

Estudio psicométrico de un cuestionario sobre las actitudes de los médicos de atención primaria hacia la salud mental: Cuestionario MAPSAM-14

Berta Moreno Küstner¹, Antonio Bordallo Aragón^{2*} y Jesús Sepúlveda Muñoz³

¹ Departamento de Personalidad y Tratamiento Psicológico. Facultad de Psicología. Universidad de Málaga. (España).

² Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental. Hospital Regional de Málaga. Servicio Andaluz de Salud. (España).

³ Centro de salud Alameda-Perchel. Distrito Sanitario Málaga-Guadalhorce. Servicio Andaluz de Salud. (España).

Resumen: *Antecedentes:* El objetivo de este estudio es la adaptación y el análisis de las propiedades psicométricas de un cuestionario para medir las opiniones y percepciones de los médicos de atención primaria hacia la salud mental. *Método:* Se trata de un estudio observacional, descriptivo y transversal. Han participado 145 médicos de atención primaria pertenecientes al área de referencia del Hospital Regional de Málaga, que contestaron un cuestionario de 25 ítems. Con dicho cuestionario se realizó un análisis factorial exploratorio y de consistencia interna. *Resultados:* Las condiciones de adecuación muestral y esfericidad se cumplieron de forma satisfactoria. En el análisis factorial se obtuvieron 3 dimensiones medidas por 14 ítems que explican el 55.1% de la varianza total: el cuestionario MAPSAM-14 (Cuestionario de Médicos de Atención Primaria y Salud Mental). *Conclusiones:* Este cuestionario puede ser una herramienta de rápida aplicación, válida y fiable, para conocer la satisfacción de los médicos de atención primaria respecto a su relación con los equipos de salud mental, sus creencias hacia la enfermedad mental y su percepción del nivel de formación en relación con la esquizofrenia y trastornos afines.

Palabras clave: atención primaria; actitudes; salud mental; propiedades psicométricas.

Title: Psychometrics properties of a questionnaire on the attitudes of general practitioners towards mental health (MAPSAM-14).

Abstract: *Background:* The aim of this study is to adapt and analyze the psychometric properties of a questionnaire on the perceptions of general practitioners towards mental health. *Method:* This is a descriptive cross-sectional, observational study. A total of 145 general practitioners from the reference area of Malaga Regional Hospital answered this 25-item questionnaire; a factorial analysis was then conducted and its internal consistency reliability was tested. *Results:* The adequacy of sampling and sphericity were satisfactorily met. Three dimensions measured by 14 items were found in the factorial analysis explaining 55.1% of its variance: the MAPSAM-14 questionnaire. *Conclusions:* This questionnaire may be a proper tool with which to determine the satisfaction of general practitioners in relation to mental health services, their beliefs and stigma towards mental illness and their level of training in the field of schizophrenia and related disorders.

Keywords: primary care; attitudes; mental health; psychometrics.

Introducción

El médico de atención primaria (MAP) es un profesional clave en el diagnóstico y tratamiento de las personas con trastornos mentales ya que se encuentran ubicados en la puerta de entrada al sistema sanitario público en España. La mayor parte de los pacientes con enfermedad mental que atienden estos profesionales padecen trastornos mentales leves, como por ejemplo depresión y ansiedad. Sin embargo, con la implantación de la reforma psiquiátrica y el desarrollo de la atención comunitaria, la mayoría de los médicos de atención primaria están regularmente implicados en el tratamiento de las personas con trastornos mentales graves como esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Algunos estudios indican que uno de cada 4 pacientes con esquizofrenia está atendido únicamente por el MAP (Kendrick, Burns, Garland, Greenwood, y Smith, 2000) y uno de cada tres ha perdido el contacto con los servicios de salud mental (Carr et al., 2004). Además, la detección de los primeros síntomas psicóticos por parte de los médicos de atención primaria es fundamental para un tratamiento preventivo de dichos pacientes (García Campayo, y Alda Díez, 2005; Skeate, Jackson, Birchwood, y Jones, 2002).

Existen muchos aspectos que influyen en la conducta clínica de los MAP frente a las personas con trastornos mentales: factores relacionados con la propia naturaleza de la en-

fermedad, con las características del paciente, con la organización sanitaria y con el propio profesional. En concreto, entre los factores del profesional que influyen en el tratamiento hacia las personas con enfermedad mental en general y con esquizofrenia en particular podemos destacar tres grupos de factores. El primer grupo comprendería la comunicación y la calidad de la colaboración entre atención primaria y los servicios de salud mental (Aragones, Piñol, Lopez-Cortacans, Hernández, y Caballero, 2011; Carr et al., 2004; Jones, Vahia, Cohen, Hindi, y Nurhussein, 2009; Meadows, Harvey, Joubert, Barton, y Bedi, 2007; Oud, Schuling, Slooff, y Meyboom-de Jong, 2007; Verdoux, Cougnard, Grolleau, Besson, y Delcroix, 2006). Dentro de un segundo grupo se englobarían las creencias y actitudes de los MAP hacia la enfermedad mental (McCab y Leas, 2008; Nkire et al., 2015; Oud et al., 2007). Y por último un tercer grupo que incluiría el conocimiento sobre la función de los MAP en el tratamiento de los pacientes con enfermedad mental (Carr et al., 2004; Dowrick, Gask, Perry, Dixon, y Usherwood, 2000; Latorre Postigo, Lopez-Torres Hidalgo, Montañez Rodríguez, y Parra Delgado, 2005; Simon, Lauber, Ludewig, Braun-Scharm, y Umbricht, 2005).

Aunque existe una alta demanda de asistencia de pacientes con problemas de salud mental en atención primaria, en España, apenas disponemos de estudios publicados para conocer la opinión de los MAP sobre la demanda asistencial en salud mental, sus necesidades de formación y sus actitudes ante dichos trastornos, debido probablemente a la carencia de instrumentos para medir estas dimensiones. Latorre Postigo et al. (2005) diseñaron un cuestionario para medir estas dimensiones, sin embargo, no publicaron su validación (La-

*** Correspondence address [Dirección para correspondencia]:**

Antonio Bordallo Aragón. Unidad de Salud Mental Comunitaria Málaga-Centro. Paseo del Limonar 21. 29012, Málaga (España).

E-mail: antonio.bordallo.sspa@juntadeandalucia.es

torre Postigo et al., 2005), mientras que Aragonés et al. (2011) han validado un instrumento sobre actitudes de los MAP, pero específico para la depresión. Arrillaga Arizaga, Sarasqueta Eizaguirre, Ruiz Feliu y Sánchez Etxeberria (2004) han publicado un cuestionario para medir la percepción del personal sanitario de atención primaria (médicos y personal de enfermería) hacia el enfermo mental, la psiquiatría y el equipo de salud mental. La disponibilidad de dicho cuestionario y su interés concreto para conocer las creencias y estigma hacia la salud mental, la valoración de la relación asistencial con los servicios de salud mental y la formación de los profesionales de atención primaria, en estas materias, nos inclinó a elegirlo para nuestro estudio. Por lo tanto, el objetivo de nuestro trabajo es la adaptación del cuestionario de Arrillaga et al., (2004) para los médicos de atención primaria, analizando sus propiedades psicométricas (validez de constructo, estructura factorial y consistencia interna).

Método

Diseño

Estudio observacional, descriptivo y transversal de validación de un cuestionario.

Participantes

Los MAP que participaron en el estudio pertenecían a los 13 Equipos Básicos de Atención Primaria (EBAP) del área de la Unidad de Gestión Clínica Salud Mental del Hospital Regional de Málaga (UGC-SM HRU). En total la población diana era de 188 facultativos, de los que 145 contestaron al cuestionario, por lo que la tasa de respuesta fue del 77%. Entre los MAP que participaron en el estudio había un ligero predominio de varones, 55.9% ($n = 81$). La edad media era de 49.52 años, con una desviación estándar de 5.9 (IC 95%: 48.52 - 50.51) dentro del rango 25-63 años y con una mediana de 51. El tiempo de antigüedad medio en el puesto de trabajo era de 7.2 años, siendo el tiempo medio transcurrido desde la finalización de la licenciatura de 27.4 años. La discordancia entre la antigüedad en la plaza y la finalización de la licenciatura estaría relacionada probablemente con la fecha de la última convocatoria de oposiciones en el Servicio Andaluz de Salud.

Instrumento

En este estudio nos hemos basado en el cuestionario empleado por Arrillaga Arizaga et al. (2004) que tenía 46 ítems y estaba dirigido tanto a médicos como personal de enfermería de atención primaria y enfocado a las distintas patologías más prevalentes del campo de la salud mental. La validez de contenido de dicho cuestionario fue revisada por un grupo de expertos que incluía a profesionales de salud mental y atención primaria, que añadieron o redujeron ítems en función de la información que consideraron necesaria para el objetivo del estudio y además analizaron la claridad en el

enunciado de los ítems, así como si eran representativos de los ámbitos que pretenden medir. En el análisis factorial de correlaciones obtuvieron 5 factores (asistencia a cursos, conocimientos, tratamiento mayor, tratamiento menor y atención por el centro de salud mental), con buenos coeficientes alfa de Cronbach que oscilaron entre 0.65-0.95 (Arrillaga Arizaga et al., 2004).

Para alcanzar los objetivos de nuestro estudio hemos definido tres dimensiones desde un punto de vista teórico y clínico, a partir de la revisión de la literatura y de nuestra experiencia clínica. La dimensión 1 (Relación) que medía el nivel de satisfacción de la relación del MAP con la unidad de salud mental comunitaria; la dimensión 2 (Creencias) que hacía referencia a las creencias erróneas, estigma y actitudes hacia la enfermedad mental; y por último la dimensión 3 (Formación) que medía la percepción que tienen los MAP sobre su formación en salud mental, esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Para ello, utilizamos los primeros 22 ítems de la versión de Arrillaga Arizaga et al. (2004), que eran los ítems generales relacionados con problemas de salud mental en general. Además, para centrarnos en la esquizofrenia y trastornos afines, de las siguientes secciones: "tengo dificultades para tratar", "asistiría a cursos en relación con", y "considero que mis conocimientos sobre los tratamientos y abordajes de las siguientes enfermedades son adecuados", nos quedamos exclusivamente con el ítem "esquizofrenia y otros trastornos psicóticos", suprimiendo los ítems relacionados con el resto de trastornos mentales. De esta forma, el cuestionario quedó reducido a 25 ítems (Tabla 1), los 22 generales y los 3 relacionados con la esquizofrenia en concreto, que se puntuaban con una escala de respuesta tipo Likert de 3 opciones: desacuerdo=1, indiferente (ni de acuerdo, ni en desacuerdo) = 2 y de acuerdo = 3.

Procedimiento

El cuestionario de 25 ítems fue entregado a los facultativos de atención primaria por el personal investigador o por los profesionales de salud mental encargados de la coordinación con cada equipo de AP. Una vez cumplimentado fue recogido por la persona que lo repartió en cada dispositivo. Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación Provincial de Málaga.

Análisis estadístico

Para el estudio de la **validez de constructo** del cuestionario se realizó un análisis factorial exploratorio (AFE). Para ello se valoró la adecuación muestral con el índice Kaiser-Meyer-Olkin (KMO; Kaiser, 1974) y se aplicó el test de esfericidad de Bartlett. Como medio de extracción y rotación de los ítems, se usó el método de los mínimos residuos ejecutado con la aplicación R y se empleó la rotación Varimax. Esta forma de extracción es un método de aproximación a las matrices de correlación de las escalas de tipo Likert y consiste en estimar en primer lugar las correlaciones policó-

ricas entre todos los ítems y sobre estas correlaciones es sobre las que se realiza la extracción de factores.

Con el objetivo de estudiar la **fiabilidad** se analizó la homogeneidad o consistencia interna del cuestionario mediante el coeficiente alfa de Cronbach correspondiente, con el que se obtuvo una medida de la fuerza de la relación entre todos los ítems de cada dimensión.

El análisis descriptivo de las dimensiones del cuestionario y de la puntuación total se realizó mediante el cálculo de la media, la desviación típica, los valores máximo y mínimo y el intervalo de confianza al 95%. Por último, respecto a los valores perdidos se probó a sustituir dichos valores por diferentes procedimientos (media de puntos cercanos, interpolación lineal, etc...) obteniendo resultados muy similares a los presentados a continuación.

Tabla 1. Ítems incluidos para medir la percepción de los médicos de atención primaria hacia el enfermo mental, la psiquiatría y el equipo de Salud Mental (Arillaga Arizaga et al., 2004).

Descripción de los ítems	Dimensiones	
1. El centro de salud mental (CSM) atiende con suficiente rapidez las derivaciones psiquiátricas de sus pacientes	1	1
2.La formación psiquiátrica de los profesionales de atención primaria es por lo general satisfactoria	3	#
3.Aunque muchos pacientes psíquicos parece que están bien, sería peligroso olvidarse por un momento de que están mentalmente enfermos	2	#
4.Entre los pacientes que Ud. Atiende intervienen de forma evidenciable factores psicológicos en sus enfermedades	2	2
5.La atención que presta el CSM a los pacientes que atiendo es satisfactoria	1	1
6. Es poco lo que puede hacerse por los pacientes psicóticos excepto cubrir sus necesidades básicas	2	2
7.Convendría que en toda comunidad se conociese bien que individuos están locos para estar prevenidos hacia ellos	2	2
8.Los neurolépticos me resultan fácilmente manejables	3	3
9.Los factores psicológicos son de gran importancia	2	#
10.Es necesaria la existencia del CSM en esta comarca	1	#
11.Aceptaría un trabajo cuidando enfermos mentales	2	#
12.Los psicofármacos son más difíciles de utilizar que otros fármacos utilizados en AP	3	#
13.El CSM resuelve los problemas psiquiátricos de los pacientes que derivó	1	1
14.Los antidepresivos me resultan fácilmente manejables (prescribirlos, comprenderlos, realizar seguimiento)	3	#
15.Considero que mi formación psiquiátrica es suficiente para mi trabajo en Atención Primaria	3	3
16.La indicación de psicoterapia debe hacerse desde la Atención Primaria	1	#
17.La interrelación que mantengo con el CSM es satisfactoria	1	1
18.Los enfermos mentales tratados por el CSM dejan de ser pacientes nuestros	2	2
19.Ante la enfermedad mental poco podemos hacer aparte de derivar a los pacientes al CSM	2	2
20.En términos relativos, se deriva a menos pacientes al CSM que a otras especialidades	1	#
21.Considero que el CSM no debe dar de alta a un paciente hasta que no esté totalmente curado	1	#
22.La interrelación que mantenemos con el CSM es suficiente	1	1
23.Tengo dificultad para tratar la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	3	3
24.Asistiría a cursos en relación con la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	3	#
25.Considero que mis conocimientos sobre los tratamientos y abordajes de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos son adecuados	3	3

Dimensiones: 1=Relación, 2=Creencias, 3=Formación

Los ítems en negrita corresponden a la versión reducida: MAPSAM-14.

Ítems eliminados de la versión reducida.

Para comprobar si los ítems estaban bien agrupados en estas dimensiones y para evaluar la validez de constructo llevamos a cabo un AFE. Previo al análisis, siguiendo las recomendaciones de Dziuban y Shirkey (1974), se exploró la adecuación psicométrica de los ítems. La prueba de esfericidad de Bartlett indicó que los ítems eran dependientes ($p < .0001$), mientras que el índice de adecuación muestral KMO se encontraba por encima de 0.50 recomendado (KMO = .586). Por tanto, con estos valores se cumplieron satisfactoriamente las condiciones de adecuación muestral y esferici-

Resultados

Evaluación de la validez de constructo

En primer lugar, los 25 ítems se agruparon entre las 3 dimensiones previamente establecidas, de la siguiente forma: 9 ítems en la dimensión 1 (Relación): 1, 5, 10, 13, 16, 17, 20, 21, 22; 8 ítems en la dimensión 2 (Creencias): 3, 4, 6, 7, 9, 11, 18, 19; y 8 ítems en la dimensión 3 (Formación): 2, 8, 12, 14, 15, 23, 24, 25. (Tabla 1). A todos estos ítems habían respondido completamente 133 médicos (91.7%), dando una ratio sujeto/ítem de 9.5, muy cercana a la ratio de 10 normalmente recomendada.

dad ($p < .0001$), lo que determina que el AFE era factible y adecuado para los datos empíricos de partida. Para la eliminación de los ítems y quedarnos con la solución más parsimoniosa, en primer lugar se procedió a revisar, dentro de cada uno de esos factores, qué ítems eran los que menor contribución/aporte realizaban sobre el mismo (pesos factoriales $< .150$). A partir de los resultados que nos proporcionó el análisis de extracción de los mínimos residuos y la rotación Varimax se corroboró que la solución más parsimoniosa era la que mantenía 14 de los 25 ítems de los que se partía (Tabla

1). De esta forma las tres dimensiones establecidas desde una perspectiva teórica, presentan valores mayores de uno y explicaban el 55.1% de la varianza, siendo suficiente para que el resultado fuera estadísticamente significativo. La estructura obtenida entre las distintas dimensiones, en el cuestionario reducido, estaba muy equilibrada con similar representatividad de cada una de ellas y por otro lado, todos los valores de los pesos factoriales de cada ítem con su dimensión eran elevados ($\geq .600$), existiendo dos ítems con carga negativa (4 y 23) que se relacionarían de forma inversa con los demás ítems de su dimensión (Tabla 2). La dimensión 1 que deno-

minamos "Relación" (19.1% varianza explicada) incluye 5 ítems (1, 5, 13, 17, 22) que miden el nivel de satisfacción de la relación del MAP con la unidad de salud mental comunitaria. La dimensión 2 denominada "Creencias" (18.2% varianza explicada) hace referencia a las creencias erróneas y existencia de estigmas hacia la enfermedad mental e incluye 5 ítems (4, 6, 7, 18, 19). Por último, la dimensión 3 denominada "Formación" (17.8% varianza explicada) mide la percepción que tienen los MAP sobre su formación en salud mental, esquizofrenia y otros trastornos psicóticos y está compuesta por 4 ítems (8, 15, 23, 25) (Tabla 2).

Tabla 2. Resumen del resultado del análisis factorial exploratorio del Cuestionario MAPSAM-14.

Descripción de los ítems	Descriptivos			Dimensiones Cargas factoriales		
	Media	DT	b^2	1 Relación	2 Creencias	3 Formación
5.Atención por CSM satisfactorio	2.72	0.53	0.68	.79		
17.Interrelación con CSM satisfactoria	2.60	0.61	0.61	.69		
1.Rapidez atención derivaciones por CSM	2.53	0.68	0.48	.69		
22.Interrelación con CSM suficiente	2.22	0.77	0.42	.64		
13.CSM resuelve problemas	2.56	0.57	0.55	.64		
19.Poco se puede hacer ante enfermedad mental	1.20	0.48	0.68		.81	
18.Pacientes por CSM ya no son nuestros	1.17	0.45	0.60		.72	
4.Factores psicológicos enfermedades pacientes	2.96	0.28	0.43		-.65	
6.Pacientes psicóticos se puede hacer poco	1.32	0.62	0.41		.61	
7.Prevenición frente a locos	1.48	0.73	0.46		.61	
25.Conocimientos esquizofrenia adecuados	1.42	0.62	0.82			.90
23.Dificultad para tratar esquizofrenia	2.57	0.68	0.64			-.74
8.Facilidad manejo neurópticos	1.68	0.66	0.52			.70
15.Formación psiquiátrica personal suficiente	2.25	0.77	0.40			.60
		%Varianza explicada		19.1	18.2	17.8
		%Acumulado de varianza explicada		19.1	37.3	55.1

CSM= Centro de Salud Mental, DT=desviación típica, b^2 = comunalidad

Fiabilidad

Finalizado el proceso de reducción y simplificación del cuestionario, se evaluó la fiabilidad de este conjunto de 14 ítems mediante el análisis de consistencia interna con la estimación del coeficiente alfa de Cronbach, dando como resultado para la escala completa (14 ítems, $n = 133$) un coeficiente de fiabilidad de 0.672 (IC 95%: 0.531-0.795). Para la primera dimensión este coeficiente sería 0.626 (IC 95%: 0.517-0.717), para la segunda 0.502 (IC 95%: 0.358-0.622) y para la tercera dimensión 0.625 (IC 95%: 0.512-0.717).

Análisis descriptivo de las dimensiones del cuestionario

Para realizar el análisis descriptivo de las 3 dimensiones y de la puntuación total del cuestionario se calcularon las puntuaciones factoriales de las mismas en base al sumatorio de los valores de las respuestas dadas a cada ítem. Se invirtieron los ítems 4 y 23 por las consideraciones anteriormente descritas y dado que la tercera dimensión tenía 4 ítems y las otras dos tenían 5 se decidió corregir su puntuación por el factor 1.25, de forma que las escalas de puntuación de las tres dimensiones fueran iguales (rango 5-15). Se calculó la puntuación total con el sumatorio de los valores de las 3 di-

mensiones (rango 5 - 45), siendo el resultado del análisis descriptivo del total de la escala y de sus dimensiones tal como se describe en la Tabla 3. La interpretación de estos resultados sería que una mayor puntuación en la dimensión 1 indica más satisfacción de los MAP en la relación entre los niveles de salud mental y atención primaria, una puntuación más alta en la dimensión 2 indica una mayor presencia de estigmas y creencias erróneas hacia la salud mental y una mayor puntuación en la dimensión 3 indica la percepción de un mejor nivel de formación para el tratamiento de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

Tabla 3. Resultados del análisis descriptivo según dimensiones y puntuación total del Cuestionario MAPSAM-14.

Dimensiones	N	Media (DT)	Máximo-Mínimo	IC 95%
Relación	137	12.65 (2.01)	7-15	12.31-12.99
Creencias	139	6.22 (1.55)	5-12	5.96-6.48
Formación	141	8.40 (2.35)	5-15	8.00-8.79
Total	133	27.33 (3.42)	18-36	26.74-27.91

DT= desviación típica

Discusión

En este trabajo hemos realizado una adaptación y analizado las propiedades psicométricas de un cuestionario para medir la percepción del personal sanitario respecto a la salud mental. Como resultado final, se ha obtenido un cuestionario basado en un modelo de 3 factores y con un total de 14 ítems, que explican el 55.1% de la varianza total: el cuestionario MAPSAM-14 (*Cuestionario de Médicos de Atención Primaria y Salud Mental*). Este cuestionario mide la satisfacción de los médicos de atención primaria respecto a su relación con los equipos de salud mental, sus creencias hacia la enfermedad mental y su percepción del nivel de formación en relación con la esquizofrenia y trastornos afines. Los resultados del análisis de la validez de constructo muestran que las dimensiones (relación, creencias y formación) presentan evidencias de una estructura interna coherente y están basadas en criterios teóricos, clínicos y psicométricos. La dimensión 1 (Relación) está representada por 5 ítems que preguntan sobre la satisfacción respecto a la atención (5) e interrelación (17,22) con el Centro de Salud Mental, así como sobre la rapidez (1) y el nivel de resolución de los problemas derivados al segundo nivel asistencial (13). En la dimensión 2 (Creencias) lo que se evalúan son las creencias erróneas y el estigma de los MAP hacia las personas con enfermedad mental. En concreto se pregunta por lo que consideran los médicos que pueden hacer respecto a los pacientes con enfermedad mental (6,19), la influencia de los factores psicológicos en las enfermedades (4), la necesidad de estar prevenidos ante personas con enfermedad mental (7) y la creencia de que los pacientes en tratamiento en salud mental, dejan de pertenecer a atención primaria (18). Por último, la dimensión 3 (Formación) incluiría específicamente la percepción sobre el nivel de los conocimientos para el tratamiento de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos (23, 25), sobre el manejo de neurolépticos (8) así como el nivel de formación en psiquiatría (15). Las dimensiones incluidas en el cuestionario van en la línea con otras investigaciones en las que también aparecen estos factores como los que más influyen en el tratamiento de las personas con trastornos mentales en general y sobre la esquizofrenia en particular (Aragónés et al., 2011; Carr et al., 2004; Jones et al., 2009; Oud et al., 2007; Verdoux et al., 2006).

Los resultados del análisis de consistencia interna muestran valores bajos en general, tanto para la escala completa como para las 3 dimensiones. Si bien son resultados relativamente bajos, se pueden considerar aceptables, en función del propósito de nuestra escala, ya que en el caso de cuestionarios sobre percepciones, los criterios de consistencia interna pueden ser menos rigurosos. Además, estas dimensiones pueden dotarse de un significado clínico al basarnos no solo en criterios estadísticos, sino también en un punto de vista clínico y teórico debido a la coincidencia con estudios previos que apoyan estas dimensiones.

Este estudio presenta una serie de limitaciones que a continuación vamos a resumir. En primer lugar, respecto a la dimensionalidad del cuestionario, somos conscientes que el

valor del índice KMO obtenido (0.586) está demasiado cerca del límite permitido (0.5); sin embargo, el propio Kaiser (1970) que fue el que diseñó el KMO y algunos otros autores (Ferguson, y Cox, 1993; Hair, Anderson, Tatham, y Black, 2005; Tabachnick, y Fidell, 2001) consideran que un valor de KMO superior a 0.5, permite realizar el análisis factorial exploratorio. Una segunda limitación estaría relacionada con los resultados del análisis de consistencia interna, cuyos coeficientes alfa de Cronbach pueden considerarse bajos. Sin embargo, se encuentran dentro de los límites recomendados por Nunnally y Berstein (1994) y por Huh, Delorme y Reid (2006) que sugieren que un valor igual o superior a 0.6 en investigación exploratoria podría considerarse adecuado y más para cuestionarios de opiniones y creencias, como es nuestro caso. Solamente el valor para la dimensión 2 (creencias) es inferior a 0.6. La tercera limitación está relacionada con no haber evaluado la fiabilidad test-retest. No obstante habría que tener en cuenta que los cuestionarios auto-cumplimentados tienen una alta fiabilidad que ha sido ya documentada previamente (Charles, Birtt, y Valente, 2006). La cuarta limitación puede ser debida a los posibles sesgos relacionados con la recogida de la información. Entre ellos está el aspecto relacionado con la llamada deshabilidad social, en la que el profesional tiende a transformar su realidad en lo que considera un comportamiento óptimo; para minimizar este aspecto el cuestionario se realizó manteniendo el anonimato. Una última limitación sería que no disponemos de información sobre los médicos que no contestaron el cuestionario, sin embargo, la tasa de respuesta fue considerablemente alta (77%).

Como conclusión se podría resaltar que la percepción de los MAP de estas tres dimensiones (relación entre atención primaria y salud mental, formación en esquizofrenia y otros trastornos psicóticos y las creencias sobre la enfermedad mental) sería útil para la planificación y el desarrollo de una serie de medidas que redundarían finalmente en un incremento de la calidad de la atención a estos pacientes y en una mayor satisfacción laboral de los médicos de atención primaria. En este ámbito el cuestionario MAPSAM-14 es un instrumento breve, válido y fiable para la medición de estas dimensiones y que permitirá valorar la magnitud del problema de forma rápida y de bajo coste, por lo que resultará de gran utilidad para la práctica clínica y la investigación. No obstante, nos planteamos como estudios futuros realizar análisis factoriales confirmatorios para corroborar la estructura interna del cuestionario.

Financiación. Este estudio ha sido financiado por la Consejería de Innovación, Ciencia y Empresa (PI-0332/08, P10-CTS-5862, CTS-945) de la Junta de Andalucía.

Agradecimientos. A los médicos de atención primaria y a los directores de los centros de salud que han participado en esta investigación.

Referencias

- Aragónés, E., Piñol, J.L., López-Cortacans, G., Hernández, J.M. y Caballero, A. (2011). Actitudes y opiniones de los médicos de atención primaria frente a la depresión: una aproximación con el Depression Attitudes Questionnaire (DAQ). *Atención Primaria*, 43(6), 312-318.
- Arrillaga Arizaga, M., Sarasqueta Eizaguirre, C., Ruiz Feliú, M. y Sánchez Etxeberria, A. (2004). Actitudes del personal sanitario de atención primaria hacia el enfermo mental, la psiquiatría y el equipo de salud mental. *Atención Primaria*, 33(9), 491-495.
- Carr, V.J., Lewin, T.J., Barnard, R.E., Walton, J.M., Allen, J.L., Constable, P.M. y Chapman, J.L. (2004). Attitudes and roles of general practitioners in the treatment of schizophrenia compared with community mental health staff and patients. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 78-84.
- Charles J., Birtt, H. y Valente, L. (2006). The independent effect of age of general practitioner on clinical practice. *Medical Journal of Australia*, 185(2), 105.
- Dowrick, C., Gask, L., Perry, R., Dixon, C. y Usherwood, T. (2000). Do general practitioners' attitudes towards depression predict their clinical behavior?. *Psychological Medicine*, 30, 413-419.
- Dziuban, C.D. y Shirkey, E.C. (1974). When is a correlation matrix appropriate for factor analysis? Some decision rules. *Psychological Bulletin*, 81: 358.
- Ferguson, E. y Cox, T. (1993). Exploratory factor análisis: A users guide. *International Journal of Selection and Assessment*, 1, 84-94.
- García Campayo, J. y Alda Díez, M. (2005). Funciones del médico de atención primaria en el tratamiento de la esquizofrenia. *Psiquiatría y Atención Primaria*, 6(2), 4-9.
- Hair, J. F., Anderson, R. E., Tatham, R. L. y Black, W. C. (2005). *Multivariate data analysis*. New York: Prentice All International.
- Huh, J., Delorme, D.E. y Reid, L.N. (2006). Perceived third-person effects and Consumer attitudes on preventing and banning DTC advertising. *Journal of Consumer Affairs*, 40, 90.
- Jones, S.M., Vahia, I.V., Cohen, C.I., Hindi, A. y Nurhussein, M. (2009). A pilot study to assess attitudes, behaviors, and inter-office communication by psychiatrists and primary care providers in the care of older adults with schizophrenia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24, 254-260.
- Kaiser, H. F. (1970). A second generation Little Jiffy. *Psychometrika*, 35, 401-415.
- Kaiser, H.F. (1974). Analysis of factorial simplicity. *Psychometrika*, 39, 31-36.
- Kendrick, T., Burns, T., Garland, C., Greenwood, N. y Smith, P. (2000). Are specialist mental health services being targeted on the most needy patients? The effects of setting up special services in general practice. *British Journal of General Practice*, 50, 121-126.
- Latorre Postigo, J.M., López-Torres Hidalgo, J., Montañés Rodríguez, J. y Parra Delgado, M. (2005). Percepción de la demanda y necesidades de formación en salud mental de los médicos de atención primaria. *Atención Primaria*, 36 (2), 85-92.
- McCabe, M.P. y Leas, L. (2008). A qualitative study of primary health care access, barriers, and satisfaction among people with mental illness. *Psychology, Health & Medicine*, 13(3), 303-312.
- Meadows, G.N., Harvey, C.A., Joubert, L., Barton, D. y Bedi, G. (2007). The Consultation-Liaison in Primary-Care Psychiatry Program: a structured approach to long-term collaboration. *Psychiatric Services*, 58 (8), 1036-1038.
- Mira, J. y Fernández-Gilino, E. (1994). Desde el punto de vista de la atención primaria, ¿son útiles las nuevas unidades de salud mental?. *Atención Primaria*, 14, 717-723.
- Muñoz, J., Pérez, S. y Pérez, L. (1993). Actitudes de médicos y enfermeros hacia la integración de la salud mental en atención primaria. *Atención Primaria*, 11, 134-136.
- Nkire, N., Sardinha, S., Nwosu, B., McDonough, C.M., de Coteau, P.A., Duffy, I., ..., Russell, V. (2015). Evaluation of knowledge and attitudes among primary care physicians in Cavan-Monaghan as "gatekeepers-in-waiting" for the introduction of Carepath for Overcoming Psychosis Early (COPE). *Early Intervention in Psychiatry*, 9, 141-150.
- Nunnally, J.C. y Bernstein, I.H. (1994). *Psychometric Theory*. New York: Mc Graw Hill.
- Oud, M.J.T., Schuling, J., Slooff, C.J. y Meyboom-de Jong, B. (2007). How do General Practitioners experience providing care for their psychotic patients? *BMC Family Practice*, 8, 37-44.
- Ruiz Ruiz, M., Brotat Ster, M. y Sentís Villalta, J. (1977). Elaboración de una escala de actitudes hacia las enfermedades psíquicas, el psiquiatra y la psiquiatría. *Revista de Psicología General Aplicada*, 33, 877-886.
- Simon, A.E., Lauber, C., Ludewig, K., Braun-Scharm, H. y Umbricht, D.S. (2005). General practitioners and schizophrenia: results from a Swiss survey. *British Journal of Psychiatry*, 187, 274-281.
- Skeate, A., Jackson, C., Birchwood, M. y Jones, C. (2002). Duration of untreated psychosis and pathways to care in first-episode psychosis: investigation of help seeking behavior in primary care. *British Journal of Psychiatry*, 181(43), 73-77.
- Tabachnick, B. G. y Fidell, L. S. (2001). *Using multivariate statistics*. Boston: Allyn and Bacon.
- Verdoux, H., Cougnard, A., Grolleau, S., Besson, R. y Delcroix, F. (2006). A survey of general practitioners' knowledge of symptoms and epidemiology of schizophrenia. *European Psychiatry*, 21, 238-244.

(Artículo recibido: 27-02-2017; revisado: 14-07-2017; aceptado: 25-09-2017)