Hola Ziany
Qué tal?

Me parece genial que puedas utilizar la CAMI y adaptarla en tu medio.
Por mi parte no hay ningún problema!

Te adjunto nuestro artículo de validación, un par de artículos en los que también hemos utilizado la CAMI y la valoración de la escala original por el autor

Si necesitas más información hazmelo saber.
un saludo

susana

Susana Ochoa

Coordinadora Unitat de Recerca de Parc Sanitari Sant Joan de Déu
Dr. Pujades 42. Sant Boi de Llobregat
Tel: 936406350 ext 12538

Re: New Message From Michael J Dear

1 mensaje

Michael Dear <m.dear@berkeley.edu>
Para: Ziany Garate Reyes <ziany.g@gmail.com>

6 de junio de 2018, 10:58

Dear Zany G - you should check out the 'CAMI' web link, which should include all the information you need, including authorization to use the instrument. Good luck!
- Michael Dear

On Mon, Jun 4, 2018 at 6:19 PM, Ziany Garate Reyes <mail@michaeljdeal.com> wrote:

Good evening Dr Dear:

My name is Ziany Garate and I am a 5th year psychology student from Lima-Peru. My interest in contacting you is because I am doing my research project and I have decided to adapt the Community Attitudes to Mental Illness (CAMI) scale in a Peruvian sample. For this reason I am writing this email. I would like to request your authorization (both from you and from Mr. Martin Taylor) to carry out such research in my country. I would also like to ask you for a little more information about the whole process of construction of the scale, as well as the conceptual definition of the variables used and the exact description of the dimensions and items. It is very important for me to have this information since I have not been able to find much on the internet. Without further ado, I say goodbye cordially, waiting for your response and wishing you all kinds of blessings in your daily life.

Thank you very much in advance.

Best wishes,
Ziany. G

Anexo 2: Formato de Escala Adaptada

CONSENTIMIENTO INFORMADO

La presente investigación tiene como objetivo conocer las actitudes de la comunidad frente a las personas con enfermedades mentales. Para ello se requiere la participación de adultos de entre 20 y 70 años.

Su participación consistirá en responder de forma anónima el cuestionario adjunto. La participación es voluntaria.

Respuesta del Participante:

He leído el documento y acepto participar en esta investigación, conociendo que podré dejar de responder cuando lo considere necesario.

Firma: _____ Edad: _____ Sexo: _____ Fecha: _____

ESCALA DE ACTITUDES COMUNITARIAS HACIA LA ENFERMEDAD MENTAL (CAMI)

Las afirmaciones siguientes expresan opiniones distintas sobre enfermedades mentales y las personas que las padecen. El concepto de personas con enfermedades mentales se refiere a personas que necesitan tratamiento para trastornos mentales, pero que son capaces de vivir de forma independiente fuera de un hospital. Debes marcar con un círculo la respuesta que refleja más adecuadamente tu reacción a cada frase. La primera reacción es la más importante. No te preocupes si algunas son parecidas a otras que ya has respondido anteriormente. Por favor, no dejes ningún ítem sin respuesta.

1. En cuanto que una persona muestra signos de alteración mental, debería ser ingresada en el hospital

T	D	N	N	T
---	---	---	---	---

2. Se debería invertir más dinero del fondo del estado en el cuidado y tratamiento de las personas con enfermedades mentales

TA	D	N	NA	TD
----	---	---	----	----

3. Las personas con enfermedades mentales se deberían mantener alejadas de la comunidad

T	D	N	N	T
---	---	---	---	---

4. La mejor terapia para las personas con enfermedades mentales es formar parte de la comunidad

T	D	N	N	T
---	---	---	---	---

5. Una enfermedad mental es una enfermedad como cualquier otra

T	D	N	N	T
---	---	---	---	---

6. Las personas con enfermedades mentales son una carga para la sociedad

TA	D	N	NA	TD
----	---	---	----	----

7. Las personas con enfermedades mentales son menos peligrosas de lo que piensa la mayoría de la gente

TA	D	N	NA	TD
----	---	---	----	----

8. La ubicación de servicios de salud mental degrada la zona en donde se encuentran

TA	D	N	NA	TD
----	---	---	----	----

9. Las personas con enfermedades mentales tienen algo que las hace distinguirlas fácilmente de las demás personas

TA	D	N	NA	TD
----	---	---	----	----

10. Las personas con enfermedades mentales han sido objeto de burlas durante demasiado tiempo

TA	D	N	NA	TD
----	---	---	----	----

11. Una mujer sería una tonta si se casa con un hombre que ha padecido una enfermedad mental, incluso cuando éste parezca estar totalmente bien

TA	D	N	NA	TD
----	---	---	----	----

12. Siempre que sea posible los servicios de salud mental deberían ser ofrecidos a través de centros en la comunidad

T	D	N	N	T
---	---	---	---	---

13. Se debería dar menos importancia de proteger a las personas con enfermedades mentales

T	D	N	N	T
---	---	---	---	---

14. Gastar más en servicios de salud mental es un despilfarro de dinero

T	D	N	N	T
---	---	---	---	---

15. Nadie tiene derecho a excluir a las personas con enfermedades mentales de su barrio

T	D	N	N	T
---	---	---	---	---

16. El hecho de incluir a las personas con enfermedades mentales en las comunidades puede ser de ayuda, pero los habitantes de las distintas comunidades corren muchos riesgos

T	D	N	N	T
---	---	---	---	---

17. Las personas con enfermedades mentales deberían de tener el mismo control y disciplina que un niño

T	D	N	N	T
---	---	---	---	---

18. Necesitamos adoptar una actitud mucho más tolerante en nuestra sociedad hacia las personas con enfermedades mentales

T	D	N	N	T
---	---	---	---	---

19. No me gustaría vivir a lado de una persona que ha padecido una enfermedad mental.

T	D	N	N	T
---	---	---	---	---

20. Las personas deberían aceptar la ubicación de los servicios de salud mental en sus barrios para cubrir sus necesidades

T	D	N	N	T
---	---	---	---	---

21. Las personas con enfermedades mentales no deberían ser tratados como marginados sociales.

T	D	N	NA	T
---	---	---	----	---

22. Hay suficientes servicios para las personas con enfermedades mentales

T	D	N	NA	T
---	---	---	----	---

23. Se debería motivar a las personas con enfermedades mentales a asumir las responsabilidades de tener una vida normal

T	D	N	NA	T
---	---	---	----	---

24. Las personas tienen motivos suficientes para oponerse a la ubicación de servicios de salud mental en sus localidades

T	D	N	NA	T
---	---	---	----	---

25. La mejor manera de tratar a personas con enfermedades mentales es mantenerlos encerrados

T	D	N	NA	T
---	---	---	----	---

26. Los hospitales psiquiátricos parecen más cárceles que lugares en donde se pueda cuidar de las personas con enfermedades mentales

T	D	N	NA	T
---	---	---	----	---

27. Las personas con historial de haber padecido de alguna enfermedad mental deberían ser excluidas de asumir algún puesto de trabajo

T	D	N	NA	T
---	---	---	----	---

28. La ubicación de servicios de salud mental en la comunidad no representa ningún peligro para sus habitantes

T	D	N	N	T
---	---	---	---	---

29. Los hospitales psiquiátricos realizan un tipo de tratamiento obsoleto

T	D	N	N	T
---	---	---	---	---

30. Las personas con enfermedades mentales no merecen nuestra comprensión

T	D	N	N	T
---	---	---	---	---

31. No se deberían de negar los derechos de las personas con enfermedades mentales

T	D	N	N	T
---	---	---	---	---

32. Los centros de salud mental deberían estar alejados de las zonas urbanas

T	D	N	N	T
---	---	---	---	---

33. Una de las causas de la enfermedad mental es la falta de fuerza de voluntad

T	D	N	N	T
---	---	---	---	---

34. Tenemos la responsabilidad de brindar el mayor cuidado posible a las personas con enfermedades mentales

T	D	N	N	T
---	---	---	---	---

35. No se puede dar ninguna responsabilidad a las personas con enfermedades mentales

T	D	N	N	T
---	---	---	---	---

36. Las personas no tienen nada que temer de quiénes se atiendan en los servicios de salud mental que se encuentran en su comunidad

T	D	N	N	T
---	---	---	---	---

37. Prácticamente cualquier persona puede padecer una enfermedad mental

T	D	N	N	T
---	---	---	---	---

38. Es mejor evitar a cualquier persona que tenga problemas mentales

T	D	N	N	T
---	---	---	---	---

39. Se puede confiar en las mujeres que han sido pacientes en hospitales psiquiátricos para que trabajen como niñeras

T	D	N	N	T
---	---	---	---	---

40. Asusta pensar en personas con problemas mentales viviendo en nuestra zona

T	D	N	N	T
---	---	---	---	---

Totalmente de Acuerdo: TA De acuerdo: D Ni de acuerdo Ni desacuerdo: N No estoy de Acuerdo: NA Totalmente en Desacuerdo: TD

Anexo 3: Documentos para Validar los instrumentos a través de juicio de expertos



**DOCUMENTOS PARA VALIDAR LOS INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN
A TRAVÉS DE JUICIO DE EXPERTOS**

CARTA DE PRESENTACIÓN

Señor: Mgtr. Gerardo Manuel Bellido Figueroa

Presente

Asunto: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS A TRAVÉS DE JUICIO DE EXPERTOS.

Me es muy grato comunicarme con usted para expresarle mis saludos y asimismo, hacer de su conocimiento que siendo estudiante de la escuela de psicología la UCV, en la sede de San Juan de Lurigancho, promoción 2019, requiero validar los instrumentos con los cuales recogeré la información necesaria para poder desarrollar la investigación para optar el título profesional de Licenciada en Psicología.

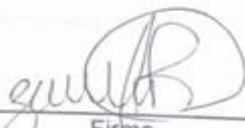
El título del proyecto de investigación es: "*Adaptación de la Escala de Actitudes Comunitarias hacia la Enfermedad Mental en adultos de San Juan de Lurigancho, 2018*" y siendo imprescindible contar con la aprobación de docentes especializados para poder aplicar los instrumentos en mención, he considerado conveniente recurrir a usted, ante su connotada experiencia en tema de psicología, educación y/o investigación.

El expediente de validación, que le hago llegar contiene lo siguiente:

- Carta de presentación.
- Definiciones conceptuales de las variables y dimensiones.
- Matriz de operacionalización de las variables.
- Cuestionario de adaptación del instrumento

Expresándole mis sentimientos de respeto y consideración, me despido de usted, no sin antes agradecerle por la atención que dispense a la presente.

Atentamente.


Firma
Garate Reyes, Ziany Danae
D.N.I: 76604673

Definición conceptual de las variables y dimensiones

I. **Variable: Actitudes Comunitarias hacia la Enfermedad Mental**

Taylor y Dear (1981) mencionan que la reintegración social de los pacientes con enfermedades mentales depende mucho de la **aceptación o negación de la comunidad** y de las **reacciones que puedan manifestar hacia las instalaciones** que se encargan de los enfermos mentales.

II. **Dimensiones**

1. **Autoritarismo**

Opiniones de las personas con enfermedades mentales inferiores a los que no lo padecen. (Cohen y Struening, 1962)

2. **Benevolencia**

Evalúa actitudes de protección hacia los pacientes, pueden ser tomadas como actitudes paternalistas. (Cohen y Struening, 1962)

3. **Restricción Social**

Peligro que representan las personas con enfermedades mentales para la sociedad. (Cohen y Struening, 1962)

4. **Ideología de Salud Mental en la Comunidad**

Actitudes y creencias con respecto a la reinserción a la sociedad de las personas con enfermedades mentales. (Baker y Schulberg, 1967)

Matriz de operacionalización

Variable: Actitudes Comunitarias hacia la Enfermedad Mental

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de Medición
Actitudes Comunitarias hacia la Enfermedad Mental	Taylor y Dear (1981) mencionan que la reintegración social de los pacientes con enfermedades mentales depende mucho de la aceptación o negación de la comunidad y de las reacciones que puedan manifestar hacia las instalaciones que se encargan de los enfermos mentales.	El instrumento de la Escala de Actitudes Comunitarias hacia la Enfermedad Mental tiene como objetivo medir, predecir y evaluar las reacciones de la comunidad frente a las personas con enfermedades mentales a través de 4 dimensiones las cuales constan en Autoritarismo, Benevolencia, Restricción Social e Ideología de la Salud Mental en la Comunidad	Autoritarismo	Opiniones de las personas con enfermedades mentales interiores a los que no lo padecen	1, 5, 9, 13, 17, 21, 25, 29, 33, 37	El instrumento está compuesto por 4º reactivos de opción múltiple por lo que se ubica en una escala de medición ordinal.
			Benevolencia	Evalúa actitudes de protección hacia los pacientes, pueden ser tomadas como actitudes paternalistas.	2, 6, 10, 14, 18, 22, 26, 30, 34, 38	
			Restricción Social	Peligro que representan las personas con enfermedades mentales para la sociedad.	3, 7, 11, 15, 19, 23, 27, 31, 35, 39	Totalmente de acuerdo = 5 De acuerdo=4 Ni de acuerdo ni desacuerdo=3 No estoy de acuerdo =2 Totalmente en desacuerdo =1
			Ideología de la Salud Mental	Actitudes y creencias con respecto a la re inserción a la sociedad de las personas con enfermedades mentales.	4, 8, 12, 16, 20, 24, 28, 32, 36, 40	

Fuente: Taylor y Dear (1981)



Questionario de Adaptación de la Escala de Actitudes Comunitarias hacia la Enfermedad mental

Cuál de las opciones se aplicaría mejor para medir actitudes comunitarias hacia la enfermedad mental

Item original	1. En cuánto que una persona muestra signos de alteración mental, debería ser ingresada en el hospital	Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>
Traducción 1	Desde el momento en que una persona muestra signos de alteración mental, debería ser ingresada en un hospital	Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>
Traducción 2	Desde el instante en que una persona muestra signos de problemas mentales, debería ser ingresada en un hospital psiquiátrico	Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/>
Item original	2. Se debería gastar más dinero de los fondos estatales en el cuidado y tratamiento de las personas con enfermedades mentales	Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>
Traducción 1	Se debería invertir más dinero del fondo del estado en el cuidado y tratamiento de las personas con enfermedades mentales	Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/>
Traducción 2	Se debería gastar más dinero del gobierno en el cuidado y tratamiento de las personas con enfermedades mentales	Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>
Item original	3. Las personas con enfermedades mentales se deberían de mantener aisladas de la comunidad	Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>
Traducción 1	Las personas con enfermedades mentales se deberían de mantener alejadas de la comunidad	Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/>
Traducción 2	Las personas con enfermedades mentales se deberían de mantener aisladas de la comunidad	Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>
Item original	4. La mejor terapia para muchas personas con enfermedades mentales es formar parte de la comunidad	Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/>
Traducción 1	La mejor terapia para las personas con enfermedades mentales es formar parte de la comunidad	Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>
Traducción 2	La mejor terapia para muchas personas con enfermedades mentales es formar parte de la sociedad	Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>
Item original	5. Una enfermedad mental es una enfermedad igual que cualquier otra	Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/>
Traducción 1	Una enfermedad mental es una enfermedad igual que cualquiera	Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>
Traducción 2	Una enfermedad mental es una enfermedad igual que todas	Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>
Item original	6. Las personas con enfermedades mentales representan una carga para la sociedad	Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>
Traducción 1	Las personas con enfermedades mentales son una carga para la sociedad	Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/>
Traducción 2	Las personas con enfermedades mentales representan una carga para la sociedad	Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>



Item original	7. Las personas con enfermedades mentales son menos peligrosas de lo que supone la mayoría de la gente	Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>
Traducción 1	Las personas con enfermedades mentales son menos peligrosas de lo que cree la mayoría de las personas	Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/>
Traducción 2	Las personas con enfermedades mentales son menos peligrosas de lo que piensa la mayoría de las personas	Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>
Item original	8. La ubicación de servicios de salud mental en zonas residenciales degrada el barrio	Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/>
Traducción 1	La ubicación de servicios de salud mental degrada la zona en dónde se encuentran	Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>
Traducción 2	Los servicios de salud mental ubicados en zonas urbanizadas degradan el lugar dónde están	Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>
Item original	9. Las personas con enfermedades mentales tienen algo que las hace fácil distinguirlas de las personas normales	Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>
Traducción 1	Las personas con enfermedades mentales son fácilmente reconocibles	Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>
Traducción 2	Las personas con enfermedades mentales tienen algo que las hace distinguirlas fácilmente de las demás personas	Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/>
Item original	10. Las personas con enfermedades mentales han sido objeto de burlas durante demasiado tiempo	Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>
Traducción 1	Las personas con enfermedades mentales han sido discriminadas por mucho tiempo	Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>
Traducción 2	Las personas con enfermedades mentales han sido objeto de burlas por mucho tiempo	Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/>
Item original	11. Una mujer sería tonta si se casa con un hombre que ha padecido una enfermedad mental, incluso cuando este parezca estar totalmente recuperado	Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>
Traducción 1	Una mujer sería una tonta si se casa con un hombre que ha padecido alguna enfermedad mental, incluso cuando este parezca estar totalmente bien	Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/>
Traducción 2	Una mujer sería tonta si se casa con un hombre que ha padecido una enfermedad mental, incluso cuando este parezca estar totalmente recuperado	Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>
Item original	12. Siempre que sea posible los servicios de salud mental deberían ser ofrecidos a través de centros en la comunidad	Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/>
Traducción 1	Los servicios de salud mental deberían ser ofrecidos a través de locales comunales	Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>
Traducción 2	Siempre que sea posible los servicios de salud mental deberían ser ofrecidos a través de centros en la comunidad	Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/>
Item original	13. Se debería dar menos importancia a proteger a la población de las personas con enfermedad mental	Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>
Traducción 1	Se debería dar menos importancia a proteger a las personas con enfermedades mentales	Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>
Traducción 2	Se debería dar menos importancia de proteger a las personas con enfermedades mentales	Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/>
Item original	14. Gastar más en servicios de salud mental es un despilfarrar de dinero público	Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/>



Traducción 1	Invertir más en servicios de salud mental es un despilfarró de dinero	Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>
Traducción 2	Gastar más en servicios de salud mental es un despilfarró de dinero	Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/>
Item original	15. Nadie tiene derecho a excluir a las personas con enfermedades mentales de su barrio	Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>
Traducción 1	Nadie tiene derecho de excluir a las personas con enfermedades mentales de la zona en donde vive	Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/>
Traducción 2	Nadie tiene derecho a excluir a las personas con enfermedades mentales de su barrio	Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/>
Item original	16. El hecho de tener personas con enfermedades mentales viviendo en comunidades residenciales puede ser una buena terapia, pero los riesgos para los residentes son demasiado grandes	Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>
Traducción 1	El hecho de incluir a las personas con enfermedades mentales en las comunidades puede ser de ayuda, pero los habitantes de las distintas comunidades corren muchos riesgos	Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>
Traducción 2	El hecho de tener personas con enfermedades mentales viviendo en las comunidades puede ser una buena terapia, pero los riesgos para las personas son grandes	Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>
Item original	17. Las personas con enfermedades mentales necesitan el mismo control y disciplina que un niño	Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>
Traducción 1	Las personas con enfermedades mentales deberían de tener el mismo control y disciplina que un niño	Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>
Traducción 2	Las personas con enfermedades mentales necesitan el mismo control y disciplina que un niño	Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>
Item original	18. Necesitamos adoptar una actitud mucho más tolerante en nuestra sociedad hacia las personas con enfermedades mentales	Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>
Traducción 1	Necesitamos adoptar una actitud mucho más tolerante en nuestra sociedad hacia las personas con enfermedades mentales	Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>
Traducción 2	Necesitamos adoptar una actitud mucho más tolerante en nuestra sociedad hacia las personas con enfermedades mentales	Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>
Item original	19. No me gustaría vivir a lado de una persona que ha padecido una enfermedad mental	Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>
Traducción 1	No me gustaría vivir cerca de una persona que ha padecido una enfermedad mental	Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>
Traducción 2	No me gustaría vivir a lado de una persona que ha padecido una enfermedad mental	Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>
Item original	20. Los residentes deberían aceptar la ubicación de servicios de salud mental en sus barrios para cubrir las necesidades de la comunidad local	Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>
Traducción 1	Las personas deberían aceptar la ubicación de los servicios de salud mental en sus comunidades para cubrir sus necesidades	Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>
Traducción 2	Los residentes deberían aceptar la ubicación de servicios de salud mental en sus barrios para cubrir las necesidades de la comunidad local	Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>



Item original	21. Las personas con enfermedades mentales no deberían ser tratadas como marginados sociales	<input checked="" type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Traducción 1	Las personas con enfermedades mentales no deberían ser tratados como marginales	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Traducción 2	Las personas con enfermedades mentales no deberían ser tratadas como marginados sociales	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Item original	22. Hay suficientes servicios para las personas con enfermedades mentales	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Traducción 1	Hay suficientes servicios para las personas con enfermedades mentales	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Traducción 2	Hay suficientes servicios para las personas con enfermedades mentales	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Item original	23. Se debería motivar a las personas con enfermedades mentales a asumir las responsabilidades de una vida normal	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Traducción 1	Se debería motivar a las personas con enfermedades mentales a asumir las responsabilidades de tener una vida normal	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Traducción 2	Se debería motivar a las personas con enfermedades mentales a asumir las responsabilidades de una vida normal	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Item original	24. Los residentes tienen buenos motivos para oponerse a la ubicación de servicios de salud mental en sus barrios	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Traducción 1	Las personas tienen motivos suficientes para oponerse a la ubicación de servicios de salud mental en sus localidades	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Traducción 2	Los residentes tienen buenos motivos para oponerse a la ubicación de servicios de salud mental en sus barrios	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Item original	25. La mejor manera de tratar a personas con enfermedades mentales es mantenerlos bajo llave	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Traducción 1	La mejor manera de tratar a personas con enfermedades mentales es mantenerlos encerrados	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Traducción 2	La mejor manera de tratar a personas con enfermedades mentales es mantenerlos bajo llave	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Item original	26. Nuestros hospitales parecen más cárceles que sitios donde se puede cuidar de las personas con enfermedades mentales	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Traducción 1	Los hospitales psiquiátricos parecen más cárceles que lugares en donde se pueda cuidar de las personas con enfermedades mentales	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Traducción 2	Nuestros hospitales parecen más cárceles que sitios donde se puede cuidar de las personas con enfermedades mentales	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Item original	27. Cualquier persona con historia de problemas mentales debería estar excluida de asumir un trabajo público	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Traducción 1	Las personas con historial de haber padecido de alguna enfermedad mental deberían ser excluidas de asumir algún puesto de trabajo	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Traducción 2	Cualquier persona con historia de problemas mentales debería estar excluida de asumir un trabajo público	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Item original	28. La ubicación de servicios de salud mental en zonas residenciales no representa ningún peligro para los residentes	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No



Traducción 1	La ubicación de los servicios de salud mental en la comunidad no representa ningún peligro para sus habitantes	<input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
Traducción 2	La ubicación de los centros de salud mental en los barrios no representa ningún peligro para las personas	<input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO
Item original	29. Los hospitales para enfermedades mentales representan un tipo de tratamiento obsoleto	<input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
Traducción 1	Los hospitales psiquiátricos realizan un tipo de tratamiento obsoleto	<input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO
Traducción 2	Los hospitales psiquiátricos realizan un tratamiento muy anticuado	<input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
Item original	30. Las personas con enfermedades mentales no merecen nuestra comprensión	<input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
Traducción 1	Las personas con enfermedades mentales no merecen nuestra comprensión	<input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO
Traducción 2	Las personas con enfermedades mentales no merecen nuestra comprensión	<input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO
Item original	31. No deberían negarse sus derechos como individuos a las personas con enfermedades mentales	<input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO
Traducción 1	No se deberían de negar los derechos de las personas con enfermedades mentales	<input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO
Traducción 2	Deberían respetarse los derechos de las personas con enfermedades mentales	<input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
Item original	32. Los centros de salud mental deberían estar fuera de los barrios residenciales	<input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO
Traducción 1	Los centros de salud mental deberían estar alejados de las zonas urbanas	<input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
Traducción 2	Los centros de salud mental deberían estar fuera de los barrios residenciales	<input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO
Item original	33. Una de las principales causas de la enfermedad mental es la falta de autodisciplina de fuerza de voluntad	<input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO
Traducción 1	Una de las causas de la enfermedad mental es la falta de fuerza de voluntad	<input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
Traducción 2	Una de las principales causas de la enfermedad mental es la falta de autodisciplina de fuerza de voluntad	<input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO
Item original	34. Tenemos la responsabilidad de proporcionar el mayor cuidado posible a las personas con enfermedades mentales	<input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO
Traducción 1	Tenemos la responsabilidad de brindar el mayor cuidado posible a las personas con enfermedades mentales	<input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
Traducción 2	Tenemos la responsabilidad de ofrecer el mayor cuidado posible a las personas con enfermedades mentales	<input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO
Item original	35. No se puede dar ninguna responsabilidad a las personas con enfermedades mentales	<input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
Traducción 1	No se puede dar ninguna responsabilidad a las personas con enfermedades mentales	<input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO
Traducción 2	No se puede dar ninguna responsabilidad a las personas con enfermedades mentales	<input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
Item original	36. Los residentes no tienen nada que temer de personas que vienen a sus barrios para ser atendidos en los servicios de salud mental	<input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO
Traducción 1	Las personas no tienen nada que temer de quienes se atiendan en los servicios de salud mental que se encuentran en su comunidad	<input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
Traducción 2	Los residentes no tienen nada que temer de personas que vienen a sus barrios para ser atendidos en los servicios de salud mental	<input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO



Item original	37. Prácticamente cualquier persona puede padecer una enfermedad mental	<input checked="" type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
Traducción 1	Prácticamente cualquier persona puede padecer una enfermedad mental	<input type="radio"/> SI	<input checked="" type="radio"/> NO
Traducción 2	Prácticamente cualquier persona puede padecer una enfermedad mental	<input type="radio"/> SI	<input checked="" type="radio"/> NO
Item original	38. Es mejor evitar a cualquier persona que tenga problemas mentales	<input type="radio"/> SI	<input checked="" type="radio"/> NO
Traducción 1	Es mejor evitar a cualquier persona que tenga problemas mentales	<input type="radio"/> SI	<input checked="" type="radio"/> NO
Traducción 2	Es mejor evitar a cualquier persona que tenga problemas mentales	<input type="radio"/> SI	<input checked="" type="radio"/> NO
Item original	39. En la mayoría de los casos, se puede confiar en mujeres que han sido pacientes en hospitales de enfermedades mentales como canchuros	<input type="radio"/> SI	<input checked="" type="radio"/> NO
Traducción 1	Se puede confiar en niñas que han sido pacientes de hospitales psiquiátricos	<input type="radio"/> SI	<input checked="" type="radio"/> NO
Traducción 2	Se puede confiar en las mujeres que han sido pacientes en hospitales psiquiátricos para que trabajen como niñas	<input type="radio"/> SI	<input checked="" type="radio"/> NO
Item original	40. Asusta pensar en personas con problemas mentales viviendo en barrios residenciales	<input type="radio"/> SI	<input checked="" type="radio"/> NO
Traducción 1	Asusta pensar en personas con enfermedades mentales siendo nuestros vecinos	<input type="radio"/> SI	<input checked="" type="radio"/> NO
Traducción 2	Asusta pensar en personas con problemas mentales viviendo en nuestra zona	<input type="radio"/> SI	<input checked="" type="radio"/> NO

Observaciones: _____

Opinión de aplicabilidad: Aplicable Aplicable después de corregir No aplicable

Apellidos y nombres del juez validador Dr./Mg: Belido Figueroa Gerardo Manuel DNI: 42223172

Especialidad del validador: Psicólogo Clínico / Psicoterapeuta / Responsable Unidad de Adultos de C.S. Heredia

Comunalismo Zarate - SLL de junio de 2018



Dr. Gerardo Manuel Belido Figueroa
 Psicólogo Clínico / Psicoterapeuta / Responsable Unidad de Adultos de C.S. Heredia
 S.L.L. Comunalismo Zarate - SLL

Especialidad

 UCV UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO	ACTA DE APROBACIÓN DE ORIGINALIDAD DE TESIS	Código : F06-PP-PR-02.02 Versión : 09 Fecha : 23-03-2018 Página : 1 de 1
--	---	---

Yo, Nikolai Martin Rodas Vera, docente de la Facultad Humanidades y Escuela Profesional Psicología de la Universidad César Vallejo Filial Lima, sede Lima Este, revisor (a) de la tesis titulada

“Adaptación de la Escala de Actitudes Comunitarias hacia la Enfermedad Mental en adultos de Lima, 2018”, del (de la) estudiante Ziany Danae Garate Reyes, constato que la investigación tiene un índice de similitud de 20 % verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin.

El/la suscrito (a) analizó dicho reporte y concluyó que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.


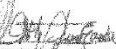





San Juan de Lurigancho, 19 de febrero de 2019



Firma


Mg. Nikolai Martin Rodas Vera

DNI: 42913187

				
Elaboró	Ró Dirección de Investigación	Revisó		

Feedback Studio - Google Chrome
https://ev.turnitin.com/app/carta/es/?o=1075066735&s=3&lang=es&u=1073963842

feedback studio | Adaptación de la Escala de Actitudes Comunitarias hacia la Enfermedad Mental en adultos de Lima, 2018. /0 < 10 de 19 > ?

 **UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO**

FACULTAD DE HUMANIDADES

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

Adaptación de la Escala de Actitudes Comunitarias hacia la
Enfermedad Mental en adultos de Lima, 2018.

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

AUTORA:

GARATE REYES, Ziany Danae

Resumen de coincidencias

20 %

Se están viendo fuentes estándar

[Ver fuentes en inglés \(Beta\)](#)

Coincidencias

1	appswl.elsevier.es Fuente de Internet	8 %	>
2	repository.javeriana.ed... Fuente de Internet	3 %	>
3	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	1 %	>
4	Entregado a Universida... Trabajo del estudiante	1 %	>
5	Entregado a Universida... Trabajo del estudiante	1 %	>
6	www.minsa.gob.pe Fuente de Internet	1 %	>

Windows taskbar: 12:46 08/02/2019

 UCV UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO	AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE TESIS EN REPOSITORIO INSTITUCIONAL UCV	Código : F08-PP-PR-02.02 Versión : 09 Fecha : 23-03-2018 Página : 1 de 1
--	--	---

Yo Ziany Danae Garate Reyes, identificado con DNI N° 76604673, egresado de la Escuela Profesional de Psicología de la Universidad César Vallejo, autorizo (x) , No autorizo () la divulgación y comunicación pública de mi trabajo de investigación titulado "Adaptación de la Escala de Actitudes Comunitarias hacia la Enfermedad Mental en adultos de Lima, 2018"; en el Repositorio Institucional de la UCV (<http://repositorio.ucv.edu.pe/>), según lo estipulado en el Decreto Legislativo 822, Ley sobre Derecho de Autor, Art. 23 y Art. 33

Fundamentación en caso de no autorización:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....






.....



 FIRMA

DNI: 76604673

FECHA: 19 de Febrero del 2019

					
Ejecutor	Dirección de Investigación	Revisó	Representación del FGC		



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

AUTORIZACIÓN DE LA VERSIÓN FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

CONSTE POR EL PRESENTE EL VISTO BUENO QUE OTORGA EL ENCARGADO DE INVESTIGACIÓN DE

La Carrera Profesional de Psicología, Mg. Nikolai Rodas Vera

A LA VERSIÓN FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PRESENTA:

GARATE REYES, Ziany Danae

INFORME TÍTULADO:

**Adaptación de la Escala de Actitudes Comunitarias hacia la
Enfermedad Mental en adultos de Lima, 2018**

PARA OBTENER EL TÍTULO O GRADO DE:

Licenciada en Psicología

SUSTENTADO EN FECHA: 19 de febrero de 2019

NOTA O MENCIÓN: 13



Mg. Nikolai Rodas Vera

DNI: 42913187