

Efecto condicional de las actitudes hacia pacientes con diagnósticos de salud mental sobre la toma de decisiones en contexto de urgencia según la autopercepción de conocimientos asociados al trabajo con pacientes de salud mental
Conditional effect of attitudes towards patients with mental health diagnoses on decision making in an emergency context according to self-perception of knowledge associated with working with mental health patients

Maite López Z.¹, Christianne Zulic A.², Eduardo Mora N.³, Ma Ignacia Gonzalez S.⁴

ABSTRACT

Introduction: Currently there are few studies regarding the evaluation of attitudes and self-perception of knowledge of health professionals towards patients with some mental health condition, and the relationship of these variables with decision making regarding these patients. From experience, it is known the difficulty that doctors who are not related to the area of mental health have in dealing with patients with some psychiatric pathology and even more so in emergencies, either because they recognize a lack of knowledge of the subject and instances that are not suitable for evaluation. in addition to the high demand of these services. **Methodology:** The study consisted of a cross-sectional online survey applied to health professionals belonging to the Dr. Hernán Henríquez Aravena Hospital, located in the city of Temuco, Chile. The survey included sociodemographic questions, characterization of experiences associated with mental health diagnoses, and scales dedicated to measuring variables (self-perception, attitudes and decision making). **Results:** As self-perception of knowledge grows, the effect of attitudes on decision making also increases. **Conclusions:** Both the attitudes of health professionals towards this type of patients, as well as their self-perception of knowledge, are two fundamental components to ensure good clinical management. It is important that there is a balance in how both are managed within a service, in order to ensure appropriate care focused on the patient's well-being.

Keywords: Self-perception, health professionals, mental health, Attitudes.
Rev. Chil Neuro-Psiquiat 2023; 61 (4); 438-446

Recibido: 24-03-2022

Aceptado: 30-10-2023

¹ Médico Residente Psiquiatría Infanto Juvenil, Universidad de La Frontera.

² Médico Psiquiatra Infanto Juvenil, Docente Universidad de La Frontera

³ Doctor en Psicología, Docente Universidad de La Frontera

⁴ Médico General.

INTRODUCCIÓN

Antecedentes teóricos

La evaluación del paciente con patología psiquiátrica es compleja, requiriendo habilidades distintas a las de otra evaluación. Requiere de ambientes óptimos, que no siempre se encuentran a libre disposición⁽¹⁾. El tratamiento en salud mental se diferencia en las características de los pacientes, cuyas enfermedades, conllevan riesgos clínicos específicos. Además, algunos pacientes no creen que estén enfermos y, por lo tanto, rechazan atención⁽²⁾.

Esta evaluación se hace en todas las instancias, desde atención primaria hasta servicios de urgencias.

Las unidades de urgencias se han convertido en un destino para personas que enfrentan condiciones de salud mental en deterioro. Estudios estiman que entre el 4 y 12% de las visitas a urgencias se deben a salud mental. A nivel país, se estima que las consultas psiquiátricas son alrededor del 5,1% del total de atenciones en el Servicio de Urgencia y otros estudios sugieren que estas cifras están subestimadas^(1,3,4).

Urgencias es uno de los ambientes más complejos para desarrollar una correcta evaluación psiquiátrica debido a que se pueden encontrar largos tiempos de espera, poco espacio físico y poca privacidad además de tiempos acotados para la atención⁽¹⁾. Lo que se debe tener en cuenta en el abordaje de estas situaciones en el servicio de urgencia es lo desafiante del afrontamiento de estas patologías, con pacientes con dolencias menos tangibles y donde hay gran demanda, pobre infraestructura y mayor estrés laboral⁽⁵⁾.

En estudios se ha visto que profesionales de la salud son afectados por pacientes con trastornos psiquiátricos, teniendo actitudes negativas hacia los pacientes y experimentan intuitivamente una falta de confianza al momento de enfrentarlos⁽⁶⁾. Se encuestaron 328 directores médicos y se encontró que el 80% creía que los pacientes de

índole de salud mental tenían tiempos de espera prolongados, en algunos sectores podrían pasar días para que un paciente con un diagnóstico de salud mental se traslade a otro hospital o consiga una cama⁽⁷⁾.

Estudios respecto a profesionales de salud que trabaja en urgencias concluyen que carecen de conocimientos y habilidades sobre la atención al paciente psiquiátrico⁽⁸⁾. En estudios anteriores, el personal de salud de triage tendían a clasificar a los pacientes psiquiátricos como menos necesitados de atención urgente⁽⁹⁾. En otros estudios, una gran proporción de médicos dijeron que carecían de conocimiento y confianza en la evaluación de pacientes de salud mental, e identificaron necesidades de capacitación en términos de conocimientos y habilidades⁽¹¹⁾. Se ha encontrado que los problemas más graves fueron el tratamiento incorrecto de los pacientes y la falta de atención a las condiciones, llevando a negligencias y diagnósticos equivocados⁽¹²⁾.

En Chile, respecto de la auto-percepción de conocimientos de los médicos hacia los pacientes de salud mental, se observó que 35,5% creía tener un conocimiento adecuado. Los médicos más jóvenes, comprobaron un mayor grado⁽¹³⁾.

Además de la autopercepción de conocimientos en cuanto al manejo de los usuarios con alguna condición de salud mental, también están las actitudes al intentar abordar a los pacientes, los estudios muestran que las personas con trastornos psiquiátricos reciben tratamiento de menor calidad para diversas enfermedades físicas que las personas sin patología psiquiátrica. Existe correlación entre las actitudes y las intenciones de tratamiento. Se ha visto que quienes respaldan características estigmatizantes de un paciente con esquizofrenia tenían más probabilidades de creer que no se adheriría al tratamiento; menos probabilidades de derivar al paciente a un especialista o de volver a surtir su receta⁽¹⁴⁾. Esto podría explicarse por un fenómeno conocido como “sesgo del médico”, causado por su falta de contacto con pacientes completamente recuperados⁽¹⁵⁾. En otros estudios

referentes a actitudes, se encontró que actitudes negativas estaban asociadas con reportes de los pacientes sobre un comportamiento controlador y restrictivo por parte de los profesionales, también se vieron asociaciones con la actitud distante por parte de los profesionales⁽¹⁴⁾. La evidencia de EE.UU. muestra que los médicos son menos propensos a creer que los pacientes con episodios previos de depresión tienen trastornos médicos graves que causan síntomas físicos, lo que conduce a una mayor renuencia a iniciar investigaciones de enfermedades subyacentes basadas en los síntomas. Esta renuencia podría reflejar la atribución errónea de síntomas físicos a una enfermedad mental preexistente (“oscurecimiento del diagnóstico”)⁽¹⁴⁾.

Otros autores han informado que los pacientes que presentan síntomas vagos característicos de algunas dificultades psiquiátricas que pueden requerir una evaluación más prolongada pueden interrumpir el flujo normal en un servicio; esto puede llevar a sentimientos de inadecuación entre el personal⁽⁸⁾.

Se ha visto en estudios que la disminución de la percepción de conocimientos lleva a inseguridad respecto al tratamiento y además que los profesionales de la salud tienen actitudes más negativas hacia las personas diagnosticadas con alguna patología psiquiátrica, estas formas de proceder, actitudes y prejuicios podrían llevar al estigma⁽¹⁶⁾. El estigma puede impedir que los pacientes consulten a profesionales⁽¹⁷⁾, ha sido identificado como una barrera especialmente importante para la búsqueda de ayuda por parte de los pacientes.

La intervención temprana en relación a estos temas dentro de los profesionales de la salud puede resultar en beneficios a largo plazo para su desempeño laboral pero también para la población de pacientes con alguna patología de salud mental⁽¹⁸⁾.

La presente investigación

El hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena está ubicado en la ciudad de Temuco. Consta

de un servicio de Urgencias Adulto e Infantil, con médicos trabajando por turnos, en horarios extensos y teniendo contacto con una gran cantidad de pacientes de forma diaria.

Últimamente, y debido al contexto de emergencia sanitaria, estudios han indicado que la pandemia se asocia con elevada sintomatología psiquiátrica en la población general y los profesionales de la salud⁽¹⁹⁾.

Dado lo anterior, es que surge la pregunta: ¿existe una relación entre las actitudes hacia los pacientes de salud mental y la buena toma de decisiones por parte de los profesionales de la salud en contextos de urgencia?, y de existir esta relación, ¿está moderada por la autopercepción de conocimientos? La hipótesis de este estudio refiere a que actitudes más positivas estarán asociadas con mejores decisiones en contextos de urgencias cuando se trata de pacientes de salud mental, y que esta relación se verá potenciada por la autopercepción de conocimientos, es decir, que será más fuerte cuando el profesional de la salud se sienta más preparado para enfrentar este tipo de situaciones.

METODOLOGÍA

Diseño y muestra

El estudio consistió en una encuesta online de carácter transversal aplicada a médicos de los servicios de urgencias adulto e infantil pertenecientes al Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena. 52 médicos respondieron la encuesta (55.8% mujeres y 44.2% hombres), con edades entre 27 y 63 años (M = 36.8, D.E. = 10.30). Un 53.8% reportó trabajar en servicio adulto, y un 46.2% en servicio infantil. El 69.2% trabaja en turnos de 24 horas, y un 30.8% en turnos de 12 horas o menos.

Se debió aceptar una carta de consentimiento informado previo a responder la encuesta, aprobada por el Comité de Ética Científico del Servicio de Salud Araucanía Sur. La recolección de datos se llevó a cabo entre diciembre 2021 y enero 2022. No se recolectó ningún tipo de información personal.

Instrumentos

La encuesta incluyó preguntas sociodemográficas, caracterización de experiencias asociadas a diagnósticos de salud mental, y escalas dedicadas a medir las variables en estudio que se detallan a continuación.

Autopercepción de conocimientos

Se usó una escala de 5 ítems en formato Likert. Los ítems fueron adaptados de escalas del estudio “In the general hospital: A doctors’ perception survey”⁽¹³⁾ y otros fueron elaboración propia (e.g: “*En lo que se refiere a trastornos psiquiátricos graves, ¿Qué tan preparado se siente para abordar la suicidalidad en un paciente que consulta en urgencias cuando este no es su motivo de consulta principal?*”). La escala presentó índices de confiabilidad excelentes ($\alpha = .89$). El promedio de la escala fue de 2.70 y la desviación estándar de .80.

Actitudes hacia pacientes con diagnósticos de salud mental

Se utilizaron tres estrategias. En primer lugar, dos escalas, que consideraron las actitudes hacia casos ficticios: un caso con un diagnóstico claro, y otro con diagnóstico impreciso. Por último, se utilizaron dos preguntas para evaluar actitudes generales. En total se usó una escala de 17 ítems. Los ítems fueron adaptados de las escalas: “Escala de Actitudes hacia la Enfermedad Mental (CAMI)”, “Escala de distancia Social”⁽²⁰⁾ y otros ítems fueron de elaboración propia.

- *Actitudes hacia un paciente con diagnóstico claro*: escala de 9 ítems. Los ítems fueron parte de la presentación de un caso en donde se mostraba a una Adolescente con un diagnóstico conocido y se hacían diversas preguntas respecto a su desempeño laboral y social. (e.g: “Dejaría que Alejandra trabaje como niñera cuidando a mis hijos, sobrinos, primos, hermanos”) La escala presentó índices de confiabilidad excelentes ($\alpha = .88$). El promedio de la escala fue de 3.86 y la desviación estándar de .74.

- *Actitudes hacia un paciente con diagnóstico*

impreciso: Se utilizó una escala de 6 ítems. Los ítems fueron parte de la presentación de una situación en donde se muestra a un Adolescente desconocido llegando a un vecindario y como sería el desempeño social de este en ese ambiente. (e.g: “No es una buena idea que el chico nuevo se junte con los demás debido a lo impredecible que puede ser respecto a la junta con pares”) La escala presentó índices de confiabilidad excelentes ($\alpha = .87$). El promedio de la escala fue de 3.99 y la desviación estándar fue de .72

- *Actitudes generales*: Se utilizó una escala de 2 ítems. (e.g: “*Las urgencias psiquiátricas debieran ser vistas en centros especializados y no en la urgencia general*”, “*Las personas que se resisten a las intervenciones en urgencias tienden a tener una patología de salud mental asociada*”). $r = 0.06$ $p = 0.63$. El promedio de la escala fue 2.79 y la desviación estándar de .83.

Toma de decisiones

Se presentaron tres situaciones, frente a las cuales debieron elegir entre diferentes opciones sobre cómo afrontar dicha situación (e.g: “*Que tan de acuerdo está usted con la apreciación del médico en cuanto a su diagnóstico*”, “*Cual de estas salas considera usted que es más adecuada para el manejo del paciente durante su hospitalización*”). Una de las opciones fue considerada como la decisión óptima en torno a los intereses del paciente, las preguntas se puntuaron como óptimas o no óptimas. El puntaje más alto es 3, el puntaje más bajo es 1. El promedio de respuesta fue de 2.06. Desviación estándar de .78

Estrategia analítica

En una primera etapa, se realizarán análisis descriptivos para las variables de caracterización de la muestra y las variables en estudio. Luego, se generarán tres modelos de regresión moderada en el software SPSS versión 21, utilizando el módulo PROCESS v.3.1. Estos modelos considerarán cada una de las variables de actitudes hacia pacientes de salud mental como variables independientes por separado, con la toma de decisiones como variable dependiente y la autopercepción de conocimientos

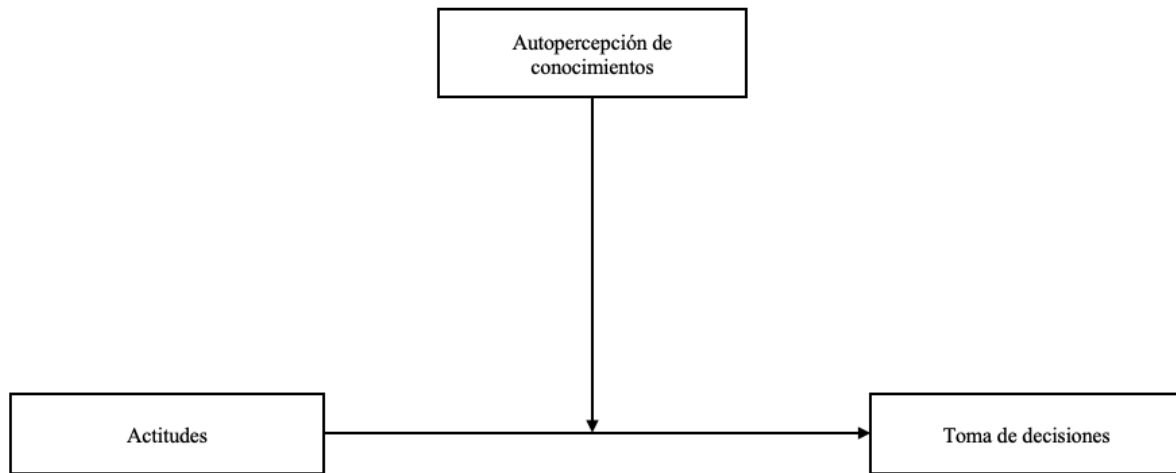


Figura 1. Modelo para regresión moderada.

como moderador (**Figura 1**). Se analizarán los efectos condicionales de la variable independiente en la variable dependiente, en tres niveles del moderador (una desviación estándar por debajo del promedio, el promedio, y una desviación estándar por sobre este). Además, se incluirá el género y la edad como covariables en cada uno de los modelos para controlar el posible efecto de estas en la variable dependiente.

RESULTADOS

Análisis descriptivo

En la **Tabla 1**, se presentan las correlaciones y estadísticos descriptivos para las variables en estudio. En primer lugar, es posible evidenciar

que las tres medidas de actitudes se encuentran correlacionadas entre sí, evidenciando que podrían efectivamente ser distintas dimensiones de un factor de segundo orden. Al realizar el análisis factorial de segundo orden para estas variables utilizando un método de máxima verosimilitud, se agruparon en un solo factor explicando el 73% de la varianza, con cargas sobre .70.

Modelos de regresión moderada

Para comprender si existen efectos condicionales de las actitudes hacia pacientes con diagnósticos de salud mental sobre la toma de decisiones en contexto de urgencia según la autopercepción de conocimientos asociados al trabajo con pacientes de salud mental, se elaboraron 3 modelos

Tabla 1. Correlaciones y estadísticos descriptivos para variables en estudio.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Género	-								
2. Edad	-.16	-							
3. Historial de tratamiento en SM	.09	-.12	-						
4. Conoce personas con diag. de SM	.28*	-.13	.22	-					
5. Actitudes generales	.03	-.02	.16	.14	-				
6. Actitudes diagnóstico específico	.14	-.05	-.01	.03	.53**	-			
7. Actitudes diagnóstico impreciso	-.00	-.13	.09	-.09	.47**	.70**	-		
8. Autopercepción de conocimientos	-.11	-.30*	.35*	.07	-.09	-.15	-.07	-	
9. Toma de decisiones favorable	.17	-.09	-.06	.03	.30*	.35*	.51**	.01	-
Promedio	-	36.83	.44	.94	2.79	3.86	3.99	2.55	2.06
Desviación estándar	-	10.31	.50	.24	.83	.74	.72	.65	.78

Tabla 2. Modelos de moderación para la predicción de la toma de decisiones a partir de las actitudes hacia las personas con diagnósticos de salud mental, según la autopercepción de conocimientos para enfrentar a este tipo de pacientes.

		β	E.S.	t	p	IC Inferior (95%)	IC Superior (95%)
Actitudes generales	<i>Nivel del moderador</i>						
	<i>Bajo</i>	-.02	.09	-.20	.84	-.21	.17
	<i>Promedio</i>	.08	.06	1.38	.17	-.04	.21
	<i>Alto</i>	.19	.06	2.90	.005*	.06	.32
Actitudes diagnóstico específico	<i>Nivel del moderador</i>						
	<i>Bajo</i>	.06	.09	.67	.51	-.12	.24
	<i>Promedio</i>	.14	.07	2.02	.04*	.00	.27
	<i>Alto</i>	.21	.07	2.92	.01*	.07	.36
Actitudes diagnóstico impreciso	<i>Nivel del moderador</i>						
	<i>Bajo</i>	.16	.11	1.49	.14	-.06	.38
	<i>Promedio</i>	.21	.08	2.70	.01*	.05	.36
	<i>Alto</i>	.25	.06	4.08	>.001*	.12	.37

separados para evaluar cada una de las tres formas en que se midieron las actitudes. En primer lugar, el modelo para las actitudes generales, mostró una interacción significativa entre estas y la autopercepción de conocimientos ($F(1,46) = 4.81$, $p = .04$). Al observar los efectos condicionales, se evidencia que el efecto de las actitudes en la toma de decisiones es significativo sólo cuando existe una alta autopercepción de conocimientos, y este efecto es positivo, lo que significa que actitudes más positivas promueven mejor toma de decisiones sólo cuando la autopercepción de conocimientos es alta. Cuando esta última es baja, el efecto se pierde (**Tabla 2**).

En el caso de las actitudes hacia un paciente con diagnóstico específico, la interacción no fue significativa ($F(1,46) = 2.61$, $p = .01$), sin embargo al observar los efectos condicionales, se observa el mismo patrón anterior: A medida que la autopercepción de conocimientos es mayor, el efecto de las actitudes sobre la toma de decisiones también es mayor. Es importante resaltar que es muy probable que la interacción resultaría significativa con un mayor tamaño muestral, dada la claridad del patrón evidenciado en los efectos condicionales (**Tabla 2**).

Por último, en el caso de las actitudes hacia

un paciente con diagnóstico impreciso, la interacción no resultó significativa ($F(1,46) = 1.10$, $p = .29$), pero se observó el mismo patrón anterior, donde el efecto de las actitudes aumenta a medida que es mayor la autopercepción de conocimientos (**Tabla 2**). Se hipotetiza que, con un mayor tamaño muestral, este efecto sería significativo.

DISCUSIÓN

Como se mencionó anteriormente, en estudios se ha observado como la baja autopercepción de conocimientos pueden llevar a inseguridad respecto al tratamiento y además que los profesionales de la salud tienen actitudes más negativas hacia las personas diagnosticadas con alguna patología psiquiátrica, estas formas de proceder, podrían llevar a malas prácticas y esto podría llevar a construir una barrera para la búsqueda de ayuda por parte de los pacientes⁽¹⁶⁾.

Luego de analizar los resultados, lo que más llama la atención es cómo las actitudes son capaces de predecir la buena toma de decisiones, lo que tiene relación con todos los estudios hechos a hasta ahora en donde se asocian las actitudes con el quehacer médico⁽¹⁴⁾. Esto resulta especialmente importante si se considera que el cambio conductual en

los profesionales de la salud podría llevar a un mejor manejo del paciente, no sólo requiere de guías y protocolos, sino que podría también ser indirectamente afectado por un cambio actitudinal de los profesionales hacia los pacientes de salud mental. En este sentido, generar actitudes más favorables podría ser parte importante de la discusión para mejorar la atención.

A su vez, el hecho de que la autopercepción de conocimientos es capaz de moderar esta relación, al menos en el caso de las actitudes generales, es evidencia de que la sensación de autoeficacia toma un rol importante en lo que refiere al manejo. De este modo, la sensación de seguridad en los propios conocimientos va de la mano con las actitudes favorables para generar el mejor escenario de atención para los pacientes. Esto implica que no son dos factores independientes, sino que cualquier intervención en este sentido debiese considerar ambas cosas, especialmente tomando en cuenta el efecto potente de las actitudes en la toma de decisiones favorable. La intervención temprana en relación a estos temas dentro de los profesionales de la salud puede resultar en beneficios a largo plazo para su desempeño laboral pero también para la población de pacientes⁽¹⁸⁾.

En general, en la muestra se puede observar una baja percepción de conocimientos desde los profesionales de la salud del servicio de urgencias. Dichas creencias se condicen con estudios a nivel internacional⁽⁶⁾.

Es importante considerar, que debido al bajo tamaño muestral, es posible que el estudio no haya tenido la suficiente potencia para detectar efectos significativos donde se ve un patrón claro en los efectos condicionales. Por lo mismo, es importante que se pueda contar con una muestra más grande, con el fin de esclarecer si estos efectos aparecerían de forma más clara y sustantiva. Del mismo modo, es importante ampliar la medición de la toma de decisiones, para abarcar un espectro más amplio de situaciones y problemáticas, donde quizás pueda ser posible diferenciar los efectos encontrados

según el ámbito donde la decisión es llevada a cabo como, por ejemplo, distintas etapas del proceso de urgencias, donde el manejo del paciente puede tener efectos radicalmente distintos en su proceso clínico en la urgencia (ingreso, evaluación, alta).

Limitaciones del estudio

Los resultados de este estudio deben ser interpretados bajo la luz de varias limitaciones como lo es el número de participantes, siendo este un estudio a nivel local y con una muestra tan pequeña en donde es difícil extrapolar los resultados a niveles de población mayores. Es importante considerar también que este estudio fue hecho en contexto de emergencia sanitaria, donde se describe mayores estresores ambientales en las urgencias, mayor cantidad de atenciones y mayor descompensación de patologías médicas y psiquiátricas.

CONCLUSIONES

Cuando se trata de buscar el beneficio para el paciente de salud mental en torno a su experiencia en un servicio de urgencias, este estudio indica que tanto las actitudes de los profesionales de la salud, así como su autopercepción de conocimientos, son dos componentes fundamentales para asegurar un buen manejo clínico. En este sentido, resulta importante que exista un balance en cómo se manejan ambas dentro de un servicio, con el fin de asegurar una atención apropiada y centrada en el bienestar del paciente.

A nivel local, este trabajo es parte del inicio para fomentar la comunicación entre dos servicios dando información respecto a vivencias de los profesionales de urgencias en el enfrentamiento de pacientes con alguna patología psiquiátrica. Investigaciones futuras, podrían proporcionar una visión más profunda respecto a las actitudes, autopercepción y toma de decisiones de los médicos, generando espacios de dialogo entre diferentes equipos, ayudando en el proceso de capacitaciones y solicitud de nuevos recursos además de mejorar la calidad de atención hacia la población.

RESUMEN

Introducción: En la actualidad existen pocos estudios con respecto a la evaluación de actitudes y autopercepción de conocimientos de los profesionales de la salud hacia los pacientes con alguna condición de salud mental, y la relación de estas variables con la toma de decisiones respecto de estos pacientes. Desde la experiencia se conoce la dificultad que tienen médicos que no están relacionados con el área de salud mental de afrontar a pacientes con alguna patología psiquiátrica y más aún en las urgencias, ya sea porque reconocen falta de conocimientos del tema, instancias no adecuadas para evaluación además de la alta exigencia de estos servicios. **Metodología:** El estudio consistió en una encuesta online de carácter transversal aplicada a profesionales de la salud pertenecientes al Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena, ubicado en la ciudad de Temuco, Chile. La encuesta incluyó preguntas sociodemográficas, caracterización de experiencias asociadas a diagnósticos de salud mental, y escalas dedicadas a medir variables (autopercepción, actitudes y toma de decisiones). **Resultados:** A medida que la autopercepción de conocimientos es mayor, el efecto de las actitudes sobre la toma de decisiones también es mayor. **Conclusiones:** Tanto las actitudes de los profesionales de la salud hacia este tipo de pacientes, así como su autopercepción de conocimientos, son dos componentes fundamentales para asegurar un buen manejo clínico. Resulta importante que exista un balance en cómo se manejan ambas dentro de un servicio, con el fin de asegurar una atención apropiada y centrada en el bienestar del paciente.

Palabras clave: Autopercepción, profesionales de la salud, salud mental, actitudes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ledet L, Chatmon BN. Treatment and Outcomes in Adult Designated Psychiatric Emergency Service Units. *Crit Care Nurs Clin North Am.* 2019;31(2):225–36.
2. Briner M, Manser T. Clinical risk management in mental health: A qualitative study of main risks and related organizational management practices. *BMC Health Serv Res.* 2013;13(1).
3. Cruz M C, Leiva L J, Escobar M E, Eugenin C D, Errázuriz L M del R, Prieto D B, et al. Demanda espontánea de urgencias psiquiátricas al Hospital Asistencia Pública Dr. Alejandro del Río. *Rev Chil Neuropsiquiatr.* 2007;45(2):108–13.
4. Fleury MJ, Fortin M, Rochette L, Grenier G, Huynh C, Pelletier É, et al. Assessing quality indicators related to mental health emergency room utilization. *BMC Emerg Med.* 2019;19(1):1–15.
5. Karadağ G, Ovayolu Ö, Parlar Kiliç S, Ovayolu N, Göllüce A. Malpractice in nursing: The experience in Turkey. *Int J Nurs Pract* [Internet]. 2015 Dec;21(6):889–95. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/ijn.12263>
6. Chou HJ, Tseng KY. The experience of emergency nurses caring for patients with mental illness: A qualitative study. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(22):1–11.
7. Alakeson V, Pande N, Ludwig M. A plan to reduce emergency room “Boarding” of psychiatric patients. *Health Aff.* 2010;29(9):1637–42.
8. Plant LD, White JH. Emergency room psychiatric services: A qualitative study of nurses’ experiences. *Issues Ment Health Nurs.* 2013;34(4):240–8.
9. Heslop L, Elsom S, Parker N. Improving continuity of care across psychiatric and emergency services: combining patient data within a participatory action research framework. *J Adv Nurs* [Internet]. 2000 Jan;31(1):135–43. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1046/j.1365-2648.2000.01251.x>
10. Magid DJ, Sullivan AF, Cleary PD, Rao SR, Gordon JA, Kaushal R, et al. The Safety of

- Emergency Care Systems: Results of a Survey of Clinicians in 65 US Emergency Departments. *Ann Emerg Med* [Internet]. 2009;53(6):715-723. e1. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.annemergmed.2008.10.007>
11. Gordon JT. Emergency department junior medical staff's knowledge, skills and confidence with psychiatric patients: A survey. *Psychiatrist*. 2012;36(5):186-8.
 12. Can I, Özçara E, Can M. Medical malpractice verdicts of high court in tURKEY. *DEU Journal of Medical Faculty*. DEU J Med Fac. 2011;25:69-76.
 13. González M, Calderón J, Olguín P, Flores JL, Ramírez S. In the general hospital: A doctors' perception survey. *Eur J Psychiatry*. 2006;20(4):224-30.
 14. Henderson C, Noblett J, Parke H, Clement S, Caffrey A, Gale-Grant O, et al. Mental health-related stigma in health care and mental health-care settings. *The Lancet Psychiatry*. 2014;1(6):467-82.
 15. Lagunes-Cordoba E, Alcalá-Lozano R, Lagunes-Cordoba R, Fresan-Orellana A, Jarrett M, Gonzalez-Olvera J, et al. Evaluation of an anti-stigma intervention for Mexican psychiatric trainees. *Pilot Feasibility Stud*. 2022;8(1):1-11.
 16. Mittal D, Corrigan P, Sherman MD, Chekuri L, Han X, Reaves C, et al. Healthcare providers' attitudes toward persons with schizophrenia. *Psychiatr Rehabil J*. 2014;37(4):297-303.
 17. Wang J, Wang Q, Wimalaratne I, Menkes DB, Wang X. Chinese non-psychiatric hospital doctors' attitudes toward management of psychological/psychiatric problems. *BMC Health Serv Res*. 2017;17(1):1-8.
 18. Kaushik A, Kostaki E, Kyriakopoulos M. The stigma of mental illness in children and adolescents: A systematic review. *Psychiatry Res*. 2016;243:469-94.
 19. Peters A, Rospleszcz S, Greiser KH, Dallavalle M, Berger K. The Impact of the COVID-19 Pandemic on Self-Reported Health. *Dtsch Arztebl Int*. 2020;117(50):861-7.
 20. Fernández PG, Bórquez SS, Solar FC, Bustos C, Chávez VT. Análisis psicométrico y adaptación de la escala de actitudes comunitarias hacia la enfermedad mental (CAMI) en una muestra chilena. *Univ Psychol*. 2016;15(2):153-62.

Correspondencia a:

Maite López Zugarramurdi
 Email: mlopezzuga@gmail.com
 Teléfono: +56994005774