

24 50



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE PSICOLOGIA

ACTITUDES DE LA COMUNIDAD HACIA LA ENFERMEDAD MENTAL Y
HACIA EL ROL DEL PSICOLOGO.

T E S I S

Que para obtener el título de:

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P r e s e n t a n :

GUTIERREZ REYES ELSA

POZOS BRAVO PATRICIA

México, D. F.

1 9 8 3



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



I N D I C E

	<u>Pág.</u>
INTRODUCCION	1
CAPITULO I	
ENFERMEDAD MENTAL Y PSICOLOGIA COMUNITARIA.	
1. Antecedentes de las actitudes de la comunidad hacia la enfermedad mental	5
2. Actitudes hacia la enfermedad mental	11
3. Investigaciones importantes sobre las actitudes hacia la enfermedad mental	14
4. Cuestionario sobre actitudes hacia la enfermedad mental	22
5. Definición de comunidad	24
6. Desarrollo de los conceptos de la psicología comunitaria	27
7. Desarrollos recientes	31
8. El psicólogo como profesional de la salud mental.	34
CAPITULO II	
ASPECTOS GENERALES DE LA COL. RUIZ CORTINES.	
(Proporcionados por la Del. de Coyoacán del-	



Pág.

Departamento del Distrito Federal).

- | | | |
|----|-------------------------|----|
| 1. | Antecedentes históricos | 41 |
| 2. | Situación actual | 42 |

CAPITULO III

PROGRAMA GENERAL DEL CENTRO COMUNITARIO DE LA
FACULTAD DE PSICOLOGIA, UBICADO EN LA COL. --
RUIZ CORTINES.

- | | | |
|----|---|----|
| 1. | Antecedentes | 47 |
| 2. | Objetivos del Programa General del Centro Co-
munitario. | 48 |
| 3. | Funcionamiento del Centro Comunitario | 49 |

CAPITULO IV

INSTRUMENTOS

- | | | |
|----|---|----|
| 1. | Antecedentes del cuestionario sobre actitudes
hacia la salud mental | 54 |
| 2. | Antecedentes del cuestionario sobre actitudes
de la comunidad hacia el rol del psicólogo | 57 |

CAPITULO V

METODOLOGIA

- | | | |
|----|----------------------------|----|
| 1. | Planteamiento del problema | 62 |
|----|----------------------------|----|



	<u>Pág.</u>
2. Objetivos	63
3. Hipótesis	64
4. Definición de variables	64
5. Delimitación espacial	65
6. Delimitación temporal	65
7. Tipo de estudio	66
8. Tipo de diseño	66
9. Diseño de la muestra	66
10. Procedimiento	68
11. Análisis e interpretación de la información	70
12. Alcances y limitaciones de la investigación	97
CAPITULO VI	
DISCUSION	99
CAPITULO VII	
CONCLUSIONES	110
APORTACIONES	113
BIBLIOGRAFIA	116
APENDICES:	
1. Cuestionarios	121
2. Mapa de la Delegación de Coyoacán	134



	<u>Pág.</u>
Mapa de la Col. Ruiz Cortines	139
Croquis de las manzanas	140
A. Análisis factorial	152
B. Análisis de varianza	162
C. Chi^2	184
D. Datos socioeconómicos	194



I N T R O D U C C I O N

Al revisar bibliografía en general sobre la situación de la salud mental y de la psicología comunitaria, pudimos observar la importancia que estos aspectos tienen dentro de la población y la salud pública. Tomando en cuenta que la mayoría de los estudios relacionados con el tema han sido realizados en los países desarrollados y que muy pocos se han llevado a cabo en Latinoamérica, decidimos hacer la presente investigación en nuestro país.

La segregación y aislamiento del enfermo mental ha contribuido a hacer cada vez más ineficaz toda acción terapéutica y de rehabilitación, las actitudes de rechazo y de negación hacia estos enfermos los estigmatiza y les impide su reintegración a la vida diaria y productiva, ubicándolos de esta manera fuera de la sociedad.

Por lo que es urgente y necesario el estudio de la formación, desarrollo y cambio de dichas actitudes, promoviendo así la salud mental, su prevención y el tratamiento de los trastornos mentales.

El conocimiento de las actitudes de la comunidad hacia el enfermo mental determinará las directrices a seguir a fin de



implementar nuevas acciones y programas que satisfagan los requerimientos de la población en la medida de lo posible, interviniendo básicamente en las áreas de la prevención ya sea primaria, secundaria o terciaria; logrando además de la prevención, que el enfermo mental detectado como tal, pueda permanecer o reintegrarse según el caso a su propio grupo, uno de los objetivos principales que persigue la psicología comunitaria.

Por otro lado, considerando que el psicólogo es un profesional que de alguna manera juega un rol importante dentro de la sociedad, ya sea como agente de cambio, como terapeuta, como evaluador de personal, orientador, analista del comportamiento en general, etc., pensamos que este estudio podrá contribuir a la obtención de datos valiosos que ubicarán al psicólogo dentro de un lugar real en la comunidad, y al mismo tiempo obtener una diferenciación en cuanto a las actitudes y funciones que desempeña este profesional. Además, que se establezca que no es posible abarcar todos los campos o áreas de la psicología, debiendo tener presente que el psicólogo no es sólo un agente receptivo y pasivo, sino que deberá tener una participación activa dentro de la sociedad y que sólo con su incursión y trabajo arduo en ella podrá "darse a conocer" entre la comunidad a fin de que ésta se vea beneficiada en lo que respecta a la atención hacia la salud mental.

Más específicamente, se podrán obtener indicadores que-



den apoyo al mismo psicólogo para adquirir nuevas responsabilidades, ocupando realmente una posición bastante significativa dentro de la sociedad, pudiendo proponer e implementar programas y actividades conjuntamente con otros sectores públicos que se adecúen a las expectativas y necesidades de la gente.

Los dos instrumentos que se utilizan en esta investigación se encuentran suficientemente estandarizados al tipo de población estudiada y arrojan información bastante útil e importante ya que esta comunidad, Adolfo Ruiz Cortines, cuenta ya con -- los servicios de un Centro Comunitario que depende de la Facultad de Psicología de la UNAM, dirigido por profesores de tiempo-completo de la Universidad, con amplia experiencia; lo cual impulsó en gran parte la realización de este trabajo en la mencionada colonia. Contamos con una muestra de 180 entrevistados-hombres y mujeres habitantes de esa zona; con diferentes niveles socioculturales y por supuesto, con diferentes posiciones y actitudes hacia el enfermo mental y hacia el rol del psicólogo.

Consideramos que esta investigación dará una aportación importante al reciente campo de la salud mental comunitaria en nuestro país, asimismo, a través de su desarrollo se obtendrá información acerca de las actitudes públicas hacia el psicólogo, - permitiendo de esta manera, vislumbrar la posición que ocupa este profesional en la comunidad.



Esperamos que este estudio pueda servir para despertar inquietudes entre nuestros compañeros de profesión e investigadores en general y que se emprendan otros estudios a fin de obtener una base sólida sobre la cual se siga desarrollando el campo de la salud mental y la psicología comunitaria en México.



C A P I T U L O I

ENFERMEDAD MENTAL Y PSICOLOGIA COMUNITARIA

1. ANTECEDENTES DE LAS ACTITUDES DE LA COMUNIDAD HACIA LA ENFERMEDAD MENTAL.

En la antigüedad, las enfermedades mentales representaban una crisis en el sistema mágico-religioso y eran atribuidas principalmente a la violación de un tabú, omisión de las obligaciones rituales o posesiones demoniacas.

El tratamiento de las enfermedades mentales era recomendado al Chamán que aparece como una especie de médico inspirado, muy vulnerable a la posesión por espíritus y que es el me dium a través del cual hablan éstos.

En la cultura griega y romana se creía que las personas que tenían estas enfermedades estaban poseídas por espíritus diabólicos. Sin embargo, existen algunos indicios de que los enfermos también podían ser considerados como sagrados. Los casos de mediana gravedad eran simplemente abandonados a sí mismos como objetos de desprecio, ridículo y burla. Los que se consideraban violentos eran encerrados en sus casas con frecuen



cia atados con cadenas, basándose en la suposición de que los mismos dioses que los hicieron enfermar podían cuidar de ellos. Puesto que la conducta antisocial era considerada como un castigo, el criminal mentalmente enfermo era relevado de toda responsabilidad legal a sus acciones.

Las prácticas supersticiosas continuaban determinando la actitud popular hacia los enfermos mentales, que eran descuidados, maldecidos o perseguidos. Más adelante aparece una tendencia más humanitaria al tratamiento del enfermo mental. Las habitaciones se mantenían aisladas de estímulos perturbadores, las visitas de los familiares eran limitadas, se enseñaba al personal responsable del cuidado de los pacientes a ser comprensivo.

Durante la edad media los enfermos mentales con frecuencia eran adorados como Santos. En el siglo XIII los pacientes mentales eran considerados como fenómenos raros o, de manera más amable como desgraciados. Lo que parece indicar una actitud más tolerante, que se manifiesta en algunos sectores de la sociedad moderna.

En el Renacimiento una persona que presentaba delirio o alucinaciones se consideraba que estaba poseída por el demonio y que estaba embrujada. Gran cantidad de perversos sexuales, psicóticos seniles, esquizofrénicos, drogadictos y sociópa



tas eran falsamente acusados de brujería por el pueblo o se comprometían realmente de una manera inconsciente en prácticas de brujería mediante la autosugestión.

Una parte de los enfermos mentales encontró salida a sus impulsos patológicos en la guerra o manifestaciones religiosas como las cruzadas, peregrinaciones, etc., otros eran encerrados en desvanes y sótanos, donde estaban virtualmente prisioneros de sus familiares y otros eran simplemente abandonados.

Durante el siglo XIV se fundaron varias instituciones para el cuidado o más exactamente, la custodia de pacientes mentales.

Tradicionalmente, sin embargo, el primer hospital mental fué fundado en Valencia en 1469 y en 1567 bajo la influencia hispánica en la Cd. de México se fundó el primer hospital mental del nuevo mundo. Los árabes ejercieron una influencia importante en la aparición de la nueva actitud de los españoles hacia los enfermos mentales.

El primer psiquiatra Joban Weger en 1563, explicaba, basándose en el conocimiento médico puro, una variedad de signos llamados sobrenaturales con los cuales se identificaba en general a los embrujados y se creía en una combinación de factores naturales y sobrenaturales.



En el siglo XVI, en que el Renacimiento estaba en su apogeo, la actitud del público en general hacia la enfermedad mental seguía siendo la misma que la que había prevalecido en los tiempos antiguos y medievales.

Las condiciones a las que estaba expuesto el paciente mental hospitalizado eran deplorables, eran exhibidos periódicamente en los hospitales de Belhthem en Londres en donde podían ser vistos por el público por unos cuantos peniques.

Durante el siglo XVIII había una contradicción básica en la actitud hacia la enfermedad mental. Por una parte, los enfermos mentales eran rechazados por las sociedades profesionales médicas y de otros tipos y por otra parte los adelantos científicos y sociales llevaban a la creación de la ciencia moderna.

Aún cuando en toda Europa existía preocupación y discusión filosófica de la mente humana y sus funciones y de las teorías económicas y sociales, los enfermos mentales continuaban siendo objeto de burla y menosprecio.

A finales del siglo XVIII y principios del siglo XIX tuvieron lugar notables progresos en Italia, en Francia con Philippe Pinel y su tratamiento moral, el cual se adaptó en los Estados Unidos por Benjamín Rush, considerado el padre de la --



Psiquiatría Moderna. Además, durante la tercera y cuarta década del siglo se establecieron diez hospitales para el cuidado de los enfermos mentales, en donde el tratamiento era más bien de tipo moral.

El tratamiento moral consistía en mandar temporalmente al individuo con alteraciones a un retiro, donde se le ponía cómodo, se estimulaba su interés, se invitaban a sus amistades y se le animaba a discutir sus problemas (Bockhoven, 1963). Este acercamiento se basaba en las suposiciones de que el comportamiento alterado era causado, ya sea por ignorancia o por un entendimiento incorrecto, o sea, por una deficiencia cognoscitiva y que podía ser modificada por la manipulación de variables sociales y psicológicas. A mediados del siglo XIX ambas suposiciones fueron abandonadas como lo fué el tratamiento moral mismo, en su lugar se creyó por lo general, que el comportamiento alterado era el resultado de una enfermedad física de etiología desconocida que existía como una úlcera dentro del paciente causada genéticamente o por un agente externo dañino.

Gaylin (1973) ha notado que desde que la causa líder de la psicosis en el siglo XIX era la sífilis avanzada, esta conceptualización tenía alguna validez, aunque se había extendido de forma inapropiada para responder a todas las variedades de desórdenes.



Con base en esta formulación de la enfermedad mental - como el producto de la enfermedad física, se creyó que el tratamiento debería consistir de métodos químicos o físicos, puesto- que tales métodos se desconocían entonces. En esta época, los- pacientes mentales casi nunca recibían más que el cuidado de -- custodia, o sea, de internación.

Emil Kraepelin considerado como el último representan- te de la escuela predinámica escribió un libro de psiquiatría - que refleja el aspecto transitorio de la psiquiatría a lo largo de cuatro décadas.

Después de principios del siglo XX, en los Estados Uni- dos aparecieron las primeras señales de un interés renovado con respecto a los métodos y la filosofía subyacente al tratamiento moral del siglo XVIII y en los años subsecuentes evoluciona - - un punto de vista en las profesiones de salud mental que es bas- tante independiente de las concepciones biológicas de los - - - 1800's.

Dejando actualmente un margen para predisposiciones ge- néticas posibles, las exageraciones de comportamientos particu- lares ocurren por condiciones de vida muy presionadas y resul- tan en un "no poder" tener la habilidad suficiente para cortar- con las expectativas estándares sociales prevalectentes.



De acuerdo con este punto de vista, la psicopatología no se ve como un fenómeno subtérnico, sino como un producto de transacciones entre el individuo y su medio social y físico; - esto acarrea necesariamente un alejamiento del modelo médico - tradicional de la enfermedad hacia concepciones esencialmente- psicosociales de problemas de vida.

Durante el siglo XIX se empezó a desarrollar la psi-- quiatría dinámica, el desarrollo del psicoanálisis. Se inició la exploración psicodiagnóstica de las capacidades, surgieron- muchas escuelas de psicología académica: el estructuralismo, - el funcionalismo, el asociacionismo y el behaviorismo que se - desarrollaron en el periodo de 1870 a 1936.

Mientras se acostumbraba a interpretar los síntomas - psiquiátricos como signos de enfermedad física y luego dentro del marco psicoanalítico de referencia, se les veía como de-- fensas contra los procesos internos del individuo, ahora es - más común definir un síntoma como una forma de tratar con su- cesos externos o con otra gente (Haley, 1963).

2. ACTITUDES HACIA LA ENFERMEDAD MENTAL.

El estigma de la etiqueta "enfermedad mental" se ha - documentado ampliamente desde los primeros años de la década-



de los 50's.

Los pacientes mentales han sido considerados por años con más disgusto y menos simpatía que virtualmente cualquier otro grupo incapacitado en nuestra sociedad y de hecho sus incapacidades parcialmente son atribuibles a actitudes públicas de rechazo y evitación.

Podemos decir que en un sentido muy real los pacientes mentales han tomado el lugar de los leprosos como blanco del disgusto público, el rechazo y los prejuicios de la gente a estar cerca de alguno.

Thurstone define la actitud como "la suma total de las inclinaciones y sentimientos del hombre, prejuicios o desviaciones, nociones preconcebidas, ideas, temores, amenazas y convicciones sobre cualquier tópico específico" y además Thurstone establece la diferencia entre actitud y opinión, considerando que ésta es la expresión verbal de la actitud.

Dorina Stefanni (1977) da una definición tentativa de actitud hacia la enfermedad mental y "es aquella que sostiene que dicha actitud es una predisposición del individuo adquirida directa o indirectamente, que lo conduce a evaluar positiva o negativamente la enfermedad mental".



Esta predisposición en interacción con las características disposicionales y situacionales, llevan al individuo a actuar frente a la enfermedad mental dentro de un continuo que varía desde una respuesta desfavorable a una netamente favorable.

El complejo de actitudes al que se ha llamado "rechazo del enfermo mental" es un fenómeno conocido en la sociedad occidental. La sola idea de la enfermedad mental crea una extrema incomodidad en la mayoría de la gente y existe una extendida ignorancia e indiferencia que reflejan el rechazo con respecto a sus causas, síntomas y tratamiento. El paciente psiquiátrico identificado como portador de una enfermedad mental y su familia, se enfrentan a una ambigua y pesada carga de estigma.

Este fenómeno ha sido ampliamente reconocido y documentado en estudios que se centraban en las características fundamentales de los hospitales psiquiátricos, en los procedimientos de internación psiquiátrica (a través de los cuales el paciente es enviado a un hospital en contra de su voluntad), en el rol del paciente mental (que no siempre goza de las libertades y derechos civiles) y en la reincorporación del mismo a la sociedad después del alta psiquiátrica (siendo percibido como más peligroso que un ex-criminal).



Por otra parte, una serie de investigaciones empíricas han revelado que la actitud de la gente hacia la enfermedad mental se caracteriza por el temor, ansiedad, rechazo e informa- -ción errónea.

3. INVESTIGACIONES IMPORTANTES SOBRE LAS ACTITUDES HACIA- LA ENFERMEDAD MENTAL.

Cumming y Cumming (1975) han realizado un clásico estudio experimental de las opiniones sobre la enfermedad mental en una pequeña ciudad del Canadá.

Los investigadores han estudiado a los residentes an--tes y después de una campaña educativa de seis meses, programa--da para promover actitudes favorables hacia la enfermedad men--tal.

Los resultados indicaron que los sujetos sentían temor hacia el enfermo mental y trataban en lo posible de ignorar sus manifestaciones cuando la conducta de un individuo se tornaba -demasiado desviada como para ser tolerada, la comunidad quería--segregarlo através de la internación hospitalaria y no aceptaba que cualquier individuo pudiera volverse enfermo mental bajo de terminadas condiciones, ya que de esta manera se contradice el--sistema de valores que prevalece en la misma comunidad.



Como conclusión, este estudio demostró una actitud negativa hacia la enfermedad mental, su relación con el sistema de valores de la comunidad y la imposibilidad de modificar una actitud específica sin tener en cuenta ese sistema. Se puede decir que hay un modelo de respuesta socialmente determinado - expresado en la negación, el aislamiento y el rechazo del enfermo mental.

Nunnally (1957) realizó una investigación acerca de -- qué tipo de información tiene la población sobre los problemas de la salud mental, limitándose al área de los trastornos mentales serios como psiconeurosis y conductas en deficientes mentales.

Los resultados mostraron que si bien el hombre común - no estaba mal informado, era ignorante respecto a la realidad de la enfermedad mental. Su conocimiento no estaba estructurado y era expresado tentativamente, sin mucha seguridad.

En otra parte de la investigación apareció una leve -- tendencia de las mujeres como grupo, a rechazar los trastornos orgánicos como causa de la enfermedad mental y a considerar como tales las influencias del medio, externo inmediato. Este fenómeno se invierte cuando se considera a los hombres como grupo.



Asimismo, encontró que la gente que tiene más años de estudio, rechaza las creencias de que el enfermo tiene una diferente actuación y apariencia, que la causa de la enfermedad mental es la falta de fuerza de voluntad y que las personas de -- edad avanzada son más susceptibles a los trastornos emocionales. Se pudo observar también que las personas jóvenes y los de edad avanzada con los mismos años de estudio tienen diferentes opiniones acerca de los problemas de la salud mental.

Clark y Binks (1966) en un estudio similar encontraron que los sujetos más jóvenes y con mayor nivel educacional sostienen una actitud más liberal que los sujetos de edad avanzada y con pocos años de estudio.

Nunnally (1961) hayó que el enfermo mental es percibido por la gente como un ser inútil, indecente, insensible, peligroso, impredecible y embustero y el investigador sugiere que esta actitud negativa pueda derivarse de los sentimientos de la población respecto a la imposibilidad de predecir la conducta -- del enfermo mental y que por lo tanto, la juzga con disgusto, -- temor y desconfianza.

Lemkau y Crocetti (1962) en una investigación realizada en Baltimore, hayaron resultados dispares a aquellos obtenidos por otros investigadores en trabajos anteriores. Uno de -- los más sorprendentes contrastes, fué la habilidad de la pobla-



ción de Baltimore en identificar descripciones de conductas que ilustran algún trastorno mental como indicadores de enfermedad mental.

Este hallazgo contradice la teoría de las actitudes hacia la enfermedad mental propuesta por los esposos Cumming, que sostienen que una de las pautas de respuesta social ante este fenómeno es 'la negociación' de que una determinada conducta -- desviada es síntoma de enfermedad mental.

También Lemkau y Crocetti contradicen con sus resultados, la opinión sostenida por la "Joint Commission of Mental -- Illness and Health" de que existe en la sociedad un profundo pesimismo en lo referente al proceso de recuperación del enfermo mental.

Estas contradicciones según Lemkau y Crocetti pueden deberse a que existe una diferencia de una década con las investigaciones anteriores y la modificación de la actitud como resultado de las campañas educativas de salud mental.

Kohrenwend y Chin-Shong (1967) en una muestra en la -- ciudad de Nueva York, hallaron que en los niveles bajos de clase social había una mayor intolerancia hacia la conducta desviada. Los sujetos de clase baja, si bien tendían a ignorar la patología de una conducta, la consideraban como un comportamiento



antisocial grave.

Dohrenwend y Chin-Shong explicaron sus resultados sosteniendo que las condiciones de vida de los sujetos de clase baja no permiten su aproximación a una orientación social y liberal y que limitan su receptividad a los aspectos humanísticos de la educación de la salud mental.

Bentz y Edgerton (1970) sostienen que los líderes de una comunidad, en virtud de sus posiciones, ejercen una gran influencia sobre las normas sociales y se les considera como desempeñando un papel importante en el proceso de formación y cambio de las actitudes.

La mayoría de los estudios experimentales respecto de las actitudes de la población hacia la enfermedad mental fué realizada en localidades restringidas de unos pocos países desarrollados. Se posee un conocimiento escaso de las variaciones de las actitudes hacia la enfermedad mental en otras partes del mundo, particularmente en Latinoamérica. Solo se han hecho investigaciones en Argentina por Colombo e Insua y una llevada a cabo en Colombia por León y Macklin.

El estudio de las actitudes del personal de salud mental (psiquiatras, psicólogos, asistentes sociales, enfermeras y asistentes) hacia la enfermedad mental y hacia los pacientes --



psiquiátricos fué promovido por la publicación de la ESCALA DE LA IDEOLOGIA SUBYACENTE A LA CUSTODIA AUTORITARIA (CMHI) de Gilbert y Levinson (1956) y de la ESCALA DE OPINION SOBRE LA ENFERMEDAD MENTAL (OMI) de Cohen y Struening (1962).

Se considera importante mencionar los siguientes estudios realizados en Argentina por Colombo e Insua y otra realizada en Colombia por León y Macklin.

Colombo (1967) realizó un estudio sobre las variables socioestructurales en la enfermedad mental. La población estudiada era de una zona urbana (Isla Maciel), de la cual se extrajo una muestra aleatoria de 314 casos. Se observó que si se usaba la palabra "locura" en cambio de "enfermedad mental" o "nerviosa", los sujetos expresaban un mayor rechazo o desinterés. Esto no evidenciaba una falta de interés sobre el tema, sino un tipo de defensa ante la ansiedad que despertaba.

Para estudiar cual era el rol del enfermo mental, se presentaron a los encuestados 5 descripciones de conductas desviadas, las cuales ilustraban síntomas de patología mental.

Solamente el 75% de la muestra reconoció en todos los casos una psicopatología, el 9.5% no reconoció ninguna, mientras que los restantes reconocieron solamente algunas.



Por otra parte, una vez investigado el papel del --- enfermo mental, el rechazo fué grande y prácticamente lo ubicaba en un exogrupo. Esta actitud de segregación estaba reforzada por la tendencia de la población a ocultar la enfermedad y a visualizar al enfermo mental como peligroso.

Insua (1974) estudió la actitud de la población hacia el enfermo mental relacionándola con el nivel de instrucción. - La escala de actitud se aplicó a pacientes y acompañantes en -- distintos servicios del hospital de clínicas José de San Mar- - tín, de la ciudad de Buenos Aires, y a estudiantes del sexo fe- menino que finalizaban el 4º año de enseñanza media en un cole- gio religioso metropolitano. La investigadora resume sus resul- tados expresando:

Se observó una actitud ambivalente, deseo de ayudar - al enfermo mental y al mismo tiempo, rechazo y necesidad de po- ner distancia, además se nota una tendencia a culpar al enfermo mental por su enfermedad en vez de culpar al hospital psiquiá-- trico por su ineficaz acción terapéutica. También se observa - que a medida que se avanza en educación, la actitud hacia el en- fermo mental se hace más favorable-.

León y Macklin (1971) realizaron un estudio sobre las- opiniones comunitarias acerca de la enfermedad mental y su tra- tamiento. La muestra incluía 800 sujetos de ambos sexos resi--



dentos en Cali, Colombia. Se consideraron las variables edad, sexo y nivel social. Esta última se obtuvo de acuerdo a una versión modificada del índice de posición social de Hollingshead (1957), en la cual, además de la educación y ocupación -- del jefe de familia, se consideró el lugar de residencia. Los resultados no se diferencian mayormente de aquellos obtenidos en otros estudios realizados en países desarrollados. En general, los sujetos mostraron un grado considerable de confusión y nociones inciertas acerca de la naturaleza del trastorno -- mental. Es decir, que existe una relativa ignorancia acerca -- de las causas y características de la enfermedad mental y una -- tendencia a considerarla en términos físicos. Sin embargo, un 56 por 100 de los sujetos utilizaron atributos relativos al -- comportamiento para definir las características del enfermo -- mental.

En el año de 1982, el Instituto Mexicano de Psiquiatría inició un estudio en la Col. Sta. Ursula del Distrito Federal, usando el cuestionario de Taylor, para investigar la acti tud de esta comunidad hacia la salud mental. Los resultados -- de esta investigación están en proceso de desarrollo, ya que -- los datos que obtuvieron están en el Depto. de Programación -- del mismo Instituto.



4. CUESTIONARIO SOBRE ACTITUDES HACIA LA ENFERMEDAD MENTAL.

La escala de actitudes hacia la enfermedad mental se estructuró en base a la perspectiva de Thurstone; es decir, que los enunciados de dicha escala representan opiniones, las cuales simbolizan supuestamente una actitud. Este cuestionario se construyó siguiendo la técnica de "intervalos sucesivos". Quedó integrado por 59 items "no ambiguos" que representan opiniones susceptibles de ser ubicados objetivamente en algún punto del continuo "desfavorable-favorable" de esta actitud y que fueron juzgados dentro de ciertos límites, independientemente de las diferencias en la actitud hacia la enfermedad mental de los sujetos que los juzgan.

A partir de los juicios emitidos en los 59 items seleccionados, se generalizó que los sujetos-jueces estuvieron de acuerdo en considerar que un individuo posee una actitud extremadamente desfavorable hacia la enfermedad mental si opina que: "los enfermos mentales son seres agresivos, egoistas y violentos"; "es vergonzoso para la familia tener un miembro que sea un enfermo mental".

Además, los sujetos-jueces estuvieron de acuerdo en considerar como extremadamente favorable la actitud hacia la enfermedad mental de un sujeto que opina que: "de ningún modo una



familia se desprestigia por tener un enfermo mental entre ellos; "a los expacientes mentales se les debe permitir trabajar en - - cualquier tipo de empleo".

Esta escala de actitudes hacia la enfermedad mental se aplicó a una muestra de sujetos de distintos status socioeconómicos para estudiar experimentalmente la relación entre el grado - de actitud hacia la enfermedad mental y el nivel socioeconómico.

En el proceso de la medición de las actitudes, el método estudiado y utilizado fué el de las escalas. La mayor parte de las investigaciones empíricas sobre este tema tuvieron como - propósito establecer cuantitativamente la distribución de las actitudes dentro de grupos y su relación con distintos factores.

Se han ideado diversos instrumentos para estudiar las - actitudes hacia la enfermedad mental de los cuales podemos citar algunos de los más importantes y más frecuentemente utilizados:

- a) Cuestionario de información de Nunnally.
(1957)
- b) Descripciones hipotéticas de casos que ilustran desórdenes mentales.
(Star, 1955)
- c) Escala de ideología subyacente a la custodia autorita--
ria del enfermo mental (CMHI)



- (Gilbert y Levinson, 1956)
- d) Escala de opiniones sobre la enfermedad mental (OMI)
(Cohen y Struening, 1962)
 - e) Escala de actitudes hacia la enfermedad mental y hospitalización psiquiátrica (CPH)
(Kahn et all, 1963)
 - f) Escala de actitud hacia la enfermedad mental (ATMI)
(Froemel y Zolik, 1967)
 - g) Escala de actitud hacia el enfermo mental.
(Insua, 1974)

El estudio de la formación, desarrollo y cambio de la actitud hacia la enfermedad mental es urgente y necesario. Por lo tanto, se consideró importante efectuar primero una revisión de las investigaciones empíricas realizadas sobre este tema, -- con el objeto de lograr conclusiones generales y además identificar aquellos componentes de la actitud hacia la enfermedad -- mental con poder discriminativo que sirva de base para futuras investigaciones.

5. DEFINICION DE COMUNIDAD.

Definir la comunidad no es sencillo debido a las diversas formas en que los grupos humanos se organizan.



Greer (1955) ha seguido paso a paso la creciente complejidad de la organización social del hombre a medida que ha cambiado su estilo de vida. Hace notar que el hombre primitivo tendía a vivir en pequeños grupos que se mantenían de la caza y el pastoreo en áreas restringidas. Los miembros individuales dependían de su grupo para su existencia social íntegra. Vivían en estrecha proximidad física, las diferenciaciones de estado socioeconómico entre ellos se basaba casi exclusivamente en la edad y el sexo, e interactuaban entre sí constante y muy intensamente.

La invención de la agricultura condujo a una tendencia en los humanos de agruparse en aldeas que trajeron un sistema social mucho más complejo, el cual se caracterizaba por las divisiones del trabajo, y por la tendencia al desarrollo de los papeles especializados. La aldea siempre ejerció un poderoso control sobre la conducta de sus miembros y se mantuvo como una especie de grupo social más que como un conjunto de individuos. Esto ocurrió porque dentro de la aldea los miembros individuales dependían unos de otros para su estado o nivel socioeconómico, su acceso a la producción, su participación de los productos excedentes del grupo y la seguridad personal y social.

Como señala Greer, sin duda la comunidad de la aldea no ordena toda la conducta de sus miembros en el mismo sentido



que lo hace el grupo social más primitivo, ya que las estructuras como la familia numerosa, los grupos diferentes de edad, o las familias conyugales modifican inevitablemente el poder controlador de la comunidad de la aldea.

La mayoría de las sociedades, sin embargo, han ido más allá de las comunidades de aldea. Grandes concentraciones de gente se han agrupado en espacios tan pequeños que no pueden -- producir todos sus artículos de primera necesidad; tales concentraciones caracterizan a la ciudad. La existencia de las ciudades se vuelve posible solo después de que se establece un número de aldeas agrícolas que pueda producir un excedente suficiente para mantener una población urbana.

Algunas de las características importantes de la ciudad son: el aumento espectacular de la diferenciación ocupacional, la movilidad física y hasta cierto punto social.

Estas complejidades de la sociedad urbana complican seriamente el problema de identificar o definir las comunidades. De ello resulta que algunos acepten definiciones muy amplias -- como la de Klein que ve a la comunidad como "las interacciones ajustadas a normas dentro de un dominio de los individuos que -- tratan de lograr la seguridad y la indemnidad física, de obtener apoyo en los tiempos de tensión y de conquistar la individualidad y la significación a lo largo del ciclo de la vida" --



(Lein, 1968, pág. 11). Esta definición permite agrupar a los individuos pese al hecho de que no compartan un sitio geográfico común.

La conceptualización anterior sobre la comunidad era imprescindible de describir en esta investigación, ya que ésta misma se basa en conocer una posición y actitud específica de comunidad ante la salud mental.

Asimismo, se considera de importancia tener una visión general acerca de la psicología comunitaria, su inicio, desarrollo y la situación actual de la misma.

6. DESARROLLO DE LOS CONCEPTOS DE LA PSICOLOGIA COMUNITARIA.

El término psicología comunitaria se refiere al cuerpo de conocimientos que necesita tener el psicólogo para participar en programas comunitarios organizados para la promoción de la salud mental, la prevención y el tratamiento de los trastornos mentales y la rehabilitación y reincorporación a la población de los que fueron pacientes psiquiátricos.

A principios de siglo, los organicistas se aventuraban raramente en la comunidad, a menos que se les pidiese que-



testificasen en juicios criminales.

Existía otra corriente que admitía la existencia de algunas entidades somáticas, atribuyéndolas a la cultura y a la educación más que a rasgos corporales. Los psiquiatras empiezan a reunir información del ambiente familiar, ocupacional y educativo de sus pacientes a fin de establecer control y seguimiento en los pacientes antes de volver a la casa.

El acercamiento de la psiquiatría comunitaria se vio acelerado no sólo por el desarrollo de la teoría profesional, sino también por las exigencias del público.

Al finalizar la Segunda Guerra Mundial apareció un movimiento en todos los países, llamado "Psiquiatría de la Comunidad", el cual ha tenido la tendencia a romper el aislamiento psiquiátrico tradicional. Nuevos programas de investigación y servicio fijaron las bases de este movimiento que consideró de importancia los siguientes aspectos: Transformación de los hospitales psiquiátricos, creando en ellos un "ambiente terapéutico"; incremento en el número de camas en los hospitales generales; creación de servicios de emergencia y de internamiento parcial; organización de centros de salud mental comunitario y de talleres protegidos e integración absoluta del programa de salud mental a los de salud pública entre los más importantes.



En una encuesta histórica de la psicología clínica, - Hersch (1969), fijó la fecha del nacimiento de la psicología - de la comunidad en Mayo de 1965. En el transcurso de este mes, un grupo de psicólogos empeñados activamente en desarrollar -- los programas de salud mental de la comunidad, se reunió en -- Boston para considerar la instrucción de los psicólogos para - el trabajo en salud mental de la comunidad. La conferencia de Boston generó mucha reflexión acerca de la psicología de la co- munidad y estimuló el establecimiento de una división de la -- psicología de la comunidad dentro de la Asociación Psicológica Norteamericana y la creación de varios programas universita- - rios de entrenamiento.

Zax y Specter (1979) convinieron en definir a la psi- cología de la comunidad como sigue, ya que requerían de una de- finición operante que les sirviera de guía:

"La psicología de la comunidad es considerada como un enfoque de los problemas de la conducta humana que destaca -- las contribuciones hechas a su desarrollo por las fuerzas am-- biantales, así como en las contribuciones potenciales por ha-- cer con miras a su alivio mediante la utilización de estas - - fuerzas".

Es importante mencionar que los elementos del enfoque de la psicología de la comunidad son únicos de los practican--



tes dentro del propio campo de la psicología. En realidad, la psicología de la comunidad ha surgido dentro de un contexto en el que todas las profesiones de la salud mental han manifestado considerable interés por lo que concierne al papel de las fuerzas ambientales en la creación de los problemas conductuales.

Zax y Specter mencionan: "Ningún factor solo explica - el desarrollo reciente de la psicología de la comunidad. En lugar de ello, cantidad de fuerzas acontecimientos y circunstan--cias, como si fuera una serie de corrientes inconexas, se han - juntado para crear un torrente, un enérgico movimiento hacia la creación de programas orientados a la comunidad para abordar -- una diversidad de problemas de salud mental".

Caplan define a la psicología comunitaria como el conjunto de conocimientos, teorías, métodos y procedimientos que - en los campos de servicio e investigación son requeridos por -- los psicólogos que participan en los programas organizados de - la comunidad para la promoción de la salud mental, la preven--ción y tratamiento de los trastornos mentales y la rehabilita--ción de pacientes psiquiátricos en una población determinada.

Se ha observado que en todo el mundo ha surgido la necesidad de un nuevo enfoque de la psiquiatría hacia la salud -- mental comunitaria y que esta transformación ha sido definitiva en ese campo. Por lo cual se considera que la prevención es --



ahora la meta básica; los servicios se brindan en los mismos -- centros en que se imparten los de medicina general, sus técni-- cas se desplazan al seno de la comunidad, buscando la detección temprana de los casos para su tratamiento oportuno y entrenan - al mismo tiempo a sus dirigentes naturales buscando su colabora ción activa.

7. DESARROLLOS RECIENTES.

En los Estados Unidos, los hospitales psiquiátricos -- han intentado disminuir su distancia con respecto a los centros de población y minimizar el alejamiento de los pacientes con -- respecto a sus ambientes sociales. Se han desarrollado en la - comunidad varias instituciones transicionales, tales como hospi tales de día y hospitales de noche, las residencias intermedias, los clubes terapéuticos y los talleres protegidos.

En los centros de higiene mental en la comunidad, que- comúnmente están asociados a departamentos universitarios de -- psiquiatría, psicología, asistencia social, higiene pública y - ciencias sociales, han tenido lugar en gran parte de la investi gación sobre psiquiatría comunitaria, llevada a cabo en los úl- timos 25 años. Se han creado formas de delimitar poblaciones - de elevado riesgo para poder emprender acciones preventivas o - curativas a nivel comunitario e indican modos de valorar los --



programas comunitarios por medio de controles repetidos de poblaciones experimentales.

Los centros de higiene mental de la comunidad proporcionan 5 servicios básicos: cuidados hospitalarios, servicios de urgencias, consulta comunitaria, cuidados diurnos (incluidos programas de hospitalización parcial, residencias intermedias y servicios de seguimiento) e investigación y educación.

Los programas que se realizan contemplan 3 objetivos principales que son la prevención primaria, la prevención secundaria y la prevención terciaria.

Los programas de prevención primaria están diseñados a disminuir la frecuencia de aparición de trastornos emocionales en la comunidad, combatiendo las condiciones sociales causantes de stress o potencialmente nocivas, productivas de enfermedades mentales e interviniendo prontamente cuando se den estas condiciones: Programas para niños y adolescentes, programas centrados en los niños, programas de pre-escolar y escolar, programas para adultos y para personas de edad avanzada.

La prevención primaria debe agrupar a miembros importantes de la comunidad tales como médicos, maestros, sacerdotes, dirigentes laborales, etc., y a instituciones tales como escuelas, iglesias, agencias sociales y en forma muy especial -



a la propia familia del individuo.

La prevención secundaria puede definirse como la identificación precoz y pronto tratamiento de la enfermedad o trastorno. Se interviene en la primera y segunda infancia, trastornos psicofisiológicos, trastornos psicológicos, procesos psicóticos, retraso mental, niños en orfanatos, adopción, problemas normales de la adolescencia, surgimiento de crisis en adultos y en el anciano.

La prevención terciaria va dirigida a la tarea de disminuir la frecuencia de funcionamiento deficiente producido por los trastornos mentales, proporcionando servicios de rehabilitación: clubes de expacientes, hospitales de día, de noche y de fin de semana, hogares e instituciones intermedios, rehabilitación para el trabajo y centros de rehabilitación.

Es importante mencionar que las anteriores concepciones y referencias son de investigaciones realizadas en los Estados Unidos y que debemos realizar en nuestro país nuevas investigaciones para así poder obtener aportaciones que realmente beneficien a nuestras comunidades; como menciona Calderón Varváz (1981), "Si consideramos que las características socioeconómicas, antropológicas y de otros tipos del pueblo de México son diferentes a las de otros países del mundo, no será posible extrapolar experiencias extranjeras que puedan ser úti



les en todos los casos de nuestros problemas de salud mental. - La investigación en las diferentes áreas señaladas es indispensable para establecer nuestros propios programas, por lo que este tipo de actividades deberá incrementarse en todo el país".

8. EL PSICOLOGO COMO PROFESIONAL DE LA SALUD MENTAL.

Ya se ha mencionado la importancia del papel del psicólogo en el campo de la salud mental. Sanford en 1958 sostuvo: "Deseo hacer notar que los psicólogos sí pueden dedicar sus mentes fértiles al problema, si no se ajustan demasiado al estilo de vida clínico-médico, pueden hacer una enorme contribución social a esta clase de movimiento de la salud mental".

En el estudio de León y Macklin (1971), se observó que los sujetos entrevistados poseían un alto grado de confianza en la competencia profesional de los psiquiatras, aunque una considerable proporción de los mismos ignoraba los métodos terapéuticos que éstos empleaban. Por otro lado, se encontró que a diferencia de estudios anteriores, los sujetos de nivel social alto, expresaron un menor grado de confianza hacia los psiquiatras.

En otra investigación de Cohen y Struening (1962), se estudiaron las actitudes del personal de salud mental (psiquia-



tras, psicólogos, asistentes sociales, enfermeras y asistentes) y concluyeron que los profesionales del área (psicólogos y psiquiatras) se ubicaban en el polo opuesto con respecto de las enfermeras y los asistentes y que la existencia de tal disparidad expresaba el problema de la comunicación entre los distintos -- grupos ocupacionales en dos hospitales psiquiátricos estudiados.

Hollingshead Redlich (1958) en New Haven encontró que un estrato social más alto se asoció con mayor conocimiento sobre psiquiatra y tratamiento psiquiátrico, mayor disposición a buscar ayuda de este tipo, mayor competencia para arreglárselas con ello. Se observó que en capas sociales más bajas era mayor la falta de información, la resistencia y algunas veces el antagonismo abierto hacia la intervención psiquiátrica.

Los miembros de clase social más baja casi nunca buscaban activamente ayuda psiquiátrica para ellos mismos o sus parientes, quienes estaban en tratamiento generalmente, eran -- "echados en los regazos de los psiquiatras por las autoridades de la comunidad"; entre más baja la clase social, mayor probabilidad de que la enfermedad mental fuera considerada como una enfermedad somática aterradora.

Algunos investigadores que se adhieren a un modelo psicossocial, característicamente se asocian con el pensamiento del



movimiento de la salud mental comunitaria, en el cual la prevención primaria y el tratamiento primario en la comunidad se enfatiza y en el cual también la hospitalización se considera como el último recurso.

Brewster Smith opina que los psicólogos no están convencidos de que el trabajo del psicólogo comunitario difiere -- del que desarrolla el psicólogo social, el psicólogo clínico y el de otros profesionistas.

Sin embargo, las investigaciones basadas en la comunidad proporcionan o dan una oportunidad única para extender los valores tradicionales de los psicólogos, ya sea por reflexión, teorizando o empleando análisis empíricos que se empleen en el área de análisis de los beneficios sociales.

Existen tres características en el proceso de investigación que parecen importantes:

La primera es la relación entre el investigador y la comunidad. ¿Qué roles adoptará el psicólogo comunitario en la comunidad? ¿Un observador participante o un investigador desapasionado?

El segundo beneficio es la selección de métodos de investigación según lo amerite el caso. ¿Un estudio sistemático-



observacional o un estudio controlado con un cuasidiseño experimental?

El tercer beneficio es la evaluación de las experiencias investigadas para que los psicólogos comunitarios se vean beneficiados en el futuro tanto en su educación como entrenamiento. ¿Qué tanto la estructura de poder de la comunidad y la resistencia al cambio están a disposición como tópicos educativos para el psicólogo comunitario?

Estas tres características pueden hacer que concibamos la investigación de la comunidad como un proceso y que el psicólogo comunitario tome más ventajas de las oportunidades basadas en esa investigación comunitaria.

Para empezar cualquier investigación comunitaria es necesario involucrar etapas incrementadas durante un largo tiempo y que siempre varían de comunidad en comunidad.

El psicólogo clínico tiene una responsabilidad directa con la salud mental de su paciente; mientras que el psicólogo de la comunidad tiene la responsabilidad del bienestar de una población con la que en su mayor parte no tiene contacto personal.

El rol del psicólogo comunitario no debe ni puede de--



jarse cautivar ni por el cientificismo ni por el elitismo. Los requisitos adaptativos serán los procesos improvisados que involucren una activa y recíproca relación con los ciudadanos. Consecuentemente, el psicólogo comunitario no puede extenderse a usar variados y múltiples métodos sobre una comunidad.

El proceso de conocimiento de la comunidad, del entendimiento de las obligaciones que los ciudadanos tienen acerca de los de "afuera", es decir, acerca de los intelectuales y profesionistas, de los liberales y acerca de los psicólogos es un proceso que varía de lugar a lugar y que el psicólogo sufre y aprende.

Se considera de suma importancia la confianza que debe crearse ante la comunidad en donde se está trabajando, también será necesario para obtener esta confianza que el psicólogo explique y se dé a entender, que haga lo que prometa.

Al respecto Kabn (1973) argumenta que "existe buena voluntad entre algunos colegas de la comunidad científica", pero no es así en todos los casos, como cuando se toma sólo como "coquejillo de indias" a los miembros de la población afectada y por el trabajo que se esté realizando y que sin tomarlos en cuenta, siguen adelante aplicando programas correctivos, afectando y perjudicando a miles o quizás a millones de personas. Por lo anterior es irónico decir que todo trabajo es una contri



bución al mejoramiento de tal o cual disciplina, independientemente del fracaso o del éxito de los programas "que sean aplicados".

Los ciudadanos saben por la experiencia de su vida que ninguna persona tiene el derecho de observar sin dar algo a cambio y han aprendido que una gente extraña, una persona de "fuera" con sentido común, no abocará, ni emprenderá cualquier causa sin antes no haber evaluado los beneficios propios que obtendrá con esto. Por ello, es necesario que el psicólogo comunitario realice una etapa de evaluación y considere el aumento de las exigencias de la comunidad antes de iniciar su investigación. La mayoría de las veces el crear confianza en la comunidad y el obtener su apoyo es un proceso lento y gradual.

Como antes habíamos mencionado, el papel del psicólogo es difuso. Hemos considerado algunos estudios que se han llevado a cabo en diversos países. En cuanto a México y Latinoamérica, la psicología se empezó a desarrollar hace aproximadamente 50 años y desde entonces, al trabajador de la salud mental se le ha adjudicado un gran monto de magia, de misterio, de esoterismo y temor, aún cuando el psicólogo se aboque a proporcionar un servicio útil a los integrantes de las comunidades, su imagen no ha cambiado del todo.

Tal vez debido a la poca información que tiene la gen-



te sobre los diversos roles que un psicólogo puede tener en ---
nuestra comunidad, ya que la sociedad rechaza en primera instancia
la intervención de gentes ajenas y principalmente al psicó-
logo, quien en algunos casos suele solo ser un controlador de -
"locos" o un brujo que "adivina" el pensamiento y la mirada.

En México, en el Centro de Salud Mental Comunitario --
San Rafael, ubicado en la Delegación Tlalpan, D.F., se están --
llevando a cabo programas en salud mental comunitaria desde ha-
ce aproximadamente 5 años. Su grupo de trabajo en el campo de-
la salud mental está integrado por el médico psiquiatra, la en-
fermera psiquiátrica, el psicólogo y el trabajador social, quienes
se adaptan a la comunidad de la cual forman parte.

En la Colonia Ruiz Cortines del Distrito Federal, es--
tá funcionando desde hace aproximadamente un año y medio el Centro
Comunitario de la Facultad de Psicología de la UNAM, en donde
se proporciona todo tipo de atención psicológica a la comunidad
de dicha colonia.



C A P I T U L O II

ASPECTOS GENERALES DE LA COLONIA ADOLFO RUIZ CORTINES

(Proporcionados por la Delegación de Coyoacán, del D. D. F.)

1. ANTECEDENTES HISTORICOS.

La idea de poblar esta zona del Pedregal surgió entre los comuneros del pueblo de la Candelaria en la época de los -- 40's.

La mancha urbana del Distrito Federal para aquella fecha ya conurbaba la parte Norponiente de Coyoacán. El primer paso fué el intento de reconocimiento de los terrenos del antiguo rancho de Monserrat como propiedad comunal.

Las tramitaciones no llegaron a concretarse, lo que -- produjo un repliegue de los primeros pobladores, que según se afirma, llegaban en 1949 a 358 familias. Esto produjo también diferencias entre los colonos y comuneros, llevando a los primeros a decidir que la única posibilidad de fundar allí una colonia, sería mediante una invasión. Dieciseis familias en 1952 iniciaron la invasión, las condiciones de vida eran entonces -- muy difíciles, no había ningún tipo de servicio, ni calles, era



necesario caminar más de un kilómetro para conseguir agua. La mayoría de los pobladores vivían en cuevas adaptadas o en pequeños cuartos contruidos de roca volcánica. A esto se debió - que el poblamiento se diera durante los primeros años en forma muy lenta. Durante 1957 y 1958 se produjeron otras invasiones masivas.

En 1956 los colonos comenzaron a trabajar en la traza urbana, interviniendo en ella, el personal de la Dirección Agraria del Distrito Federal. El trazado definitivo dió como resultado una trama ortogonal, 118 manzanas, 13 ocupadas hoy por la planta de asfalto, 65 de las cuales eran de un mismo tamaño y las otras 40 de forma irregular. Este trazado se realizó sin tener en cuenta la topografía, lo que implicó para su realización grandes desplazamientos de tierra para llenar las depresiones que presentaban las rocas.

2. SITUACION ACTUAL.

El poblamiento se produce del norte hacia el sur y en el momento en que se realizó el proyecto de urbanización para la colonia, se ubicó el Centro, en el centro geográfico de la zona habitada. Lo que hoy hace que toda la parte sur de la colonia se encuentre desvinculada de este centro, asimismo, como en el-



caso de la colonia Ajusco, el plano se realizó con total prescindencia de la topografía.

Las colonias Ajusco y Ruiz Cortines forman parte de la zona conocida como Pedregales de Monserrat, colindan al norte con los pueblos de Los Reyes y la Candelaria, al este con San Pedro Tepetlapa, al sureste con el Pedregal de Sto. Domingo. Entre estas colonias y las vecinas no existe límite natural, sólo puede notarse entre una y otra la diferencia de su trazo urbano.

a)- Servicios:

Las tres cuartas partes de las familias disponen de servicios sanitarios primordiales, el 15% tienen servicio de teléfono. Solo el 20% tienen que recurrir al agua de hidrante y a los baños comunales.

El problema de transporte existe en toda la colonia, -- aún cuando la mitad de sus habitantes disponen de medios propios. El 35% tienen automóvil y más del 10% motocicleta o bicicleta. Los servicios de transporte público urbano llegan a la colonia con frecuencia suficiente.

En cuanto a la vialidad, ambas colonias tienen mucha dificultad para salir de la zona de los Pedregales, la zona de los pueblos se ha convertido en una barrera que sólo es posible atra



vesar por las calles: Panteón, Emiliano Zapata, Arbol del Fuego, Monserrat y Museo. El 30% de las calles están pavimentadas.

La integración entre Ajusco y Ruiz Cortines se ve bastante dificultada por la discontinuidad de ambos trazados. Sin embargo, toda la zona norte de Ruiz Cortines, funciona alrededor de un propio centro, comunicándose através de la Ave. Pacífico. Mientras que la parte centro-sur tiende a integrarse a la vida de la col. Ajusco, entrando en el área de influencia del Mercado de "La Bola". La dificultad de transitar de un lado a otro de la misma colonia y la existencia de un promontorio que divide en dos a la colonia, son la causa fundamental de este desdoblamiento.

En la zona centro de Ruiz Cortines, principalmente en el área aledaña de Ajusco, existen problemas de presión de agua, debido a que esta zona está elevada por lo menos 10 metros por encima del nivel medio de la colonia. No hay drenaje, en la actualidad las fosas sépticas desagúan sobre grietas, produciendo la contaminación a la colonia.

Toda la colonia cuenta con energía eléctrica, pero sin embargo, el alumbrado público es escaso y tienen problemas de mantenimiento, la carencia de equipamiento es grande en ambas colonias, particularmente en guarderías y equipamiento de salud, las áreas verdes son escasas y no existen áreas deportivas. Exis



te desde hace algunos años un colegio de Bachilleres; sin embargo, no hay escuelas técnicas que serían más concordantes con las características de la población. No existen centros culturales, de espectáculos, ni locales para la organización vecinal.

En 1969 se instaló sobre la Ave. Mixtecas el Mercado de "La Bola", que es el que define un centro para la colonia, situación que se consolida con la construcción en 1970 de un centro del DIF. El mercado de la colonia funciona en condiciones absolutamente precarias; desde sus orígenes existía entre sus vecinos un proceso de sustitución, institucionalizando a través del mecanismo de traspaso de lotes.

b) Datos socioeconómicos:

La colonia Ruiz Cortines cuenta con una población aproximada de 20,000 habitantes, asentados en una área de 46.2 hectáreas; lo que da una densidad de 433 habitantes/ha. De los 1652 lotes existentes está regularizado el 60%.

El 79% de la población de la colonia habita en viviendas propias, el 15% son viviendas alquiladas y en mínima escala, el 7% habitan en departamentos y accesorias.

En lo que respecta al grado de educación, éste se distribuye como sigue:



El 45.34% tiene la primaria completa.

El 40.21% tiene primaria incompleta.

El 9.95% son analfabetas y

El 5.8% tiene estudios profesionales completos.

La población relativa por sexo es del 49.3% de personas del sexo masculino y el 50.7% del sexo femenino. Se estima un promedio de 5.6 personas por familia. El 27% de la población -- procede de provincia.

La población económicamente activa se refiere a personas mayores de 12 años que desempeñan alguna actividad productiva y está formada por: Profesionistas, empleados, obreros, comerciantes y personas que realizan algún oficio, además de trabajadores eventuales.

Con lo que respecta a los ingresos por familia, el 23% percibe un ingreso alrededor del salario mínimo. El 9% tienen ingresos hasta de \$10,000.00* -un promedio de \$300.00 diarios. - Más de la mitad de las familias de esta colonia percibe ingresos superiores a \$10,000.00* existe el 14% de las familias que tienen un ingreso superior a \$1,000.00 diarios.

* Datos obtenidos en el censo de 1970.



C A P I T U L O I I I

PROGRAMA GENERAL DEL CENTRO COMUNITARIO DE LA FACULTAD DE PSICOLOGIA, UBICADO EN LA COL. RUIZ CORTINES.

1. ANTECEDENTES.

Este centro comunitario apareció como un proyecto en el año de 1979, dada la inquietud de un grupo de maestros del área de psicología clínica interesados en la psicología comunitaria; en sus perspectivas y en su surgimiento y tomando en consideración las necesidades y deseos de la comunidad en lo que al campo de la salud mental corresponde.

La justificación para implementar los programas que condujeron a la creación del centro comunitario de la Facultad de Psicología en mayo de 1981, estuvo basada en:

a)- El interés y la necesidad que existe de preparar a los alumnos en el terreno de la salud mental dentro de los lineamientos de la psicología comunitaria que les permita convertirse en agentes y promotores de la salud mental en beneficio de los miembros de la comunidad.



b)- El problema al que la Facultad de Psicología se ha venido enfrentando en los últimos años es la carencia de centros de salud, clínicas y hospitales donde pueda llevarse a cabo el aprendizaje práctico de los alumnos.

c)- La necesidad de un plan de salud mental comunitario -- que elaborado en forma conjunta con las distintas áreas de la psicología, unifique criterios y objetivos para la realización de actividades.

Dadas las características de la población y las metas propuestas se implantó un programa general que persigue los siguientes objetivos:

2. OBJETIVOS DEL PROGRAMA GENERAL DEL CENTRO COMUNITARIO.

a)- Realizar intervención en la comunidad para lograr su estudio, contacto y coordinación, así como la educación para la salud mental en los 3 niveles de prevención (primaria, secundaria y terciaria).

b)- Llevar a cabo la creación de un servicio asistencial.

c)- Efectuar actividades de docencia.

Preparación y actualización constante del personal



adscrito al centro, tanto maestros como promotores.

. Coordinación con la Facultad de Psicología.

d)- Realizar investigaciones:

. Intramuros y

. Extramuros

3. FUNCIONAMIENTO DEL CENTRO.

Con la finalidad de llevar a cabo el programa general del Centro Comunitario, se integró un equipo de trabajo que está constituido como sigue:

Nueve maestros de la Facultad de Psicología, un psiquiatra y ocho psicólogos (los psicólogos con especialidades tales como: psicología clínica, terapia familiar, psicoterapia de grupo, etc.) y ocho pasantes de la carrera de psicología entrenados para el trabajo comunitario.

El Centro funciona de 9:00 a 19:00 hrs. de lunes a viernes, con un turno matutino y otro vespertino.

El servicio que se presta es gratuito y se proporciona principalmente a los habitantes de la colonia Ruiz Cortines, quienes son el foco de atención para el programa comunitario, -



pero también se atiende a vecinos de las colonias aledañas --- (Ajusco, Sta. Ursula Coapa, Nueva Diaz Ordaz, etc.), así como a personas de otras zonas del Distrito Federal.

El Centro Comunitario es una casa alquilada en la misma colonia, consta de dos plantas todavía en proceso de adaptación. Se han instalado ya: Una área de recepción, cuatro cubículos individuales, cuatro cubículos de grupo, una aula para clase y una sala de juntas.

De acuerdo al programa de trabajo puesto en marcha -- desde junio de 1981, se han realizado diversas actividades: -

a)- Intervención en la comunidad.

. Estudio de la comunidad a través de recorridos y observación directa por la zona.

. Se ha establecido coordinación directa con las instituciones de salud que dan servicios dentro de este perímetro.

. Se han impartido pláticas de orientación sobre el desarrollo psicológico del niño, alcoholismo, farmacodependencia, educación sexual, orientación pre-matrimonial, adolescencia, etc.

. Está por iniciarse la asesoría a los maestros de escuelas primarias sobre problemas de aprendizaje.



. Para el diagnóstico oportuno de problemas psicológicos y la prevención de padecimientos graves, se llevará a cabo la aplicación de pruebas psicológicas en escuelas y los casos detectados serán canalizados al mismo centro.

. Adiestramiento a los padres para la estimulación -- del niño con retraso psicomotor.

b)- Creación del servicio asistencial.

En enero de 1982, se iniciaron las labores de asistencia en el centro comunitario, el procedimiento de las actividades asistenciales es el siguiente:

- . Recepción del paciente.
- . Preconsulta.
- . Junta de valoración.
- . Proceso de diagnóstico.
- . Tratamiento.

La población atendida hasta la fecha (de enero a junio de 1982) se puede distribuir como sigue, atendiendo diversos problemas de tipo psicológico:

- . 60% niños de 4 a 12 años con problemas de aprendizaje, emocionales, deficiencia mental, etc.
- . 30% adultos de 20 a 55 años con problemas de tipo - neurótico, disfunciones familiares, etc.
- . 10% grupo de adolescentes con desajuste emocional, -



farmacodependencia, etc.

c)- Docencia.

Las actividades docentes se iniciaron en 1979, antes - del establecimiento del centro comunitario, consistieron en la capacitación de estudiantes de la carrera de psicología en aspectos generales de psicología comunitaria.

Actualmente se continúa dicha capacitación al personal asignado, por medio de programas de información, actualización, especialización y asistencia a eventos científicos.

. Se ha iniciado la vinculación del centro comunitario con la coordinación de materias teórico-prácticas de la Facultad de Psicología.

. Se ha implantado un programa de servicio social comunitario para los pasantes de la carrera de psicología.

. Se llevan a cabo supervisiones de casos y sesiones bibliográficas.

d)- Investigación.

. Extramuros.

Investigación con 250 familias para el establecimiento de aspectos socioeconómicos y culturales de la pobla--



ción y para el conocimiento del diagnóstico de salud -
mental comunitaria, para jerarquizar prioridades.

En proceso se encuentran dos investigaciones:

Actitudes de la comunidad hacia la enfermedad mental y
hacia el rol del psicólogo.

Investigación sobre la estructura y dinámica familiar-
de la comunidad.

. Intramuros.

Investigación sobre la eficiencia del tratamiento psi-
coterapéutico en niños enuréticos.

Obtención de criterios normativos para varias pruebas-
psicológicas y técnicas psicoterapéuticas.

Se están realizando investigaciones de interés comuni-
tario en coordinación con la Facultad de Psicología. -
(Tesis).

Evaluación de programas.



C A P I T U L O I V

I N S T R U M E N T O S

1. A N T E C E D E N T E S D E L C U E S T I O N A R I O S O B R E " A C T I T U D E S H A C I A - L A S A L U D M E N T A L " .

Cohen y Struening (1962) estudiaron las opiniones sobre la enfermedad mental del personal de dos importantes hospitales psiquiátricos a través de su escala OMI. Consideraron - - aquellas ocupaciones en las que se tiene contacto estrecho con los pacientes mentales incluyendo, además de los profesionales, los residentes, personal que se está entrenando, dentistas y -- capellanes.

El OMI comprende 5 escalas que fueron derivadas empíricamente de un análisis de factores, con un conjunto de 180 declaraciones de opinión. El conjunto de declaraciones de compiló primeramente con base racional para reflejar un rango o un - campo dado de sentimientos acerca de la enfermedad mental y los enfermos mentales, pero también se sacó de escalas existentes, - tales como la Ideología de la Enfermedad Mental en Custodia, o - sea, de pacientes internos, la Escala California F y la Escala - de Puntos Múltiples Nunnally.



Analizando los resultados en función de los 5 factores que surgen de la Escala de Opinión sobre la Enfermedad Mental, los investigadores recogieron primeramente declaraciones con base racional para que se reflejara un cambio de sentimientos sobre la enfermedad mental y los enfermos mentales; pero también sacó sobre escalas tales como la Escala de Ideología sobre la Enfermedad Mental en Custodia o de Internos.

Las 5 escalas OMI se etiquetaron como sigue:

AUTORITARISMO.

Que refleja una visión de los enfermos mentales como una clase inferior que requiere un manejo coercitivo.

BENEVOLENCIA.

Una visión simpatética o compasiva, paternalista de los pacientes basada en principios religiosos y humanísticos.

IDEOLOGIA DE LA HIGIENE MENTAL.

Una visión del modelo médico de la enfermedad mental como una enfermedad como cualquier otra.

RESTRICTIVIDAD SOCIAL.

Que ve a los enfermos mentales como una amenaza para -



la sociedad.

ETIOLOGIA INTERPERSONAL.

Que refleja una creencia de que la enfermedad mental -- surge del exceso de tensión en la experiencia interpersonal.

Las escalas OMI y CMHI fueron la base para medir las actitudes hacia la enfermedad mental en algunas investigaciones. - Se usaron en una forma revisada con los objetivos duales de:

- 1º Reducir el número total de elementos.
- 2º Expresar las declaraciones de opinión en una manera que pudiera ser entendida fácilmente por el público en general.

Cuatro de las escalas referidas se usaron para medir -- las actitudes hacia la enfermedad mental. Estas fueron 3 esca-- las OMI, Autoritarismo, Benevolencia y Restrictividad Social y - la escala CMHI, se seleccionaron como siendo las más relevantes- para el propósito de explicar y predecir las reacciones del pú-- blico hacia las instalaciones.

Juntas estas cuatro escalas, pueden considerarse como-- medidas de las actitudes comunitarias hacia la enfermedad mental (AMI).



Un problema con las escalas originales es que fueron - escritas pensando en los profesionales; por lo tanto, fué necesario modificarlas para usarlas en una investigación con la población en general. La revisión involucraba usar únicamente -- un subconjunto de las declaraciones originales para cada escala e incluir declaraciones adicionales adecuadas para enfocar y tener un muestreo base para el estudio.

Diez declaraciones se incluyeron para cada escala, con un número igual de declaraciones o de puestas en palabras positivas y negativas. Este conjunto inicial de declaraciones se probó en un grupo de estudiantes; las respuestas se registraron en una escala de acuerdo-desacuerdo de 5 puntos. Se calcularon confiabilidad standard y el índice de validez. Las declaraciones débilmente correlacionadas con los registros de escala total se reemplazaron para que proporcionaran el conjunto final - de 40 elementos.

2. ANTECEDENTES DEL CUESTIONARIO SOBRE "ACTITUDES DE LA COMUNIDAD HACIA EL ROL DEL PSICOLOGO".

El cuestionario fué introducido como una investigación de actitudes hacia el papel del psicólogo y la intención fué -- abarcar varias áreas que aportaran datos significativos a este respecto.



Originalmente, se tomó como base el cuestionario sobre "Actitudes hacia la enfermedad mental" y se estructuró en base a éste otro cuestionario (conteniendo 40 preguntas), que incluía lo siguiente:

- 19 Investigar de una lista de varias opciones, el lugar - que el psicólogo ocupa como orientador en problemas -- planteados.
- 29 Investigar de una lista de varias opciones, el lugar - que el psiquiatra ocupa como orientador en problemas - planteados.
- 39 Investigar de una lista de varias opciones, el lugar - que el trabajador social ocupa como orientador en problemas planteados.
- 49 Investigar de una lista de varias opciones, el lugar - que los amigos ocupan como consejeros en problemas - - planteados.
- 59 Investigar de una lista de varias opciones, el lugar - que el sacerdote ocupa como orientador en problemas -- planteados.

Para tratar de obtener confiabilidad y validez del - - instrumento, se piloteó varias veces, con una muestra seleccionada al azar y para que ésta fuera representativa, se procuró - que estuviera constituida por gentes de diversas edades, tanto-



hombres como mujeres, mayores de 18 años.

La primer muestra fué de 20 personas, a las cuales se les pedía su cooperación para contestar el cuestionario (éste se aplicó en las calles de la colonia Ruiz Cortines); se observó y se anotaron todas las reacciones, comentarios y aportaciones de cada uno de los respondentes.

Por otro lado, este cuestionario también se piloteó -- con una muestra de 20 "expertos" es decir, personas relacionadas con la psicología, siendo éstos, psicoanalistas, psicólogos clínicos y psicoterapeutas, para que evaluaran el cuestionario en base a lo siguiente:

Se les dió el cuestionario y una tarjeta conteniendo:

"Este cuestionario está en proceso de evaluación, por lo que le pedimos su cooperación para probarlo y ajustarlo si es necesario, ya que será uno de los instrumentos de investigación en la tesis: Actitudes hacia el rol del psicólogo".

Instrucciones:

Favor de leer cada una de las preguntas del cuestionario y evaluarlas según las siguientes características:

3 - La pregunta está clara, bien estructurada, se entiende



y está enfocada a investigar la actitud de la gente hacia el rol del psicólogo.

- 2 - La pregunta no se entiende pero está enfocada a investigar la actitud de la gente hacia el rol del psicólogo.
- 1 - La pregunta no se entiende y no está enfocada a investigar la actitud de la gente hacia el rol del psicólogo.

También se les pidió a los "expertos" que contestaran al cuestionario, observándose nuevamente con ellos todas las reacciones, comentarios y aportaciones que se hicieran.

Una vez efectuado lo anterior, se analizaron los resultados obtenidos en los dos grupos ("expertos" y respondentes de la col. Ruiz Cortines) y se modificó el instrumento, reduciéndose a 25 preguntas; 23 de las cuales son de opción múltiple y 3 preguntas abiertas. Todas éstas enfocadas a investigar las actitudes de la comunidad hacia el rol del psicólogo. Se quitaron todas aquellas preguntas que no eran entendibles, también aquellas que no aportaran datos significativos y las que no estaban bien estructuradas, se modificaron.

Posteriormente, se volvió a pilotear únicamente con integrantes de la col. Ruiz Cortines, seleccionados al azar (10 personas, 5 hombres y 5 mujeres de diversas edades).



Nuevamente se observó y se anotaron todas las reacciones, comentarios y aportaciones de las personas que respondían al cuestionario.

Una vez analizados los resultados de este segundo piloto, ya solo se modificaron algunas palabras, usando términos más acordes con el nivel cultural de la gente.

Como apoyo a este cuestionario sobre el rol del psicólogo se usaron dos viñetas, las cuales presentaban una historia, seguidas de preguntas abiertas sobre el mismo tema. También para apoyar el cuestionario de actitudes hacia la enfermedad mental, se usó solo una viñeta, la cual fué estructurada por el Instituto Mexicano de Psiquiatría y ya fué aplicada en un estudio junto con el cuestionario mencionado.

Se recibió el apoyo y asesoramiento del Instituto Mexicano de Psiquiatría, através de una investigadora en comunidades, para el diseño de este instrumento.



C A P I T U L O V

METODOLOGIA

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Tomando en cuenta la situación que prevalece en la comunidad referente a las actitudes hacia el enfermo mental, se consideró de importancia la investigación de estas actitudes a fin de lograr establecer un marco de referencia sobre el cual se puedan plantear y promover soluciones dentro de la misma comunidad, en cuanto a la salud mental de sus integrantes.

Para implementar programas de prevención y/o atención de las enfermedades mentales, es necesario conocer la problemática y sobre todo, las actitudes de las personas ante estos enfermos, ya que de esta manera se sabrá cuáles son las direcciones a seguir para la obtención de mayores beneficios dentro de este campo de la salud mental en nuestro país.

Asimismo, se considera que el trabajo que desarrolla el psicólogo en la comunidad, aún es bastante desconocido en todos los medios y que se trata de establecer ciertos lineamientos -- que guíen el trabajo comunitario y como actualmente aún existe-



un alto porcentaje de la población que desconoce los servicios - que presta un psicólogo clínico, ya que dentro de la misma profesión hay incongruencia de opiniones, se cree que los datos obtenidos aporten ciertos indicadores sobre los cuales se pueda ir - logrando el establecimiento formal de la psicología comunitaria - y todas las implicaciones que conlleva.

2. OBJETIVOS.

a)- Generales:

Investigar las actitudes de la comunidad hacia el enfermo mental y hacia el rol del psicólogo.

b)- Específicos:

Determinar las variables que se agrupaban en factores - para estudiar las actitudes de la comunidad hacia el enfermo mental; por otro lado, encontrar si existían diferencias significativas entre las variables y las actitudes de la comunidad.

Investigar la relación entre las variables utilizadas - a fin de conocer las actitudes de la gente hacia el rol del psicólogo, es decir, hacia su tarea y el ejercicio de su profesión - dentro de la comunidad.

Específicamente se estudian e investigan las actitudes



de la comunidad de la colonia Ruiz Cortines, trabajando conjuntamente con los programas de investigación del Centro Comunitario - de la Facultad de Psicología de la UNAM, ubicado en dicha colonia.

3. HIPOTESIS.

Hi₁ Las actitudes de la comunidad hacia el enfermo mental - son de aceptación.

Ho₁ Las actitudes de la comunidad hacia el enfermo mental - son de rechazo.

Hi₂ Las actitudes de la comunidad hacia el rol del psicólogo son de conocimiento de la labor que éste desarrolla.

Ho₂ Las actitudes de la comunidad hacia el rol del psicólogo son de desconocimiento de la labor que éste desarrolla.

4. DEFINICION DE VARIABLES.

a) Variables dependientes:

Actitudes hacia la enfermedad mental

Actitudes hacia el rol del psicólogo

b) Variables independientes:



Edad

Sexo

Ocupación

Escolaridad

Edo. civil

Religión

c) Variable control:

Personas mayores de 18 años

5. DELIMITACION ESPACIAL.

La investigación se realizó en la colonia Ruiz Cortines de la Delegación de Coyoacán, D.F., con las características previamente mencionadas, siendo esta área de interés porque dicha col. cuenta ya con un centro comunitario que presta servicios de tipo psicológico a los habitantes de la zona.

6. DELIMITACION TEMPORAL.

La aplicación de los cuestionarios se llevó a cabo durante los meses de agosto y parte de septiembre de 1982.



7. TIPO DE ESTUDIO.

Por el tipo de investigación aplicada, se trata de un estudio confirmatorio.

8. TIPO DE DISEÑO.

Considerando que la conducta siempre es multicausada, que el comportamiento es el resultado de varias causas o variables, en esta investigación se usó un tipo de diseño factorial, donde se pueden analizar estadísticamente los resultados.

9. DISEÑO DE LA MUESTRA.

Para poder hacer inferencia estadística para poblaciones con características similares a las estudiadas en esta investigación, se decidió utilizar el muestreo probabilístico.

Para instrumentar el marco sobre el cual se iba a trabajar, se empleó el muestreo por conglomerados, definiendo como variables de interés: La actitud de la comunidad hacia la enfermedad mental y hacia el rol del psicólogo, como unidades primarias se utilizaron "manzanas" y como unidades secundarias "los individuos mayores de 18 años dentro de las manzanas".



Posteriormente, de cada manzana se seleccionaron al --
azar (muestreo aleatorio irrestricto sin reemplazo), 180 perso-
nas mayores de 18 años.

Tamaño de la muestra:

12 manzanas x 31 casas x 5 habitantes, en promedio = -
= 1800 habitantes.

$$n' = \frac{(Z_c)^2 s^2_y}{f^2}$$

$$n' = \frac{(2)^4 (.16)}{(.06)^2}$$

$$n' \simeq 180$$

$$s^2_y = Np(1-p) \frac{1}{N-1}$$

donde:

$$p^* = .80$$

* Estos puntajes fueron resultados de un estudio pre-
vio al diseño de la muestra, en el cual se observó que el --
80% tenía una actitud de colaboración para responder a los -



$$q = .20$$

$$N = 1800 \text{ (12 manz. } \times \text{ 31 casas } \times \text{ 5 hab. } = \text{ 1800)}$$

$$Z_c = 95.45\%$$

$$\delta^{**} = 6\%$$

10. PROCEDIMIENTO.

Se aplicaron los dos cuestionarios a un integrante de la familia, mayor de 18 años, procurando trabajar con hombres y mujeres de diferentes edades, aunque esto muchas veces no pudo ser posible ya que se encontraba la mayoría de las veces, sólo al ama de casa. Cuando en los lotes seleccionados se negaban a contestar los cuestionarios o estaban ausentes, se pasaba a las casas inmediatas que no habían sido escogidas previamente, siempre consultando el croquis de la manzana.

En cada una de las casas se hacía una presentación como representantes del Centro Comunitario de la Facultad de Psicología de la UNAM., ubicado en Teolole, Manzana 27, Lote 5 en esa misma Colonia y se pedía la colaboración para llevar a cabo este estudio.

cuestionarios, instrumentos de esta investigación.

** Se observó que el 6% de la población vacilaba al contestar los cuestionarios.



Se entregaba el cuestionario y lápiz, así como folletos informativos de los servicios que presta el Centro. En muchas casas el entrevistado contestaba por sí solo el cuestionario, en otras ocasiones se les leían cada una de las preguntas y se escribía la respuesta. Después de la aplicación del cuestionario, se aclaraban dudas o preguntas acerca de algunos problemas específicos o información adicional que se solicitara.

Cada aplicación individual de los dos instrumentos se llevaba un mínimo de 50 minutos y un máximo de 1 hora, 15 minutos, utilizando un total de 30 días para la realización de este trabajo de campo.

Se considera que la muestra incluye representantes de ambos sexos, de diferentes edades y niveles socioculturales, -- todos habitantes de la colonia Ruiz Cortines.

La muestra final consistió en 180 entrevistados, los -- cuales contestaron los dos instrumentos; el cuestionario de las actitudes hacia la enfermedad mental y el que investiga las acti-- tudes hacia el rol del psicólogo.

Es importante mencionar que en general, los entrevista-- dos colaboraron, mostrando interés y cooperación durante la apli-- cación de los instrumentos.



II. ANÁLISIS E INTERPRETACION DE LA INFORMACION.

a)- Análisis de los resultados del cuestionario de las actitudes hacia el enfermo mental.

a.1)- Análisis factorial:

El análisis estadístico se hizo por medio del Paquete-Computarizado SPSS Versión 8 (Social Statistical Package for the Social Sciences).

Dentro de esta investigación se usó el análisis factorial. Encontrándose 9 factores que se agruparon correctamente, con calificaciones arriba de .30*, los 4 primeros obtuvieron porcentajes de correlación bastante significativos.

La correlación que se observó entre las variables les permitió agruparse en factores y como ya se mencionó, se tomaron los pesos mayores a .30, tomando en cuenta las 52 variables que integran este análisis.

Se les asignaron a los factores los siguientes nombres, según las interacciones y la congruencia que hubo entre las variables que los integraron:

* Se seleccionó el .30 por tener un muestreo probabilístico, es decir, del cual se pueden hacer generalizaciones en pobla



Factor 1.-

Actitud restrictiva hacia el enfermo mental.

El porcentaje de contribución para explicar la actitud hacia el enfermo mental fué del 19.2%

Factor 2.-

Distribución de la ocupación según el sexo.

El porcentaje de contribución para explicar la actitud hacia el enfermo mental fué del 12.1%.

Factor 3.-

Actitud neutral hacia el enfermo mental.

El porcentaje de contribución para explicar la actitud hacia el enfermo mental fué del 10.8%

Factor 4.-

Consciencia del concepto de enfermedad mental.

El porcentaje de contribución para explicar la actitud hacia el enfermo mental fué del 6.9%.

Factor 5.-

Distribución de la escolaridad según la edad.

El porcentaje de contribución para explicar la actitud hacia el enfermo mental fué del 5.7%.

ciones similares.



Factor 6.-

Actitud de cambio hacia las instalaciones psiquiátricas.

El porcentaje de contribución para explicar la actitud-hacia el enfermo mental fué del 5.4%.

Factor 7.-

Integración del enfermo a la comunidad.

El porcentaje de contribución para explicar la actitud-hacia el enfermo mental fué del 5.0%

Factor 8.-

Conceptos ideológicos de la etiología de la enfermedad-mental.

El porcentaje de contribución para explicar la actitud-hacia el enfermo mental fué del 4.5%.

Factor 9.-

Manejo coercitivo del enfermo mental.

El porcentaje de contribución para explicar la actitud-hacia el enfermo mental fué del 4.2%.

FACTOR 1.

ACTITUD RESTRICTIVA HACIA EL ENFERMO MENTAL.

Analizando el factor 1 y las variables que lo integra--ron, se encontró que los puntos en común que unieron dichas va-



riables fueron principalmente, la restrictividad y la ideología de la salud igualmente negativas, es decir, que las 16 variables correlacionadas nos permiten aseverar que la actitud de la comunidad hacia el enfermo mental es de rechazo definitivo y que según estas agrupaciones, se puede concluir que realmente existe una actitud negativa de bastante peso entre los miembros de la comunidad hacia sus enfermos mentales y hacia todo lo que tenga que ver con ellos, como son: instalaciones, comunidades terapéuticas, el mismo proceso terapéutico, etc.

FACTOR 2.

DISTRIBUCION DE LA OCUPACION SEGUN EL SEXO.

Las variables sexo y ocupación se relacionaron en forma muy significativa, pero se considera que estos datos socioeconómicos salen de los alcances de esta investigación, quedando - - planteados a futuros estudios. Por tal motivo y al no existir suficiente información de la relación observada en este factor, no es posible interpretarlo más ampliamente.

FACTOR 3.

ACTITUD NEUTRAL HACIA EL ENFERMO MENTAL.

Dentro de este factor se agruparon variables un tanto dispersas, pero que al fin y al cabo nos confirman la existencia de recelo hacia el enfermo mental, aunque en este sector se ob--



servó cierta neutralidad, o sea inclinaciones ambiguas hacia el enfermo mental.

FACTOR 4.

CONSCIENCIA DEL CONCEPTO DE ENFERMEDAD MENTAL.

Se pudo observar que el rechazo fué disminuyendo a medida que bajaba el peso de las correlaciones, por lo que se puede afirmar que existen en la comunidad ciertos sectores que ya empiezan a sensibilizarse, a aceptar y a apoyar al enfermo mental para que se integre nuevamente a la sociedad.

FACTOR 5.

DISTRIBUCION DE LA ESCOLARIDAD SEGUN LA EDAD.

Escolaridad y edad, estas dos variables también se relacionaron significativamente, por lo que como se mencionó anteriormente en el factor 2, es importante investigar en futuros trabajos y encontrar el por qué de la relación de estas variables con la actitud hacia el enfermo mental. Se considera que también este factor sale de los alcances planteados en esta investigación.

FACTOR 6.

ACTITUD DE CAMBIO HACIA LAS INSTALACIONES PSIQUIATRI--



CAS.

Fué muy notable en este factor la observancia de que es del conocimiento popular la insalubridad y falta de funcionalidad de las pocas instalaciones psiquiátricas que existen, aceptando que ésto contribuye al asilo crónico de los enfermos, así como al proceso de institucionalización de los mismos.

FACTOR 7.

INTEGRACION DEL ENFERMO A LA COMUNIDAD.

Este factor tiene cierta relación con el factor 4, al indicarnos por un lado, que el rechazo es definitivo y que por otro, existen personas que apoyan la labor preventiva dentro de la comunidad, a fin de evitar la enfermedad mental o de reintegrar al enfermo mental a la misma. Se hace hincapié que las opiniones se inclinan hacia el lado negativo, existiendo sin embargo, cierta sensibilización hacia el trato del enfermo con benevolencia.

FACTOR 8.

CONCEPTOS IDEOLOGICOS DE LA ETIOLOGIA DE LA ENFERMEDAD-MENTAL.

Las dos variables que se agruparon en este factor indican que existe un gran desconocimiento de la posible etiología de la enfermedad mental, prevaleciendo la ideología popular mar-



cada por la ignorancia y la falta de información al respecto.

FACTOR 9.

MANEJO COERCITIVO DEL ENFERMO MENTAL.

Reforzando los resultados anteriores, aquí se observó -nuevamente el rechazo, aunque en forma más indirecta, hacia el -enfermo mental. Se observa una posición indiferente hacia estas personas.

a.2)- Análisis de varianza:

El siguiente análisis estadístico que se realizó en este estudio fué el análisis de varianza, para lo cual se plantearon las siguientes hipótesis en los análisis que se pudieron -comprobar.

Benevolencia y ocupación.

Hi Sí hay diferencia significativa entre la actitud de benevolencia hacia el enfermo mental y la ocupación.

Ho No hay diferencia significativa entre la actitud de benevolencia hacia el enfermo mental y la ocupación.

Variabla dependiente: Benevolencia



Variable independiente: Ocupación

En este caso se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la nula, dado que se obtuvo una $F = 4.187$ y $1 - \alpha = 0.001$, indicándonos ésto que la ocupación interviene en la formación de la actitud hacia el enfermo mental y siendo que en los datos socioeconómicos se observa que los estudiantes de ambos sexos tienen una actitud diferente a la de los adultos, que 98 mujeres se dedican al hogar y que 12 hombres son empleados, se cree que existe más relación entre la ocupación de las mujeres y su actitud benevolente hacia los enfermos, pudiendo ser una actitud maternal hacia ellos; y en los estudiantes y empleados, por tener mayor información y conocimiento sobre las enfermedades mentales.

Ideología de la salud y ocupación.

- Hi Si hay diferencia significativa entre la ideología de la salud y la ocupación.
- Ho No hay diferencia significativa entre la ideología de la salud y la ocupación.

Variable dependiente: Ideología de la salud

Variable independiente: Ocupación

Aceptando la hipótesis alterna, dado que se obtuvo una-



$F = 2.285$ y $1 - \alpha = 0.038$, se puede decir, como ya se observó en el análisis anterior, que las actitudes hacia el enfermo mental varían según la ocupación de la gente. Aquí se puede observar que prevalece una ideología determinada hacia el enfermo mental, marcada por la ocupación y esto se puede confirmar, al saber que dependiendo del grado de estudios se establece la ocupación de cada persona y que no es la misma concepción la de un comerciante que la de un estudiante de preparatoria en lo que respecta al concepto de enfermedad mental.

Restrictividad social y ocupación.

- Hi Si hay diferencia significativa entre la restrictividad social y la ocupación.
- Ho No hay diferencia significativa entre la restrictividad social y la ocupación.

Variable dependiente: Restrictividad social

Variable independiente: Ocupación

Aceptando la hipótesis alterna, dado que se obtuvo una $F = 6.664$ y $1 - \alpha = 0.001$, se puede decir que también la actitud restrictiva hacia los enfermos mentales se relaciona con la ocupación por las interpretaciones antes mencionadas.



Se considera de importancia mencionar que todas las variables fueron incluidas en este análisis de varianza y aquí solo se interpretan las más altamente significativas.

b)- Análisis de los resultados del cuestionario de las actitudes hacia el rol del psicólogo.

b.1)- Distribución de frecuencias:

Este cuestionario fué diseñado con el objeto de investigar la actitud de la comunidad hacia el rol del psicólogo.

Se diseñaron 21 preguntas de opción múltiple y 3 preguntas abiertas. Además se presentaron 3 viñetas, las cuales se tenían que leer y contestar preguntas relacionadas con las mismas, con el fin de investigar la actitud que la gente tiene hacia el psicólogo.

Los resultados siguientes son de las preguntas que tenían que contestar en primer y segundo lugar, según la selección de ayuda en caso de así requerirlo.



Primer lugar	% de casos
Amigo	46.1
Psiquiatra	45.6
Médico general	32.2

Cuadro 1

Segundo lugar	% de casos
Psicólogo	36.1
Psicólogo	28.9
Psicólogo	16.1

Cuadro 2

Analizando en primer lugar los porcentajes obtenidos en la primera opción que tuvieron los entrevistados, de seleccionar el tipo de ayuda preferida, se puede observar que no apareció la ayuda de tipo psicológica y en cambio, los porcentajes indican - que la mayoría de las personas acudirían a los amigos, al psi- - quiatra y al médico general.

Ya en segundo plano, después de la selección de ayuda - antes mencionada, se optó, como puede observarse en el cuadro nú- mero 2, que las personas mencionan al psicólogo como posible - - fuente de ayuda.

Un 96% de la gente contestó que sí debería haber psicó-



logos en la colonia para atender los trastornos nerviosos.

Un 55% contestaron que sí saben a donde dirigirse para consultar a un psicólogo.

Un 88.3% contestaron que creen que hay gente que necesita la ayuda de un psicólogo pero no se atreven a solicitarla.

Un 47.8% contestaron que no saben cuánto cobran los psicólogos, un 20% dijeron que es muy caro el asistir al psicólogo y un 17.8% mencionaron que los servicios de un psicólogo son - - accesibles.

El 47.8% dijeron que están en desacuerdo al pensar que los psicólogos algunas veces perjudican a la gente en lugar de - ayudarla. El 66.1% confían en el tratamiento que dan los psicólogos para resolver sus problemas.

El 32.2% dijeron que están en desacuerdo en que la gente pueda resolver sus problemas sin solicitar la ayuda de un psicólogo.

El 63.3% estuvieron en desacuerdo en aceptar que les daría pena que la gente se enterara que van a ver a un psicólogo. Sin embargo, el 70% observó que están en desacuerdo en creer -- que los psicólogos son seres "perfectos" que nunca tienen probleme



mas.

El 57.8% estuvieron en desacuerdo en pensar que sólo - las personas muy trastornadas son tratadas por un psicólogo.

El 68.3% estuvieron en desacuerdo en creer que es me--
jor evitar los contactos con los psicólogos.

El 46.1% mencionaron en primer lugar que la persona -- que realiza trabajos parecidos al del psicólogo es la trabajado ra social; mientras que el 26.7% mencionaron como segundo lugar que el psiquiatra es la persona que realiza trabajos parecidos- a los del psicólogo.

Un 66.1% consideran que los psicólogos son como los sa cerdotes, a quienes se les platican cosas que nadie debe saber- de una persona.

Al 82.2% les gustaría que algunas de las gentes que co nocen, visitaran a un psicólogo y expusieran sus problemas para que éste las orientara.

En la pregunta de la labor que realizan los psicólogos, el 48.3% contestaron que ayudan a resolver problemas personales, el 20% contestaron que se dedican a aplicar pruebas psicológi-- cas y el 15% que experimentan con animales.



El 80.6% consideran que los psicólogos tienen tantos -- problemas personales como toda la gente.

El 91.7% contestaron que sí les gustaría asistir a alguna plática de orientación. Relacionado con esta pregunta, 39.4% mencionaron preferir pláticas sobre temas generales de psicolo-- gía y el 15.6% pláticas sobre enfermedades mentales.

Los siguientes son los resultados de las preguntas ---- abiertas:

El 70% tienen una idea vaga de la labor del psicólogo, - el 13.3% desconocen la labor y el 11.1% no contestaron.

El 78.3% mencionaron como lugar de trabajo del psicólo-- go, las clínicas u hospitales, el 10% no contestaron y el 7.2% - en instituciones privadas.

Los siguientes son los resultados obtenidos en pregun-- tas abiertas sobre las viñetas que debían leer, previamente a la contestación:

Viñeta A1.

El 31.1% desconoce la patología del niño de la historia,



el 29.4% tiene leve idea y el 22.2% tienen una idea precisa de dicha patología.

El 42.8% tiene una vaga idea de la causalidad de la enfermedad del niño, el 30.6% tienen una idea precisa y el 17.2% desconocen.

El 93.9% consideran que el niño de la historia sí necesita ayuda, el 0.6% consideran que no necesita ayuda y el 5.6% no contestó. Relacionada con esta pregunta está también la justificación de la ayuda al niño de la historia, el 53.3% tienen una leve idea del tipo adecuado de ayuda que el niño necesita, el 17.8% tienen una idea precisa y el 13.9% desconocen.

En cuanto al pronóstico de recuperación o atraso de la enfermedad del niño, el 38.3% consideran buen pronóstico, el 25.6% mencionaron que el niño continuará igual y el 15.6% pronosticaron que el niño empeorará por no tener ayuda.

El 53.9% mencionaron no conocer a ningún niño parecido al de la historia, el 38.3% sí conocen a niños parecidos al de la historia y el 7.8% no contestó. Relacionado a esta pregunta, el 35% mencionó que no viven niños como el de la historia en su colonia; el 33.9% contestó que sí y el 31.7% no contestaron.

El tipo de consejo para un niño semejante al de la his



toria fué, que el 50% no mencionó una ayuda específica, el 24.4% no contestó y el 10% aconsejan que asistan a centros especiales.

Viñeta B1.

En relación a esta historia, los siguientes fueron los resultados obtenidos en preguntas abiertas.

Aparece el psicólogo como persona que podría ayudar a la muchacha de la historia con el 43.3%, el 18.9% prefieren al psiquiatra y el 11.1% otro tipo de asistencia.

El 65.6% mencionó como lugar de asistencia las clínicas, hospitales o centros de salud, el 12.8% no contestó y el 11.7% desconocen.

En cuanto a la identificación de la patología, el 47.2% tienen una leve idea de la identificación de la enfermedad, el 25.6% tienen una idea precisa de la enfermedad y el 16.7% desconocen.

Como pronóstico, el 37.2% predice que la muchacha mejorará con ayuda, el 21.1% que empeorará por no tener ayuda y el 16.7% mencionaron otras alternativas.



Viñeta B2.

En relación a esta historia, los resultados fueron los siguientes obtenidos a través de preguntas abiertas.

Como alternativa para solicitar ayuda, el 40.6% prefirieron al psicólogo, el 16.7% a otro tipo de ayuda y el 12.2% acudirían al Sacerdote.

En caso de solicitar otro tipo de ayuda similar a la del psicólogo, el 28.9% esbozaron otro tipo de ayuda, 17.8% no contestó y el 16.7% reafirmó que irían con el psicólogo.

En relación a la historia, el 68.9% mencionaron que el esposo no tiene razón al no querer buscar ayuda, el 18.3% no contestó y el 12.8% que sí tiene razón el esposo al no querer buscar ayuda.

En cuanto a la justificación de porque sí o porque no tiene razón el esposo de no solicitar ayuda, el 40% mencionó tener una idea leve, el 32.8% desconoce y el 16.7% no contestó.

Al tener una situación similar a la de la historia, el 38.9% mencionaron varias opciones no relacionadas con la historia, el 19.4% mencionaron que ellos mismos se ayudarían y el 17.2% buscarían la ayuda de un psicólogo.



Como puede observarse, la información que se está presentando es bastante amplia, por lo que se sugiere que podría ser tema de futuras investigaciones que podrían derivarse de los objetivos de este estudio.

b.2)- Cruce de variables (distribución χ^2 *, tablas de contingencia).

Selección de ayuda y el trabajo del psicólogo.

Hi Sí hay relación entre el acudir a un psicólogo y el nivel de conocimiento que se posea de la labor que és te desarrolla.

Ho No hay relación entre el acudir a un psicólogo y el nivel de conocimiento que se posea de la labor que és te desarrolla.

Aceptando la hipótesis nula, dado que se obtuvo una alta significancia como prueba de independencia de $1 - \alpha = 98\%$; lo que indica que la gente que integra la colonia Ruíz Corti--nes no está de acuerdo con recibir la ayuda psicológica porque sólo tienen una leve idea de las funciones que éste desempeña.

* Es una prueba de significancia estadística que ayuda a determinar si existe alguna relación entre dos variables.



Conocimiento tanto del lugar dónde acudir al psicólogo como del trabajo de éste.

Hi Sí hay relación entre el saber dónde consultar al psicólogo y el nivel de conocimiento que se posea de la labor que éste desarrolla.

Ho No hay relación entre el saber dónde consultar al psicólogo y el nivel de conocimiento que se posea de la labor que éste desarrolla.

Aceptando la hipótesis nula, dado que se obtuvo una alta significancia como prueba de independencia de $1 - \alpha = 99\%$; - lo que indica que la gente que integra la colonia Ruíz Cortines sí sabe a dónde asistir para consultar al psicólogo, sin embargo, no poseen una idea clara de las tareas que desempeña éste.

También se decidió incluir en estos resultados, otros análisis que aunque no obtuvieron porcentajes de significancia altos, son importantes de mencionar.

Ubicación del psicólogo en selección de ayuda y el conocimiento de su labor.

Se encontró que de la Comunidad Ruíz Cortines, sólo 25



gentes decidirían buscar la ayuda del psicólogo en primera instancia, en relación con otros profesionistas; mientras que 83 -- personas solicitarían la ayuda de un amigo en caso de requerirla; las otras gentes recurrirían a otros tipos de ayuda.

En segunda instancia, decidirían sólo 29 gentes buscar la ayuda del psicólogo entre otras alternativas; mientras que 43 personas prefirieron no contestar; los otros integrantes recurrirían a otros tipos de ayuda.

En ambos casos se encontró que la gente tiene una leve idea de la labor que realiza el psicólogo.

Ayuda para el enfermo mental y el conocimiento del trabajo del psicólogo.

Se encontró que de la Comunidad Ruíz Cortines, sólo 65 gentes decidirían acudir al psicólogo en primera instancia, en relación con otros profesionistas; mientras que 82 gentes se harían curar por el psiquiatra, las otras personas recurrirían a otros tipos de ayuda.

Teniendo otras alternativas, el psicólogo fué seleccionado en segunda instancia por 65 gentes; mientras que sólo 39 se harían curar por el médico general; las otras gentes recurrirían



a otros tipos de ayuda.

En ambos casos se encontró que la gente tiene una leve idea de la labor que realiza el psicólogo.

Aceptación del psicólogo en la Comunidad Ruíz Cortines y conocimiento de la labor que éste realiza.

Se encontró que de la Comunidad Ruíz Cortines, 173 gentes aceptarían la presencia de psicólogos en la colonia y que -- 123 de las personas tienen una leve idea de las funciones que -- desempeña el psicólogo.

Selección de ayuda en casos de problemas nerviosos y el conocimiento de la labor del psicólogo.

Se encontró que de la Comunidad Ruíz Cortines, sólo 41 gentes decidirían buscar la ayuda del psicólogo en primera instancia, en relación con otros profesionistas; mientras que 58 -- gentes buscarían la ayuda del médico general.

Teniendo otras alternativas, el psicólogo fué seleccionado en segunda instancia por 52 gentes; mientras que sólo 41 -- personas buscarían la ayuda del médico general.



En ambos casos se encontró que la gente tiene una leve-idea de la labor que realiza el psicólogo.

c)- Análisis de los datos socioeconómicos.

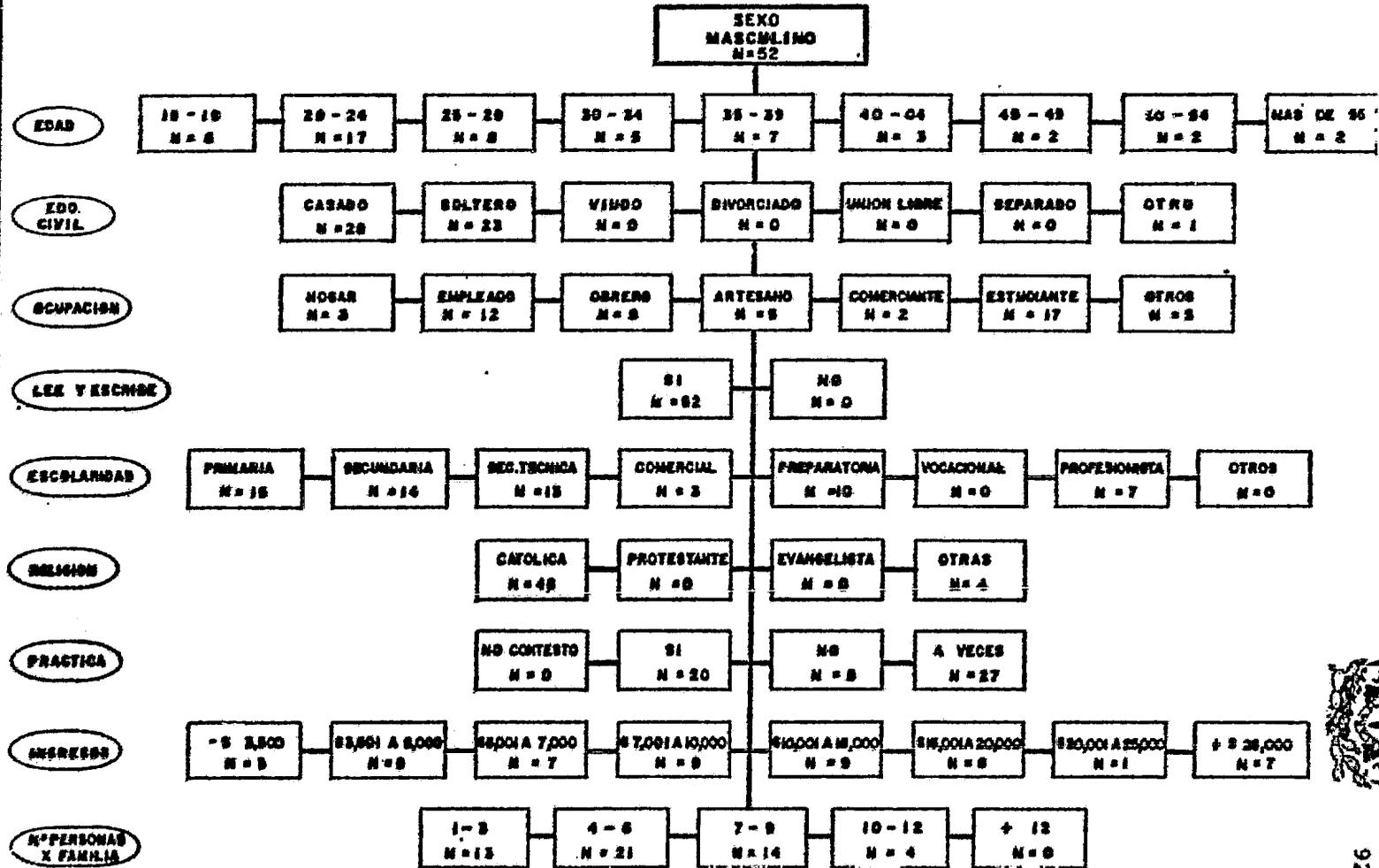
Se propuso aplicar el mismo número de cuestionarios para hombres que para mujeres, pero no fué posible encontrar la misma cantidad de hombres y mujeres debido a la ausencia muchas veces del hombre en la casa. Se pudieron aplicar 128 cuestionarios a personas del sexo femenino y 52 cuestionarios a personas del sexo masculino, obteniéndose los siguientes datos socioeconómicos:

La edad de los respondentes se distribuyó como sigue:

Edad	Hombres	Mujeres
de 18 a 19 años	6	15
de 20 a 24 años	17	21
de 25 a 29 años	8	17
de 30 a 34 años	5	23
de 35 a 39 años	7	11
de 40 a 44 años	3	13
de 45 a 49 años	2	7
de 50 a 54 años	2	11
más de 55 años	2	10

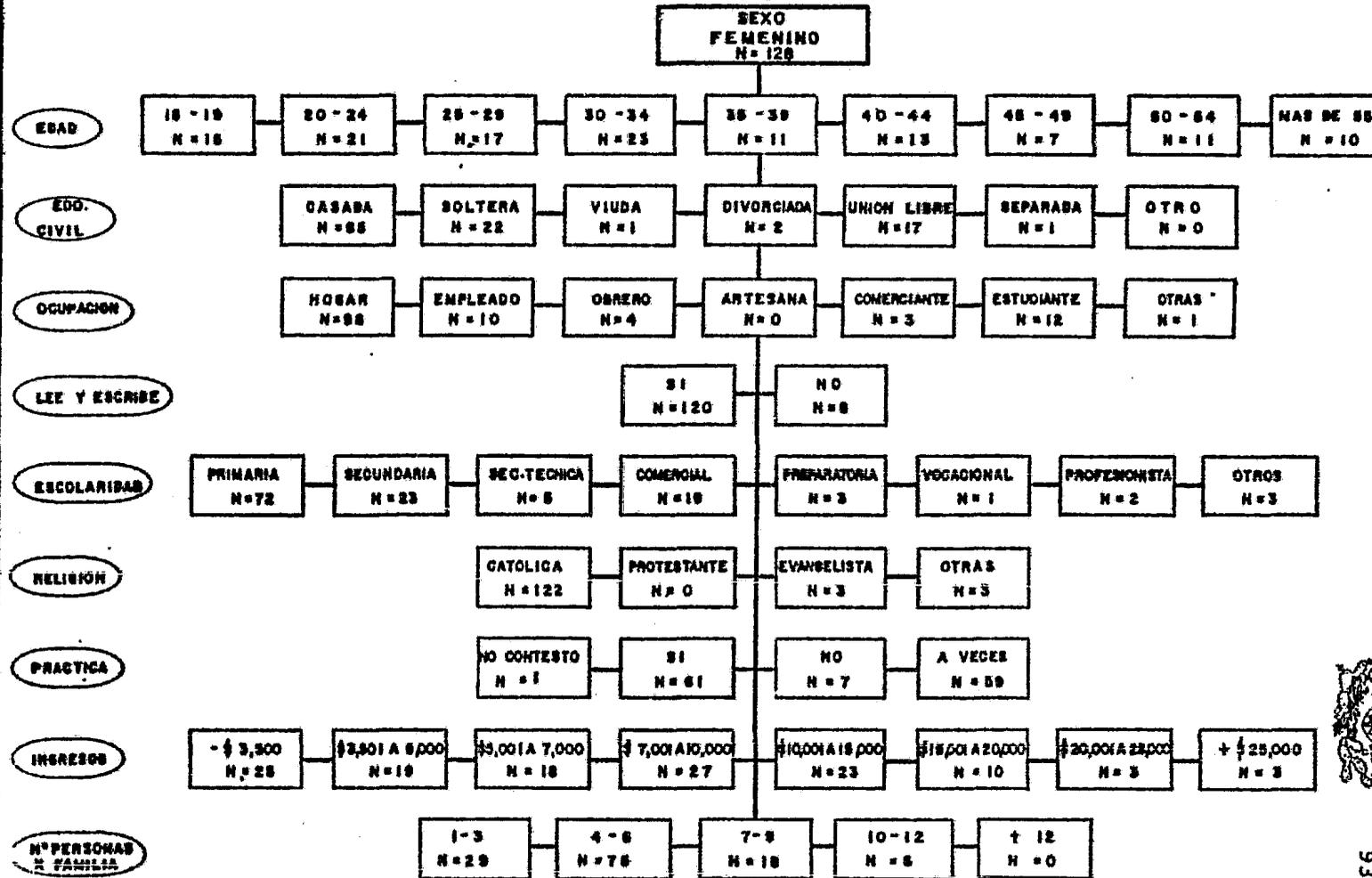
Cuadro 4

SEGMENTACION DE LAS VARIABLES SEXO CON EDAD, EDD CIVIL, OCUPACION, ESCOLARIDAD, RELIGION, INGRESOS E INTEGRANTES EN LA FAMILIA.



CUADRO 8

SEGMENTACION DE LAS VARIABLES SEXO CON EDA, EDO. CIVIL, OCUPACION, ESCOLARIDAD, RELIGION, INGRESOS E INTEGRANTES EN LA FAMILIA.



CUADRO 7



De las 128 mujeres, 85 son casadas, 22 solteras, 1 viuda, 3 divorciadas y 17 viven en unión libre.

De los 52 hombres, 28 son casados y 23 solteros.

Del total de mujeres, 98 se dedican al hogar, 12 son empleados, 8 obreros, 5 artesanos, 2 comerciantes, 17 estudiantes y 5 realizan labores no específicas.

120 de las mujeres saben leer y escribir, sólo 8 no saben leer y escribir; en comparación, todos los hombres saben leer y escribir, es decir los 52.

La escolaridad se observó como sigue:

Escolaridad	Hombres	Mujeres
con primaria	15	72
con secundaria	14	23
con secundaria téc.	3	5
con comercio	3	19
con preparatoria	10	3
con vocacional	0	1
con profesional	7	2
otra no especificada	0	3

Cuadro 5



La religión de las 122 mujeres es católica, 3 evangelistas y 3 tienen otras religiones. De las mismas, 61 practican su religión, 7 no la practican, 59 sólo a veces y 1 no contestó.

La religión de los 48 hombres es católica y 4 tienen -- otras religiones. De los mismos, 20 practican su religión, 5 no la practican y 27 sólo a veces.

Los ingresos de las mujeres es el siguiente: 25 mujeres ganan hasta \$3,500.00, 19 mujeres ganan entre \$3,501.00 y -- \$5,000.00, 18 mujeres ganan entre \$5,001.00 y \$7,000.00, 27 mujeres ganan entre \$7,001.00 y \$10,000.00 y 23 mujeres ganan entre \$10,001.00 y \$15,000.00, 10 mujeres ganan entre \$15,001.00 y -- \$20,000.00, 3 mujeres ganan entre \$20,001.00 y \$25,000.00 y 3 mujeres perciben sueldos arriba de \$25,000.00

Los ingresos de los hombres es el siguiente: 3 hombres ganan hasta \$3,500.00, 8 ganan entre \$3,501.00 y \$5,000.00, 7 -- hombres ganan entre \$4,001.00 y \$7,000.00, 9 hombres ganan entre \$7,001.00 y \$10,000.00, 9 hombres ganan entre \$10,001.00 y -- \$15,000.00, 8 hombres ganan entre \$15,001.00 y \$20,000.00, 1 hombre gana entre \$20,001.00 y \$25,000.00 y 7 perciben sueldos de -- arriba de \$25,000.00

29 del total de mujeres tienen de 1 a 3 integrantes en la familia, 75 de las mujeres tienen de 4 a 6 integrantes en la-



familia, 18 mujeres tienen de 7 a 9 integrantes en la familia y 6 mujeres tienen de 10 a 12 integrantes en la familia.

13 de los hombres tienen de 1 a 3 integrantes en la familia, 21 hombres tienen de 4 a 6 integrantes en la familia, 14 hombres tienen de 7 a 9 integrantes en la familia y 4 hombres -- tienen de 10 a 12 integrantes en la familia.

De lo anterior se deduce que se tiene una población con las siguientes características:

- . Adulta joven
- . Clase baja
- . Con un promedio de 5.6 integrantes en la familia
- . Nivel cultural corresponde a educación primaria
- . Se observa un alto grado de religiosidad católica
- . Tipo de familia: integrada
- . La vivienda como se trata de una colonia poblada inicialmente por invasiones, se observa que las casas -- son propias, construidas en su mayoría con materiales rústicos (láminas, tabicón, madera, etc.) y sólo algunas casas de construcción definitiva.



12. ALCANCES Y LIMITACIONES DE LA INVESTIGACION.

a)- Alcances.

En general, se puede decir que se cumplieron los objetivos que inicialmente se habían planteado en esta investigación;-- habiéndose aplicado todos los cuestionarios (180), incluyendo -- los dos aspectos: actitudes hacia la enfermedad mental y hacia el rol del psicólogo.

Además se considera que los resultados obtenidos fueron probabilísticamente fuertes para poder generalizarlos a poblaciones similares. En cuanto a las interrelaciones encontradas en los aspectos socioeconómicos y a los datos arrojados por el cuestionario del rol del psicólogo, se cree que pueden servir de base a otras investigaciones más concretas sobre estos aspectos; -- logrando através de esto, obtener amplias informaciones y aportaciones dentro del campo de la salud mental y fundamentalmente a la implementación de programas de prevención e intervención en la población, mediante los centros comunitarios y equipos interdisciplinarios de los trabajadores de este campo.

Es importante mencionar como un logro también el haber contado con la amplia colaboración de los vecinos de la colonia Ruíz Cortines durante la aplicación de los cuestionarios, pudiéndose observar un alto interés en lo que a servicios psicológicos



se refiere.

Dado que no existe bibliografía en español sobre el tema de estudio, fué necesario traducir artículos considerablemente interesantes para esta investigación, lo cual se considera -- como una importante aportación el acceso que pueda tenerse a esta información.

b)- Limitaciones.

En realidad, se detectó que en el desarrollo de la investigación, pocas fueron las limitaciones u obstáculos encontrados para la consecución de los objetivos iniciales de la investigación; pudiendo mencionar como un único inconveniente, el no haber podido encontrar el mismo número de hombres y de mujeres, ya que como se puede observar, prevalecieron las personas del sexo femenino, aún cuando era de nuestro interés el tener el mismo número de aplicaciones a hombres y mujeres. Se cree que ésto se debió principalmente a la generalidad de encontrar en la mayoría de las ocasiones, sólo al ama de casa, debido a que los hombres generalmente son el sostén de la casa y se encuentran laborando, aún en fines de semana.



C A P I T U L O VI

DISCUSION

El problema de las actitudes ante la enfermedad mental puede reconocerse como un asunto relevante de salud pública.

El conocimiento de las actitudes públicas tiene una importancia directa para aquellos cuya tarea es operar y evaluar la prevención primaria, la intervención primaria y el tratamiento en la comunidad, es decir, los programas que se hacen para los enfermos mentales.

Basándose en resultados obtenidos en diversos estudios, principalmente realizados en los Estados Unidos, se podría establecer cierta relación con los datos y conclusiones que se ob-servan en esta investigación.

La falta de predicibilidad parece ser una piedra fundamental de las actitudes públicas hacia las personas seriamente alteradas, a causa de que el comportamiento impredecible es - - asustante y rompe irracionalmente mucha de la maquinaria de la sociedad que se dedica a convertir el comportamiento de los individuos en predecible para los demás.



En este estudio, se observó marcadamente la actitud restrictiva hacia el enfermo mental, es decir, que la comunidad estudiada no ve con agrado a los enfermos mentales y que no creen que la enfermedad mental sea una enfermedad transitoria; por tal motivo, toman una distancia social hacia estas personas, pudiéndose confirmar diversos estudios citados anteriormente, en que se observa que en general, la enfermedad mental tiende a repelex a la mayor parte de la gente al mismo tiempo que se estigmatiza a las personas con padecimientos mentales, ubicándolos de esta manera al margen de toda actividad, ya sea social, cultural, política, educativa u ocupacional.

Por otro lado, en otros sectores de la población estudiada, se nota ambigüedad hacia el enfermo mental, pudiéndose observar que como en otros estudios, los encuestados están menos dispuestos a expresar sentimientos negativos hacia los enfermos mentales, pero todavía se les ve a éstos como compañeros indeseables.

Whatley (1956), encontró en los resultados de su investigación que en general, las tendencias a evitar o restringir la interacción social con ex-pacientes, surgían más probablemente en situaciones de cercanía, mientras que las actitudes de aceptación social eran mayores en situaciones relativamente impersonales.



En la presente investigación se observaron varios factores que confirmarían lo anterior, ya que se detectó una actitud neutral ante los enfermos mentales, relacionada con la conciencia del concepto de enfermedad mental y la actitud de aceptación para la integración del enfermo a su comunidad.

Asímismo, los datos obtenidos en este trabajo indican que en ciertos sectores de la comunidad ya existe sensibilización y conciencia de la importancia de la reintegración de los pacientes a su comunidad.

Al respecto podemos mencionar que en Estados Unidos, ya desde la década de los 60's, cada vez más los encuestados identificaban descripciones de historias de casos como enfermos mentales y que el deseo de mantener una distancia social hacia los -- ex-pacientes, parecía estar disminuyendo, aún cuando el estigma permanecía.

Ya en 1972, Crocetti resumía: "El público ha aprendido a identificar la enfermedad como tal, y la atención médica para la enfermedad mental está garantizada y la gente no pone una distancia social medible entre ellos mismos y los enfermos mentales": ante esto, podemos citar los resultados de esta tesis en cuanto a los conceptos ideológicos de la etiología de la enfermedad mental, en donde se indica que existe en nuestra comunidad de interés, un desconocimiento considerable de la etiología de -



la enfermedad mental, prevaleciendo la falta de información al respecto. Por lo que se ha considerado reiteradamente en este estudio, la elaboración e implementación de programas auténticos, no copias de otros países, a fin de adecuarlos a las necesidades de nuestra comunidad, dándole la importancia que requiere el tener la información sobre salud mental para que el público participe y manifieste sus demandas y al mismo tiempo sepa como encauzarlas, teniendo para ello las directrices marcadas previamente. Aquí es donde residen principalmente los aspectos preventivos -- que Gerald Caplan establece y que son indispensables para la intervención satisfactoria de los programas comunitarios y así "reducir (1) la frecuencia en una comunidad, de los trastornos mentales de todo tipo (prevención primaria), (2) la duración de un número significativo de los trastornos mentales que se presentan (prevención secundaria) y (3) el deterioro que puede resultar de aquellos trastornos (prevención terciaria)".

Con respecto a los datos socioeconómicos manejados en esta investigación, como son la relación entre el sexo y la ocupación, la escolaridad y la edad, se puede afirmar que son indicadores bastante importantes que requerirán de estudios más específicos que esclarezcan estas relaciones.

Sin embargo, podemos citar algunos datos de otros estudios que sí contemplaron estos aspectos: Freeman observó que parecería que otros agentes de socialización aparte del sistema-



formal de educación, tienen efectos diferenciables en los jóvenes y viejos con respecto a las actitudes sobre enfermedad mental.

Entre más baja es la clase, mayor es el sentimiento de temor y resentimiento de culpa y vergüenza.

Otros estudios sugirieron que las actitudes parecen estar determinadas grandemente por la edad, educación, clase social y educación.

En esta investigación se puede observar que las actitudes de benevolencia y de ideología de la salud se relacionaron con la ocupación, confirmando de alguna manera que la clase social ha sido vista por mucho tiempo como un determinante de la tolerancia pública hacia la desviación. Aún los profesionales de la salud mental tienen actitudes más positivas hacia los pacientes de la clase superior, que hacia aquellos de la clase baja.

En la relación de restrictividad social y ocupación también se observa que existe relevancia entre estos dos aspectos, pudiendo citar: "Que entre más viejo es el individuo, más poca simpatía, tolerancia, mayor rechazo y distancia serán sus actitudes hacia el enfermo mental". En este estudio una gran parte de los encuestados fueron mujeres, por lo que la ocupación que pre-



dominó fué de amas de casa, debido a ésto, se considera que dicha ocupación determina en mucho las actitudes que se observaron en este trabajo, principalmente las actitudes negativas, - además que la escolaridad recayó en el nivel primario, pudiendo indicar que también este aspecto es un determinante para el establecimiento de las actitudes desfavorables hacia el enfermo mental.

Existe en diversos países toda una reforma ante la -- inoperancia de los hospitales psiquiátricos, y se puede decir - que estos asilos contribuyen enormemente a la cronicidad e institucionalismo de los pacientes, impidiendo su reincorporación a la sociedad. Corroborando lo anterior, los participantes en esta investigación, consideraron a los hospitales psiquiátricos como cárceles y lugares insalubres, y desafortunadamente esta - opinión es generalizada y además fácil de observar.

El rol social que se le adjudica a los psicólogos es un rol difuso, puesto que el medio social que posee algún tipo de conocimiento del trabajo del psicólogo, espera que este profesional esté capacitado tanto para curar una enfermedad mental como para resolver problemas que se presentan cotidianamente; y siendo que el psicólogo no se encuentra preparado para satisfacer las expectativas y demandas de la gente, se hace necesario contar con una formación sólida y específica que de alguna manera cubra las necesidades de la comunidad.



En este trabajo se enfatizó la importancia de la labor que debiera de realizar el psicólogo dentro de la comunidad; -- "el psicólogo clínico tendría una responsabilidad directa con la salud mental de un paciente, mientras que el psicólogo comunitario tiene la responsabilidad del bienestar de una población con la que en su mayor parte no tiene contacto personal"; por eso la importancia del conocimiento previo de la situación de la comunidad a la que se le pretendan implementar programas, ya que el desconocimiento del tipo de necesidades prevalecientes en ella, comunmente lleva al fracaso a cualquier tipo de programas o intervenciones por más sofisticadas que éstas parezcan.

Por lo anterior, se considera que esta investigación -- aún cuando no se abocó a conocer profundamente la respuesta de la gente a la labor del psicólogo, con los elementos disponibles, sí se pueden emprender trabajos precisos que conlleven al establecimiento de verdaderas acciones comunitarias.

El estrato social es una variable que se ha manejado -- en otros estudios con respecto a la ayuda de tipo psicológico; -- según Hollingshead y Redlich (1958), "un estrato social más bajo se asocia con mayor conocimiento sobre psicólogos y tratamiento psicológico, mayor disposición a buscar ayuda de este tipo y mayor competencia para arreglárselas con ello. Se encontró que en capas sociales más bajas es mayor la falta de información, la resistencia y algunas veces el antagonismo abierto



hacia este tipo de intervención".

Esto puede deberse a la etiqueta con que se marca a una persona cuando se conoce que consulta a un psicólogo.

Dentro de los resultados obtenidos se observó que la comunidad no posee un concepto claro y preciso de la labor que realiza el psicólogo y que la percepción que existe entre el común de la gente, es muy difusa.

En cuanto al lugar en dónde obtener los servicios de un psicólogo, se observa que la mayoría de los encuestados se inclinó a contestar que en clínicas, hospitales o centros de salud. Sin embargo, la consulta particular no se menciona.

A pesar de tener una actitud de aceptación hacia el psicólogo de una manera indirecta, al tratarse de situaciones que involucren relaciones interpersonales más estrechas, las personas tomarán distancia. Esto debido posiblemente, a la falta de información y al temor del estigma con que se acostumbra marcar a las gentes que buscan ayuda de este tipo.

Como Halpert (1969), notó que: "ahora como antes, la gente se vuelve hacia los miembros del clero, el médico familiar, los parientes y amigos, antes de recurrir a una consulta psicológica o psiquiátrica".



Esto fué muy notable en los datos obtenidos en esta investigación, que realmente no se acude en busca de ayuda psicológica, aún cuando se conozca donde encontrarla, sino que antes se visitan amigos, médico general o sacerdotes.

Al respecto, los amigos se ubicaron definitivamente como los preferidos de la gente cuando se trata de buscar ayuda para resolver problemas; después aparece el psiquiatra cuando se trata de la atención de trastornos mentales más específicos. El sacerdote también fué ubicado en algunos casos como el que en determinado momento podría orientar y prestar ayuda. El médico general, apareció como un mediador entre los demás profesionistas-mencionados, cuando se consideró la selección de ayuda para trastornos mentales.

Como indican los datos antes mencionados, el psicólogo no apareció como posible fuente de ayuda y en cambio, fueron elegidas las otras alternativas; ya como segunda opción se ubica al psicólogo como persona que podría intervenir en dichos casos.

Es importante mencionar que también puede existir resistencia de la gente para seleccionar el tipo de ayuda, ya que se observó que en las preguntas relacionadas con este aspecto, sus respuestas fueron muy ambigüas o se esquivaba la respuesta, pudiendo deberse probablemente, a la falta de información e ignorancia del tema.



Los datos indican que un gran número de personas relacionaron el trabajo que realiza el psicólogo con el de la trabajadora social, encontrando similitud entre ambos. Un pequeño porcentaje de los encuestados relacionaron las actividades del psicólogo con las del psiquiatra y con las del sacerdote.

Esta información apoya el desconocimiento que existe entre la población del trabajo que realiza un psicólogo, cuestión que se ha venido observando a través del análisis de estos resultados.

Asimismo, se detectó una actitud abierta y de aceptación al establecimiento de servicios psicológicos en su propia comunidad (Col. Ruíz Cortines), teniendo de esta manera accesos fáciles a estos servicios. Sin embargo, es importante mencionar una vez más, que en este caso, se trata de situaciones que no involucran directamente a la gente.

Otros datos, indicaron que realmente existe necesidad de estos servicios en la colonia, ya que el porcentaje mencionado de casos que requieren atención de tipo psicológica es bastante alto y la mayoría de las personas está de acuerdo en recibir orientaciones y participar en otras actividades de tipo preventivo que se promuevan en esa comunidad.

Dado que se observó que la gente, aún sin conocer el -



tipo de tratamiento y los beneficios que pudieran obtener del -- trabajo de los psicólogos, contestaron, la gran mayoría, que sí confiarían en este profesional. Aquí se puede decir que esta si tuación de alguna manera, indica que en la comunidad existe gran demanda de atención y de ayuda en diversos aspectos.

Resumiendo, se puede decir, que la obtención de los resultados nos llevó a confirmar las hipótesis planteadas; en primer lugar, se logró vislumbrar la actitud de la comunidad hacia el enfermo mental, siendo esta en su mayor parte de rechazo; -- asimismo, el estudio acerca de las actitudes hacia el rol del -- psicólogo, arrojó datos de importancia que se cree podrán servir de indicadores para la planeación de programas de prevención e -- intervención en la comunidad, así como también servirán de apoyo para quienes deseen ampliar o realizar estudios más específicos.

También se considera que es de gran importancia el ha-- ber logrado relacionar estas actitudes con los datos socioeconómicos, lo cual abre amplias posibilidades de estudio, al obser-- varse que estos aspectos determinan invariablemente las actitu-- des de la comunidad.



C A P I T U L O VII

CONCLUSIONES

Según las hipótesis planteadas inicialmente, se puede concluir lo siguiente:

Aceptando las hipótesis nulas, se pudo observar a través de los resultados obtenidos que las actitudes de la comunidad hacia el enfermo mental son de rechazo.

En el segundo planteamiento hipotético, se concluye -- que existe entre la comunidad desconocimiento de la labor que -- realiza el psicólogo.

Según el desarrollo de este trabajo, varios fueron los aspectos que surgieron durante el tratamiento estadístico de la información; entre ello es importante mencionar las hipótesis no consideradas inicialmente, que fué necesario plantear al realizar el análisis de varianza, encontrando que sí existe diferencia significativa entre la actitud benevolente de la gente hacia el enfermo mental y su ocupación.

En cuanto a la ideología de la salud también se obser-



vó que sí hay diferencia entre esta actitud y la ocupación de -- las gentes de la comunidad.

Asimismo, sí se observó diferencia significativa entre la restrictividad social y la ocupación.

Es notorio que la ocupación marcó en forma bastante relevante las actitudes de la gente hacia el enfermo mental; por lo que concluimos que en esta investigación, la ocupación determinó las actitudes de la gente hacia el enfermo mental.

Por otro lado, existen pequeños sectores de la comunidad en estudio que aceptan al enfermo mental, pero siempre y -- cuando no se establezcan relaciones interpersonales que impli- - quen mayor cercanía.

También encontramos que existe desconocimiento acerca de la etiología de la enfermedad mental pero hay aceptación entre la población hacia la ubicación de instalaciones psiquiátricas dentro de su comunidad.

Con respecto a las actitudes investigadas hacia el -- rol del psicólogo, podemos concluir lo siguiente:

Hay un desconocimiento considerable acerca de la labor que realiza el psicólogo.



No existe aceptación hacia el consultar a este profesionalista en casos de existir problemas; se observó que los amigos, médico general, psiquiatras y sacerdotes están prioritariamente antes que el psicólogo entre la preferencia de la gente. - Posiblemente por la falta de información acerca de la labor del psicólogo y en otros casos, por el temor a la asignación de la etiqueta de "loco" o "enfermo mental", con que usualmente llama la gente a las personas que acuden a solicitar este tipo de - - ayuda.



APORTACIONES

La contribución de esta tesis al campo de la psicología clínica sería que a través de los datos obtenidos se realizaran otras investigaciones constituidas por modelos que incluyeran las variables que fueron importantes en esta investigación, como son: la ocupación, el sexo, la escolaridad, la edad, estado civil, religión y estrato socioeconómico, ya que en los resultados de este trabajo fué notable que dichas variables determinaron las actitudes tanto para el enfermo mental como hacia el rol del psicólogo y de esta manera desarrollar teorías propias que beneficien realmente a los enfermos mentales y a la población en general en nuestro país.

Para no ser repetitivas, sólo queremos hacer constar que las posibilidades de investigación son enormes y que la comunidad está en espera de acciones e intervenciones serias que los conduzcan a la consecución del establecimiento y equilibrio del campo de la salud mental y de sus profesionales.

Consideremos que hasta la fecha, el psicólogo no ha tenido la oportunidad de poder difundir a través de los diversos medios de información, las áreas y actividades en las que puede participar, y así como se emprenden campañas propagandísticas acerca de la prevención o tratamiento de diversas enfermedades-



y que a su vez incluyen al profesionista indicado para atender--- las; así, la psicología necesita de un empuje que la lleve a coloarse dentro del conocimiento popular y de esta manera poder ex-- tender este tipo de servicios a un número cada vez mayor de usua-- rios.

Es importante hacer hincapié que para lograr lo antes -- mencionado, el psicólogo deberá estar preparado para poder enfren-- tar con elementos y con una formación sólida y seria, las deman-- das que en algún momento podrían surgir de la comunidad y a través de ello, reivindicar la profesión y evitar la charlatanería y el-- abuso de que ha sido objeto.

Consideramos que es de gran importancia que se - incluyera, dentro de las materias básicas de la carrera de Psico-- logía una especialización de Psicología Comunitaria, ya que no se contempla actualmente y creemos que debido a la falta de especia-- listas que pudieran atender la gran demanda que existe del servi-- cio psicológico, sólo a través de actividades que abarquen a más - número de población, se podrá beneficiar a la comunidad. Por -- ello es necesario que no se improvisen los especialistas sino que se formen dentro de la misma facultad.

Como ya se planteó, este trabajo fué realizado en el - - Centro Comunitario de la Facultad de Psicología, teniendo éste -- aproximadamente un año y medio de funcionamiento, pensamos que --



los resultados podrían aportar datos que sirvan de retroalimentación y evaluación del trabajo comunitario que se viene realizando en este centro.

Asimismo, se sugiere se sigan realizando investigaciones de este tipo, a fin de obtener una evaluación periódica y - - constante del trabajo comunitario y de esta manera, mejorar la calidad de los servicios que se están prestando en dicho centro.



B I B L I O G R A F I A

1. ARDILLA Rubén, La profesión del psicólogo, México, Edit. Trillas.
2. BAENA Paz Guillermina, Instrumentos de investigación -- (Manual para elaborar trabajos de investigación y tesis profesional), México, UNAM.
3. BENDER M.P., Psicología de la comunidad, Biblioteca de ciencias de la conducta.
4. BRAUNSTEIN N. y otros, Psicología, Ideología y ciencia, México, Edit. Siglo XXI.
5. CALDERON NARVAEZ G., Salud mental comunitaria (Un nuevo enfoque de la psiquiatría), México, Edit. Trillas.
6. CAPLAN Gerald, Principios de psiquiatría preventiva, Argentina, Edit. Paidós.
7. CARROLL Herbert A., Higiene mental, dinámica del ajuste psíquico, México, Edit. C.E.C.S.A.
8. CLARAMONT López F., Psiquiatría y asistencia social, España, Euramérica Ediciones.
9. CLARK H. David, Psiquiatría administrativa, los roles de la comunidad terapéutica, Argentina, Edit. Nueva Visión.



10. COHEN De Gavia G., La psicología en la salud pública, - México, Edit. Extemporáneos.
11. GEER, C. María y otros., Psicoanálisis del paciente y - del ambiente, Edit. Nueva Visión, Argentina.
12. GRIMSON, W.R. (compilador y varios autores), Nuevas - - Perspectivas en salud mental, Edit. Nueva Visión, Argentina.
13. GRISEZ, J., Métodos de investigación en Psicología so-- cial, Ediciones Morata, España.
14. GUINSBERG Enrique, Sociedad, salud y enfermedad mental, VAP Editorial, México.
15. HOCHMAN Jacques, Hacia una psiquiatría comunitaria, - - Amorrortu Editores, Argentina.
16. KERLINGER Fred N., Investigación del comportamiento, -- técnicas y metodología, Edit. Interamericana, México.
17. LEVINSON y Gallagher, Sociología del enfermo mental, -- Amorrortu Editores, Argentina.
18. LITVINOFF R. y K. de Gonul Silvia, El psicólogo y su - profesión, Edit. Nueva Visión, Argentina.
19. MIGUEL De Armando. Papers trabajos de sociología, Univ. Autónoma de Barcelona, Psiquiatría y sociología, Barral Editores, España.
20. NOYES y Kolb, Psiquiatría clínica moderna, La Prensa Médica Mexicana.



21. PREDVECHNI G.P. Skon y otros, Psicología social, Edit. Ciencias del hombre, Argentina.
22. RAPPAPORT Julian, Psychology Values, Research, and Action, University of Illinois, Urbana Champaign, Holt, Rinehart and Winston, U.S.A.
23. ROSEN George, Locura y Sociedad, Sociología histórica de la enfermedad mental, Alianza Editorial, España.
24. SANCHEZ Héctor, La lucha en México contra las enfermedades mentales, Edit. Fondo de cultura económica, México.
25. SELLTIZ C., Método de investigación en las relaciones sociales, Editorial Rialp.
26. SUMMERS Gene F., Medición de Actitudes, Edit. Trillas, México.
27. VARIOS autores, El rol del psicólogo, Edit. Nueva Visión, Argentina.
28. VARIOS autores, Psicología al servicio público. Alternativas de la psicología española, Pablo del Río, Editor, España.
29. VARIOS autores, Teoría y Técnica Psicológica de comunidades marginales, Edit. Nueva Visión, Argentina.
30. ZAX Melvin y Gerald Specter, Introducción a la psicología de la comunidad, Edit. El Manual Moderno, México.



31. ZVALLONI R. y Montuschi N., La personalidad en perspectiva social, Editorial Herder.

A R T I C U L O S

1. The role of Attitudes toward mental illness in evaluation of mental health programs, Judith G. Rabkin, New York State Department of Mental Hygiene.
2. Attitudes toward the mentally ill and reactions to mental health facilities, S. M. Taylor, Dear and G. O. -- Hall, Mc. Master University, Hamilton, Ontario Canadá.
3. Community Attitudes toward neighbourhood public facilities. A study of mental health services en Metropolitan Toronto, Michael Dear and S. Martin Taylor, Mc. -- Master University, Hamilton, Ontario Canadá.
4. Actitudes hacia la enfermedad mental, Stefani Dorina, Centro Interdisciplinario de Investigaciones en Psicología Matemática y Experimental (CIIPME), Buenos Aires, Argentina.
5. Monografía de la Col. Adolfo Ruíz Cortines, Centro de Estudios Tecnológicos No. 5, S.E.P., Trabajo social, - 1980-1981



6. Programa General del Centro Comunitario de la Facultad de Psicología, UNAM.
7. Psicología experimental y metodología, 2a. edición, -- Coordinación de Matemáticas, Fac. de Psicología de la- UNAM.



A P E N D I C E 1

C U E S T I O N A R I O S



QUESTIONARIO SOBRE ACTITUDES HACIA LA
ENFERMEDAD MENTAL

No. de cuestionario
1 2 3

Sexo
4

No. de tarjeta
5 6 7

INSTRUCCIONES: Lea cuidadosamente las siguientes preguntas y tache la respuesta más adecuada a lo que usted piensa:

8

1. En cuanto una persona parece estar enferma mentalmente pienso que se le debe hospitalizar.

- a) Estoy de acuerdo
- b) Estoy más o menos de acuerdo
- c) No estoy ni de acuerdo ni en desacuerdo
- d) Estoy más o menos en desacuerdo
- e) Estoy en desacuerdo

9

2. Creo que el gobierno debería dar más dinero para el tratamiento y cuidado de los enfermos mentales.

- a) Estoy de acuerdo
- b) Estoy más o menos de acuerdo
- c) No estoy ni de acuerdo ni en desacuerdo
- d) Estoy más o menos en desacuerdo
- e) Estoy en desacuerdo

10

3. Pienso que los enfermos mentales debieran ser aislados del resto de la comunidad.

- a) Estoy de acuerdo
- b) Estoy más o menos de acuerdo
- c) No estoy ni de acuerdo ni en desacuerdo
- d) Estoy más o menos en desacuerdo
- e) Estoy en desacuerdo

11

4. La mejor ayuda para muchos enfermos mentales es que se queden dentro de su propia comunidad.

- a) Estoy de acuerdo
- b) Estoy más o menos de acuerdo
- c) No estoy ni de acuerdo ni en desacuerdo
- d) Estoy más o menos en desacuerdo
- e) Estoy en desacuerdo

12

5. La enfermedad mental es una enfermedad como cualquier otra.

- a) Estoy de acuerdo
- b) Estoy más o menos de acuerdo
- c) No estoy ni de acuerdo ni en desacuerdo
- d) Estoy más o menos en desacuerdo
- e) Estoy en desacuerdo

13

6. Los enfermos mentales creo que son una carga para la comunidad.

- a) Estoy de acuerdo
- b) Estoy más o menos de acuerdo
- c) No estoy ni de acuerdo ni en desacuerdo
- d) Estoy más o menos en desacuerdo
- e) Estoy en desacuerdo


14

7. Los enfermos mentales son menos peligrosos que lo que la gente supone.

- a) Estoy de acuerdo
- b) Estoy más o menos de acuerdo
- c) No estoy ni de acuerdo ni en desacuerdo
- d) Estoy más o menos en desacuerdo
- e) Estoy en desacuerdo

15

8. El que existan centros u hospitales para curar enfermos mentales en mi colonia, pienso que la desprestigia.

- a) Estoy de acuerdo
- b) Estoy más o menos de acuerdo
- c) No estoy ni de acuerdo ni en desacuerdo
- d) Estoy más o menos en desacuerdo
- e) Estoy en desacuerdo

16

9. Creo que hay algo en los enfermos mentales que hace que se diferencien del resto de la gente.

- a) Estoy de acuerdo
- b) Estoy más o menos de acuerdo
- c) No estoy ni de acuerdo ni en desacuerdo
- d) Estoy más o menos en desacuerdo
- e) Estoy en desacuerdo

17

10. Pienso que se burlian de los enfermos mentales.

- a) Estoy de acuerdo
- b) Estoy más o menos de acuerdo
- c) No estoy ni de acuerdo ni en desacuerdo
- d) Estoy más o menos en desacuerdo
- e) Estoy en desacuerdo

18

11. Sería tonta(o) si me caso con un hombre o mujer que hubiera estado enfermo mentalmente, aunque ya estuviera totalmente recuperado.

- a) Estoy de acuerdo
- b) Estoy más o menos de acuerdo
- c) No estoy ni de acuerdo ni en desacuerdo
- d) Estoy más o menos en desacuerdo
- e) Estoy en desacuerdo

19

12. Los centros de la misma comunidad creo que deberían de dar los servicios necesarios de salud mental.

- a) Estoy de acuerdo
- b) Estoy más o menos de acuerdo
- c) No estoy ni de acuerdo ni en desacuerdo
- d) Estoy más o menos en desacuerdo
- e) Estoy en desacuerdo

20

13. Se debería de cuidar menos al público de los enfermos mentales.

- a) Estoy de acuerdo
- b) Estoy más o menos de acuerdo
- c) No estoy ni de acuerdo ni en desacuerdo
- d) Estoy más o menos en desacuerdo
- e) Estoy en desacuerdo



- 21
14. Es un desperdicio de nuestros impuestos aumentar el gasto en servicios de salud mental.
- a) Estoy de acuerdo
 - b) Estoy más o menos de acuerdo
 - c) No estoy ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - d) Estoy más o menos en desacuerdo
 - e) Estoy en desacuerdo
- 22
15. Nadie tiene el derecho de separar al enfermo mental de su comunidad.
- a) Estoy de acuerdo
 - b) Estoy más o menos de acuerdo
 - c) No estoy ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - d) Estoy más o menos en desacuerdo
 - e) Estoy en desacuerdo
- 23
16. Pienso que existe un alto riesgo en la colonia cuando hay enfermos mentales viviendo aquí, aún cuando esto ayude a curarlos.
- a) Estoy de acuerdo
 - b) Estoy más o menos de acuerdo
 - c) No estoy ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - d) Estoy más o menos en desacuerdo
 - e) Estoy en desacuerdo
- 24
17. A los enfermos mentales se les debe tratar con el mismo tipo de control que a los niños pequeños.
- a) Estoy de acuerdo
 - b) Estoy más o menos de acuerdo
 - c) No estoy ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - d) Estoy más o menos en desacuerdo
 - e) Estoy en desacuerdo
- 25
18. Considero que debemos ser más pacientes con los enfermos mentales de nuestra comunidad.
- a) Estoy de acuerdo
 - b) Estoy más o menos de acuerdo
 - c) No estoy ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - d) Estoy más o menos en desacuerdo
 - e) Estoy en desacuerdo
- 26
19. Vivir junto a un vecino que hubiera estado enfermo(a) mentalmente me sería desagradable (hombre o mujer).
- a) Estoy de acuerdo
 - b) Estoy más o menos de acuerdo
 - c) No estoy ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - d) Estoy más o menos en desacuerdo
 - e) Estoy en desacuerdo
- 27
20. Los habitantes de mi comunidad deberían aceptar que haya servicios de salud mental en mi colonia para atender las necesidades de ésta.
- a) Estoy de acuerdo
 - b) Estoy más o menos de acuerdo
 - c) No estoy ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - d) Estoy más o menos en desacuerdo
 - e) Estoy en desacuerdo


28

21. A los enfermos mentales se les debe tratar como parte de la comunidad.
- a) Estoy de acuerdo
 - b) Estoy más o menos de acuerdo
 - c) No estoy ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - d) Estoy más o menos en desacuerdo
 - e) Estoy en desacuerdo

29

22. Considero que hay suficientes servicios de salud mental para los enfermos mentales.
- a) Estoy de acuerdo
 - b) Estoy más o menos de acuerdo
 - c) No estoy ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - d) Estoy más o menos en desacuerdo
 - e) Estoy en desacuerdo

30

23. A los enfermos mentales se les debe ayudar a tomar responsabilidades en la vida normal.
- a) Estoy de acuerdo
 - b) Estoy más o menos de acuerdo
 - c) No estoy ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - d) Estoy más o menos en desacuerdo
 - e) Estoy en desacuerdo

31

24. Los vecinos tenemos razones para no querer que haya un servicio de salud mental en nuestra colonia.
- a) Estoy de acuerdo
 - b) Estoy más o menos de acuerdo
 - c) No estoy ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - d) Estoy más o menos en desacuerdo
 - e) Estoy en desacuerdo

32

25. Considero que lo mejor para el enfermo mental es encerrarlo.
- a) Estoy de acuerdo
 - b) Estoy más o menos de acuerdo
 - c) No estoy ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - d) Estoy más o menos en desacuerdo
 - e) Estoy en desacuerdo

33

26. Los hospitales psiquiátricos parecen más bien prisiones que lugares donde se puede cuidar de los enfermos mentales.
- a) Estoy de acuerdo
 - b) Estoy más o menos de acuerdo
 - c) No estoy ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - d) Estoy más o menos en desacuerdo
 - e) Estoy en desacuerdo

34

27. Cualquiera que haya tenido problemas mentales en su pasado, no debería de ocupar un cargo público u oficial.
- a) Estoy de acuerdo
 - b) Estoy más o menos de acuerdo
 - c) No estoy ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - d) Estoy más o menos en desacuerdo
 - e) Estoy en desacuerdo



- 35
28. Tener servicios de salud mental en la colonia, no pone en peligro a los habitantes de mi colonia.
- a) Estoy de acuerdo
 - b) Estoy más o menos de acuerdo
 - c) No estoy ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - d) Estoy más o menos en desacuerdo
 - e) Estoy en desacuerdo
- 36
29. Los hospitales psiquiátricos o mentales es una forma anticuada de tratar al enfermo mental.
- a) Estoy de acuerdo
 - b) Estoy más o menos de acuerdo
 - c) No estoy ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - d) Estoy más o menos en desacuerdo
 - e) Estoy en desacuerdo
- 37
30. Los enfermos mentales no merecen nuestra simpatía.
- a) Estoy de acuerdo
 - b) Estoy más o menos de acuerdo
 - c) No estoy ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - d) Estoy más o menos en desacuerdo
 - e) Estoy en desacuerdo
- 38
31. Me parece que los enfermos mentales deben tener los mismos derechos que otras personas.
- a) Estoy de acuerdo
 - b) Estoy más o menos de acuerdo
 - c) No estoy ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - d) Estoy más o menos en desacuerdo
 - e) Estoy en desacuerdo
- 39
32. Los hospitales o centros de salud mental, deberían estar lejos de la colonia - donde vivimos.
- a) Estoy de acuerdo
 - b) Estoy más o menos de acuerdo
 - c) No estoy ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - d) Estoy más o menos en desacuerdo
 - e) Estoy en desacuerdo
- 40
33. Una de las causas principales de la enfermedad mental, son el poco orden y la falta de voluntad.
- a) Estoy de acuerdo
 - b) Estoy más o menos de acuerdo
 - c) No estoy ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - d) Estoy más o menos en desacuerdo
 - e) Estoy en desacuerdo
- 41
34. Considero que todos tenemos la responsabilidad de dar el mejor cuidado posible a los enfermos mentales.
- a) Estoy de acuerdo
 - b) Estoy más o menos de acuerdo
 - c) No estoy ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - d) Estoy más o menos en desacuerdo
 - e) Estoy en desacuerdo


42

35. Yo pienso que a los enfermos mentales se les debe quitar toda responsabilidad.

- a) Estoy de acuerdo
- b) Estoy más o menos de acuerdo
- c) No estoy ni de acuerdo ni en desacuerdo
- d) Estoy más o menos en desacuerdo
- e) Estoy en desacuerdo

43

36. Creo que no debemos temer a personas que vengan a los centros de salud mental - que están en nuestra colonia.

- a) Estoy de acuerdo
- b) Estoy más o menos de acuerdo
- c) No estoy ni de acuerdo ni en desacuerdo
- d) Estoy más o menos en desacuerdo
- e) Estoy en desacuerdo

44

37. Cualquier persona puede volverse un enfermo mental.

- a) Estoy de acuerdo
- b) Estoy más o menos de acuerdo
- c) No estoy ni de acuerdo ni en desacuerdo
- d) Estoy más o menos en desacuerdo
- e) Estoy en desacuerdo

45

38. Creo que es mejor evitar a cualquier persona que tenga problemas mentales.

- a) Estoy de acuerdo
- b) Estoy más o menos de acuerdo
- c) No estoy ni de acuerdo ni en desacuerdo
- d) Estoy más o menos en desacuerdo
- e) Estoy en desacuerdo

46

39. Considero que podríamos confiarle el cuidado de nuestros hijos a la mayoría de las mujeres aunque alguna vez hayan sido pacientes en un hospital psiquiátrico.

- a) Estoy de acuerdo
- b) Estoy más o menos de acuerdo
- c) No estoy ni de acuerdo ni en desacuerdo
- d) Estoy más o menos en desacuerdo
- e) Estoy en desacuerdo

47

40. Da miedo la idea de pensar que gente con problemas mentales vivan en nuestra colonia.

- a) Estoy de acuerdo
- b) Estoy más o menos de acuerdo
- c) No estoy ni de acuerdo ni en desacuerdo
- d) Estoy más o menos en desacuerdo
- e) Estoy en desacuerdo



CUESTIONARIO SOBRE ACTITUDES HACIA EL ROL DEL PSICOLOGO

No. de cuestionario
1 2 3Sexo
4No. de tarjeta
5 6 7

INSTRUCCIONES: Anote en las casillas de la derecha el número que coincida o más se acerque a lo que usted piensa

8

1. Cuando la gente tiene problemas nerviosos, a quién va a ver para que le ayude?

- 1) un amigo en primer lugar
 2) un sacerdote
 3) un psiquiatra
 4) un médico general en segundo lugar
 5) un curandero
 6) un psicólogo
 7) a ninguno de los anteriores

9

2. Los habitantes de mi comunidad deberían aceptar que haya psicólogos en mi colonia para atender los trastornos nerviosos.

- 1) sí
 2) No
 3) Me es indiferente

10

3. El enfermo nervioso debería ser curado por:

- 1) un amigo en primer lugar
 2) un sacerdote
 3) un psiquiatra
 4) un médico general en segundo lugar
 5) un curandero
 6) un psicólogo
 7) ninguno de los anteriores

11

4. Conozco a personas que les gustaría recibir la ayuda de un psicólogo.

- 1) sí
 2) No

12

5. Cuando he pensado en asistir a un psicólogo, sé a donde dirigirme para consultarlo.

- 1) sí
 2) No
 3) Otra

13

6. Cuando me he sentido confundido y con problemas, he buscado el consejo de:

- 1) un amigo en primer lugar
 2) un sacerdote
 3) un psiquiatra
 4) un médico general en segundo lugar
 5) un curandero
 6) un psicólogo
 7) ninguno de los anteriores

14

7. Creo que hay gente que necesita la ayuda de un psicólogo pero no se atreven a solicitarla.

- 1) sí
 2) No
 3) Otra

15

8. Me he dado cuenta que los servicios de un psicólogo son:

- 1) muy caros
 2) caros
 3) accesibles
 4) baratos
 5) No sé



- 16 9. Pienso que los psicólogos algunas veces perjudican a la gente en lugar de ayudarla.
- 1) estoy de acuerdo
2) estoy más o menos de acuerdo
3) no estoy ni de acuerdo ni en desacuerdo
4) estoy más o menos en desacuerdo
5) estoy en desacuerdo
- 17 10. Confío en que el tratamiento que dan los psicólogos ayuda verdaderamente a la gente a resolver sus problemas.
- 1) estoy de acuerdo
2) estoy más o menos de acuerdo
3) no estoy ni de acuerdo ni en desacuerdo
4) estoy más o menos en desacuerdo
5) estoy en desacuerdo
- 18 11. Considero que la gente puede resolver sus problemas sin solicitar la ayuda de un psicólogo.
- 1) estoy de acuerdo
2) estoy más o menos de acuerdo
3) no estoy ni de acuerdo ni en desacuerdo
4) estoy más o menos en desacuerdo
5) estoy en desacuerdo
- 19 12. Me daría pena que la gente se enterara que voy a ver a un psicólogo.
- 1) estoy de acuerdo
2) estoy más o menos de acuerdo
3) no estoy ni de acuerdo ni en desacuerdo
4) estoy más o menos en desacuerdo
5) estoy en desacuerdo
- 20 13. Creo que los psicólogos son seres 'perfectos', pues nunca tienen problemas.
- 1) estoy de acuerdo
2) estoy más o menos de acuerdo
3) no estoy ni de acuerdo ni en desacuerdo
4) estoy más o menos en desacuerdo
5) estoy en desacuerdo
- 21 14. Pienso que solo las personas muy trastornadas son tratadas por un psicólogo.
- 1) estoy de acuerdo
2) estoy más o menos de acuerdo
3) no estoy ni de acuerdo ni en desacuerdo
4) estoy más o menos en desacuerdo
5) estoy en desacuerdo
- 22 15. Creo que es mejor evitar los contactos con los psicólogos.
- 1) estoy de acuerdo
2) estoy más o menos de acuerdo
3) no estoy ni de acuerdo ni en desacuerdo
4) estoy más o menos en desacuerdo
5) estoy en desacuerdo
- 23 16. Qué otras personas realizan trabajos parecidos al del psicólogo?
- 1) la trabajadora social
2) el sacerdote en primer lugar
3) el curandero
4) el psiquiatra en segundo lugar
5) el médico general
6) ninguno de los anteriores



17. Considero que los psicólogos son como los sacerdotes, a quienes se les platican cosas que nadie debe saber de mí.
24
- 1) estoy de acuerdo
 - 2) estoy más o menos de acuerdo
 - 3) no estoy ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - 4) estoy más o menos en desacuerdo
 - 5) estoy en desacuerdo
18. Me gustaría que algunas de las gentes que conozco visitara a un psicólogo y expusiera sus problemas para que éste lo orientara.
25
- 1) estoy de acuerdo
 - 2) estoy más o menos de acuerdo
 - 3) no estoy ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - 4) estoy más o menos en desacuerdo
 - 5) estoy en desacuerdo
19. Pienso que los psicólogos realizan trabajos tales como:
26
- 1) investigaciones sociales
 - 2) aplicación de pruebas psicológicas
 - 3) experimenta con animales
 - 4) orientación vocacional
 - 5) ayuda a resolver problemas personales
 - 6) aconseja a resolver problemas matrimoniales
 - 7) Otro
20. Considero que los psicólogos tienen tantos problemas como toda la gente.
27
- 1) estoy de acuerdo
 - 2) estoy más o menos de acuerdo
 - 3) no estoy ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - 4) estoy más o menos en desacuerdo
 - 5) estoy en desacuerdo
21. Le gustaría a usted asistir a alguna plática de orientación?
28
- 1) sí
 - 2) No
22. Qué tema le gustaría que se tratara?
29
-
-
-
-
23. En forma breve describa cuáles son las funciones de un psicólogo:
30
-
-
-
-
24. En qué lugares e instituciones sabe usted que pueden trabajar los psicólogos?
31
-
-
-
-



Este es un niño al cual le costó mucho trabajo aprender a caminar y a hablar y lo hizo mucho más tarde que la mayoría de los niños de su edad; y aunque ya aprendió, de todos modos sus movimientos son lentos y torpes y generalmente le tienen que ayudar a vestirse y a comer.

En la escuela no lo han querido aceptar porque aparte de ser muy lento, no entiende las órdenes sencillas que se le dan, se le tiene que explicar muchas veces y detalladamente.

Generalmente juega solo ya que le es difícil hacerlo con niños de su edad porque se aburren con él.

PREGUNTAS

32

1. ¿Qué otras características me podría decir usted que tiene el niño de la historia que acabo de leer?

33

2. ¿Qué piensa usted de este niño?

34 35

3. ¿Considera usted que este niño necesita ayuda? Sí _____ No _____
¿Por qué sí o por qué no necesitaría ayuda?

36

4. ¿Qué pasará con este niño en el futuro?

37 38

5. De los niños que usted conoce, hay alguno parecido al de la historia?

Sí _____ No _____

Vive en esta colonia? Sí _____ No _____

39

6. ¿Qué aconseja usted que se haga con un niño así?



Existe una muchacha que se comporta de manera extraña, habla sola, pelea frecuentemente con sus hermanos y con su madre, no puede dormir y toma muchas pastillas. Ha ido a ver a un psicólogo desde hace un mes pero sus vecinos le han aconsejado que sería mejor que buscara otra persona que le ayude. Ella no sabe -- que hacer.

PREGUNTAS

40

1. ¿Qué persona cree usted que le podría ayudar?

41

2. ¿A dónde podría acudir para que le ayudaran?

42

3. ¿Qué le aconsejaría usted a la muchacha?

43

4. ¿Qué cree usted que hará esta muchacha en el futuro?



Este es un matrimonio que desde hace algún tiempo no se llevan bien, pelean continuamente, se golpean, golpean a sus hijos, se separan varios días y el señor ha empezado a beber mucho. Una persona les ha aconsejado que busquen -- ayuda pero el marido dice que no es necesario porque ellos solos pueden resolver sus problemas.

PREGUNTAS

44

1. ¿Con quién cree usted que deberían ir?

45

2. ¿Qué otra persona cree usted que les podría ayudar a resolver sus problemas?

46 47

3. Cree usted que el esposo tenga razón? SI _____ No _____

Por qué?

48

4. ¿Qué haría usted si estuviera en una situación parecida?

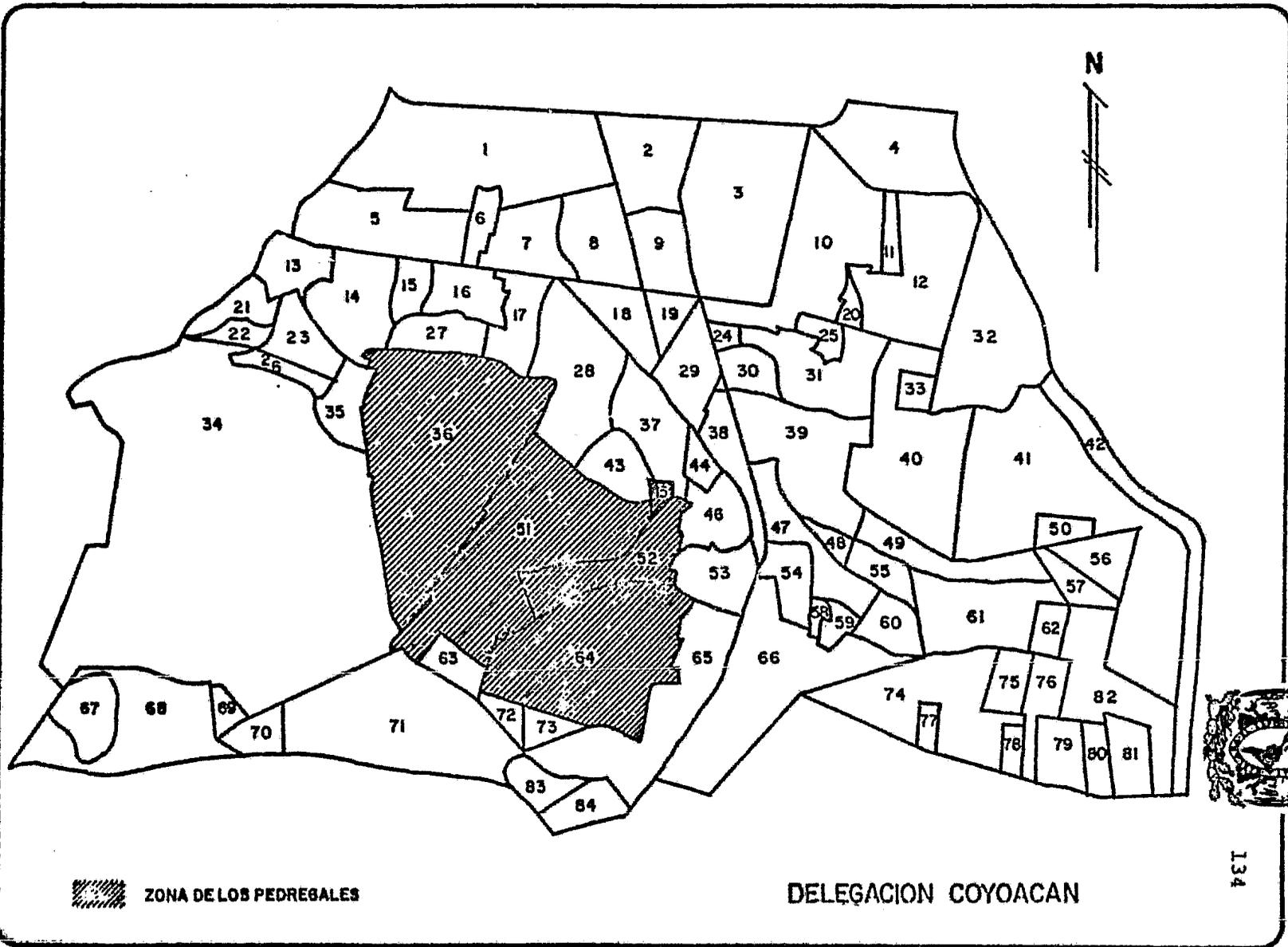


A P E N D I C E 2

Mapa de la Delegación de Coyoacán

Mapa de la Colonia Rufz Cortines

Croquis de las manzanas



 ZONA DE LOS PEDREGALES

DELEGACION COYOACAN



DELEGACION DE COYOACAN

1. Del Carmen
2. Barrio de San Diego Churubusco
3. Country Club
4. Prado Churubusco
5. Barrio Sta. Catarina
6. Villa Coyoacán
7. Barrio de la Concepción
8. Barrio San Lucas
9. Parque San Andrés
10. Campestre Churubusco
11. Frac. Hermosillo
12. Frac. Paeos de Taxqueña
13. Barrio Oxtopulco
14. Romero de Terreros
15. Fracc. de Terreros
16. -----
17. Barrio del Niño Jesús
18. El Rosedal
19. Atlántida
20. -----
21. P. Copilco El Bajo
22. Copilco ISSSTE
23. -----
24. C. Urb. Tlal.



25. Petrolera Taxqueña
26. Copilco Univ.
27. Frac. Pedregal de San Francisco
28. Pueblo Los Reyes
29. Cd. Jardín
30. El Centinela
31. Educación
32. Pueblo Sn Fco. Culhuacán
33. -----
34. U.N.A.M.
35. Copilco El Alto
36. Pedregal Sto. Domingo
37. Pueblo de la Candelaria
38. Xotepingo
39. Avante
40. Fracc. Ejidos San Francisco Culhuacán
41. Unidad Habitacional Culhuacán
42. -----
43. Huayamilpas
44. El Rosario
45. Díaz Ordaz
46. Pueblo San Pedro Tepetlapa
47. Zapata Fraccionamiento Prados de Coyoacán
48. San Pedro Tepetlapa
49. Frac. Los Ciruelos y Ejido Sn. Pedro Tepetlapa
50. Piloto No. 5



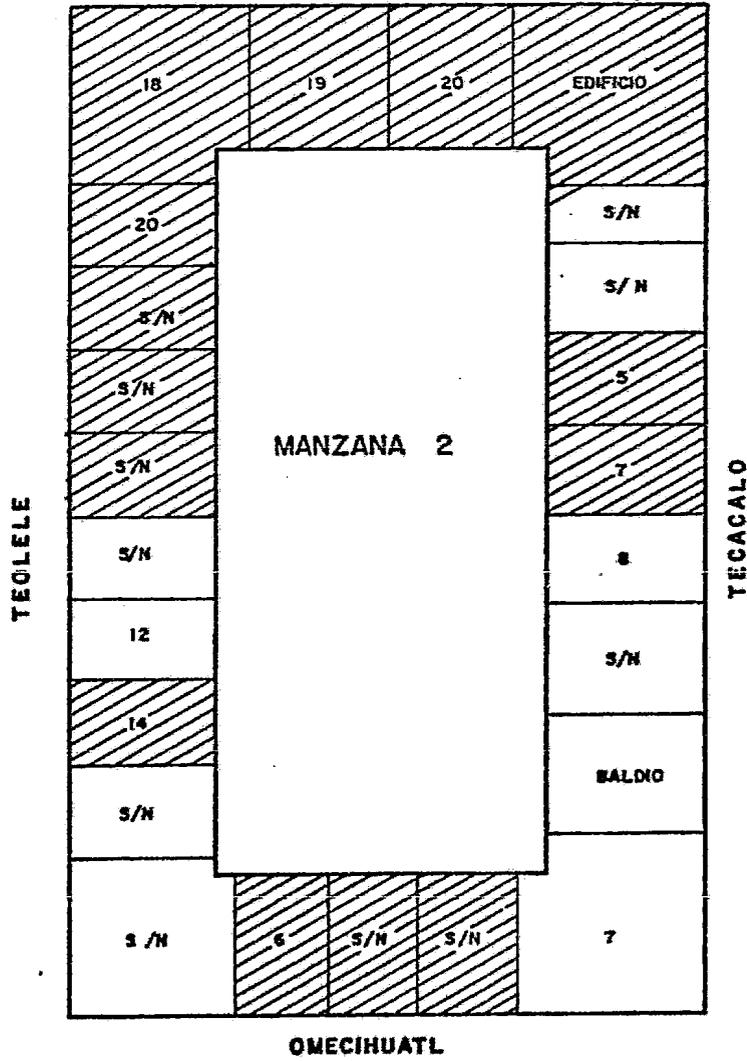
51. Col. Ajusco
52. Adolfo Ruiz Cortines
53. El Reloj
54. Espartaco
55. Prados de Coyoacán
56. Carmen Serdán
57. Fraccionamiento E. Zapata
58. Los Robles
59. Los Olivos
60. Jardines de Coyoacán
61. Unidad hab. Alianza Popular Revolución
62. Fraccionamiento Los Cedros
63. -----
64. Pedregal Sta. Ursula
65. Pueblo Sta. Ursula Coapa
66. Ejidos Sta. Ursula Coapa (Lázaro Cárdenas)
67. -----
68. Jardines de Pedregal de San Angel
69. -----
70. -----
71. Pedregal de Carrasco
72. -----
73. Joyas del Pedregal
74. Ex-Ejido San Pedro Tepetlapa
75. Campestre Coyoacán
76. Fraccionamiento Sta. Cecilia



- 77. Fraccionamiento Los Girasoles
- 78. Fraccionamiento Los Sauces
- 79. Hacienda Coyoacán
- 80. -----
- 81. Fraccionamiento V Quiend

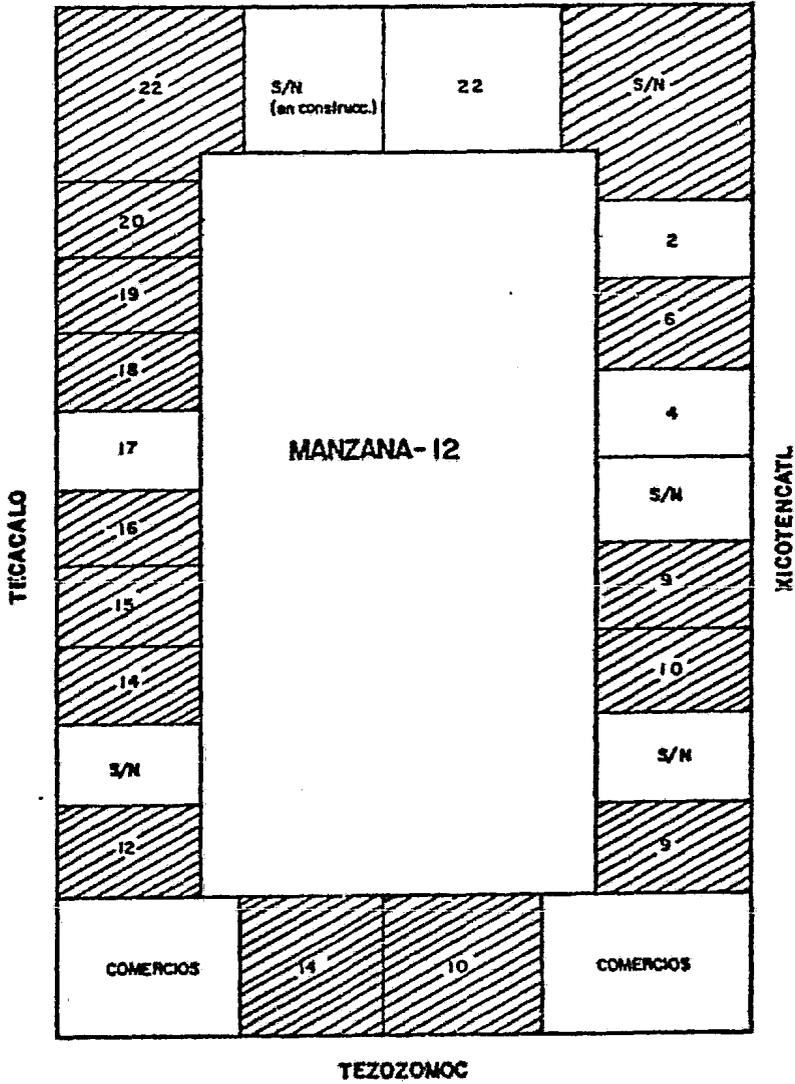


TEPETLAPA



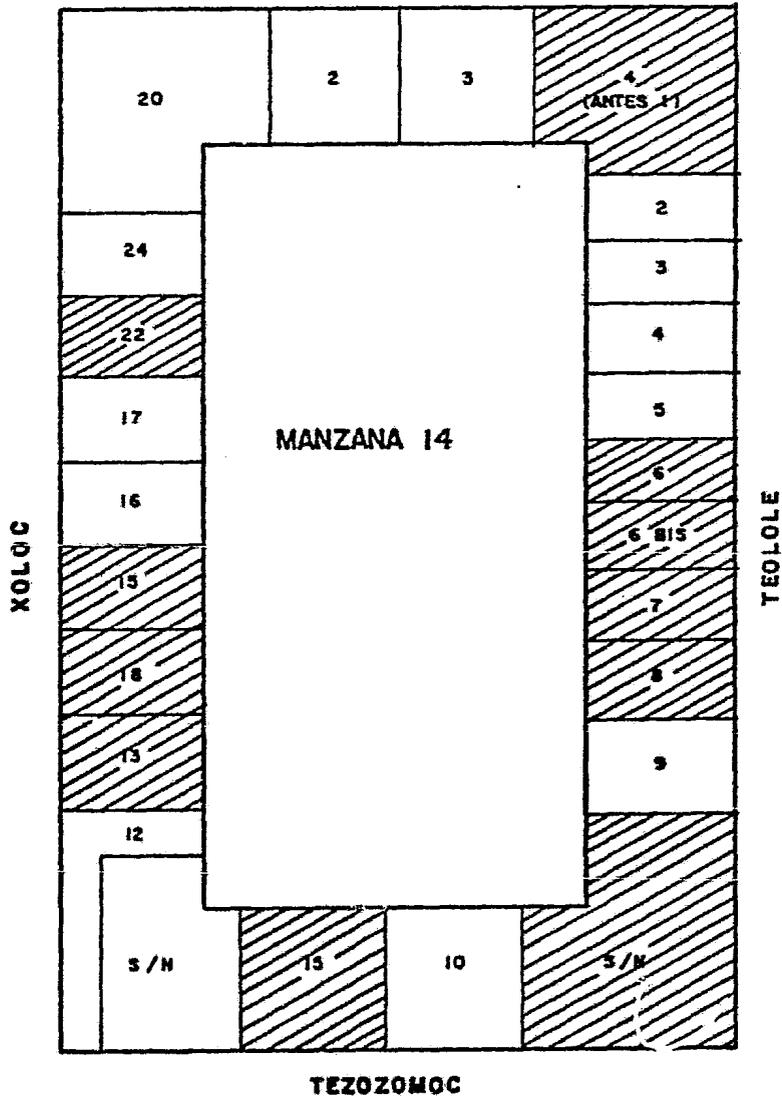


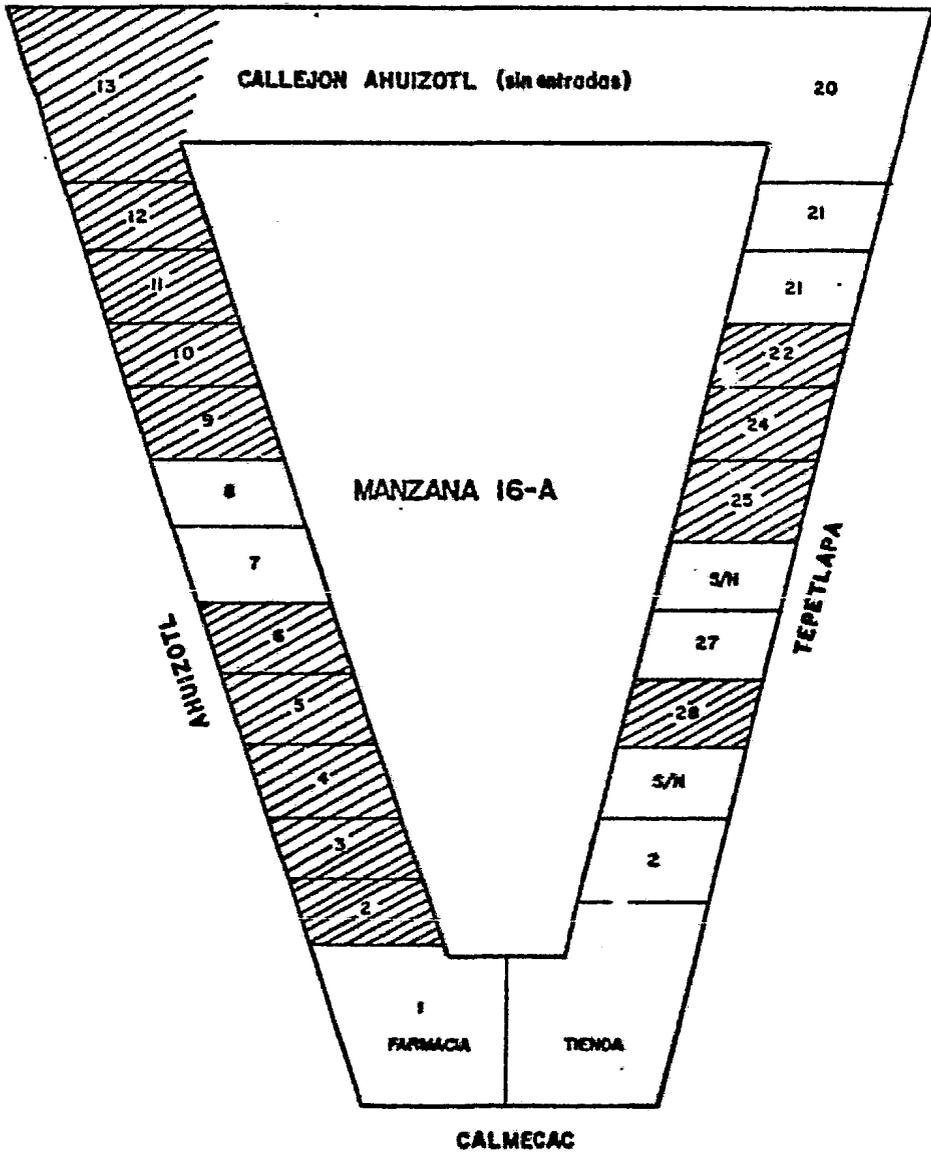
TONACATECUTLI





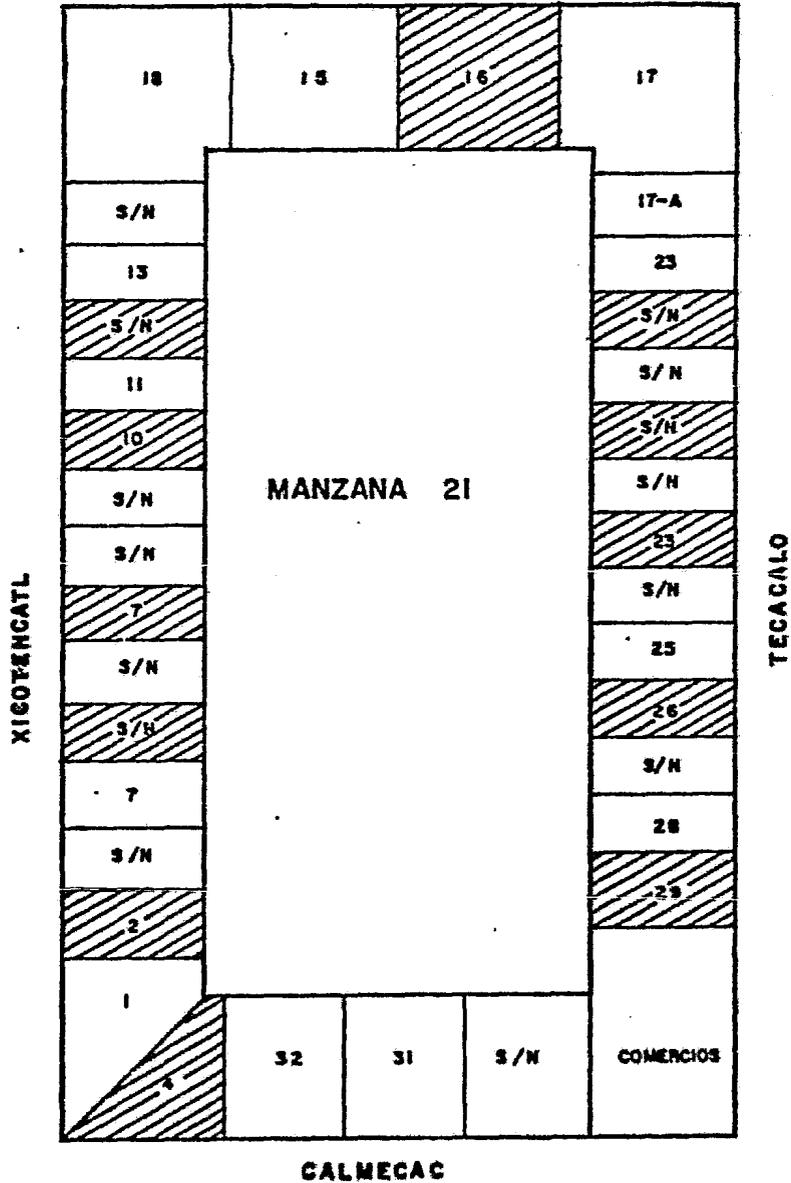
TONACATECUTLI

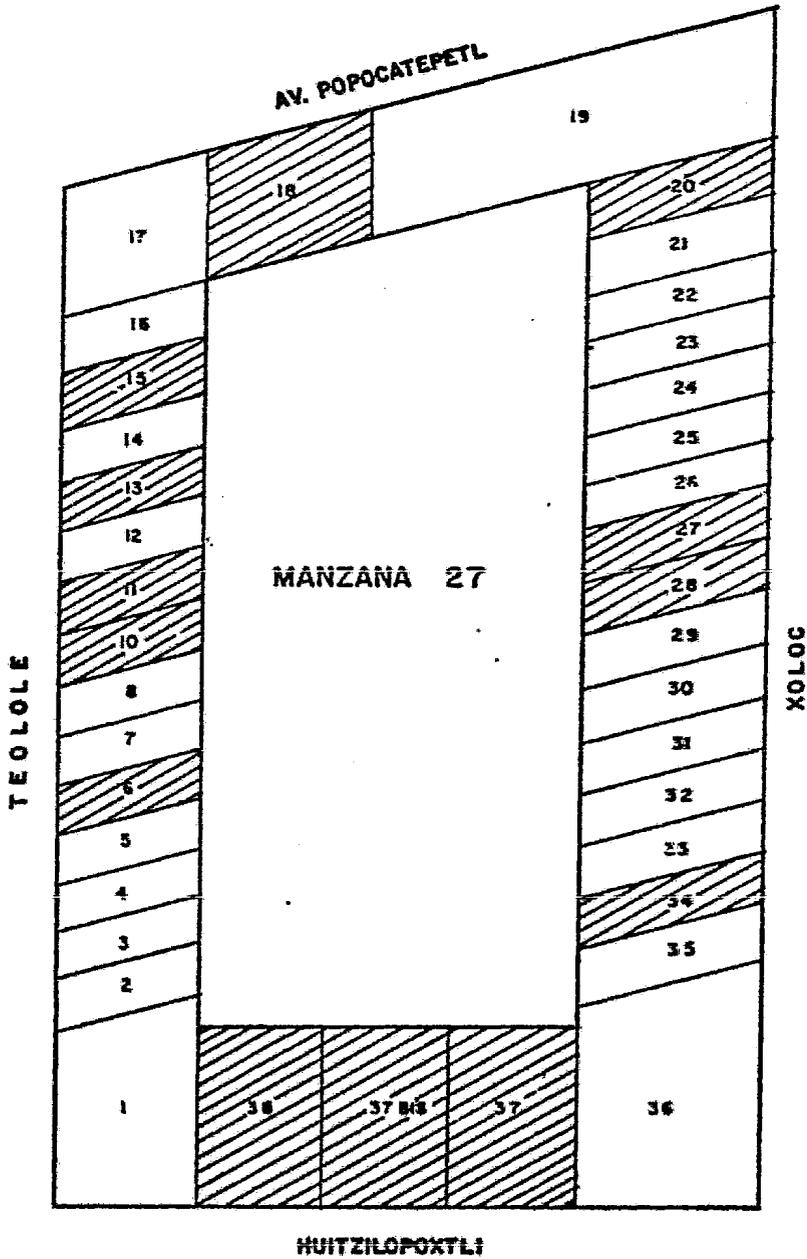






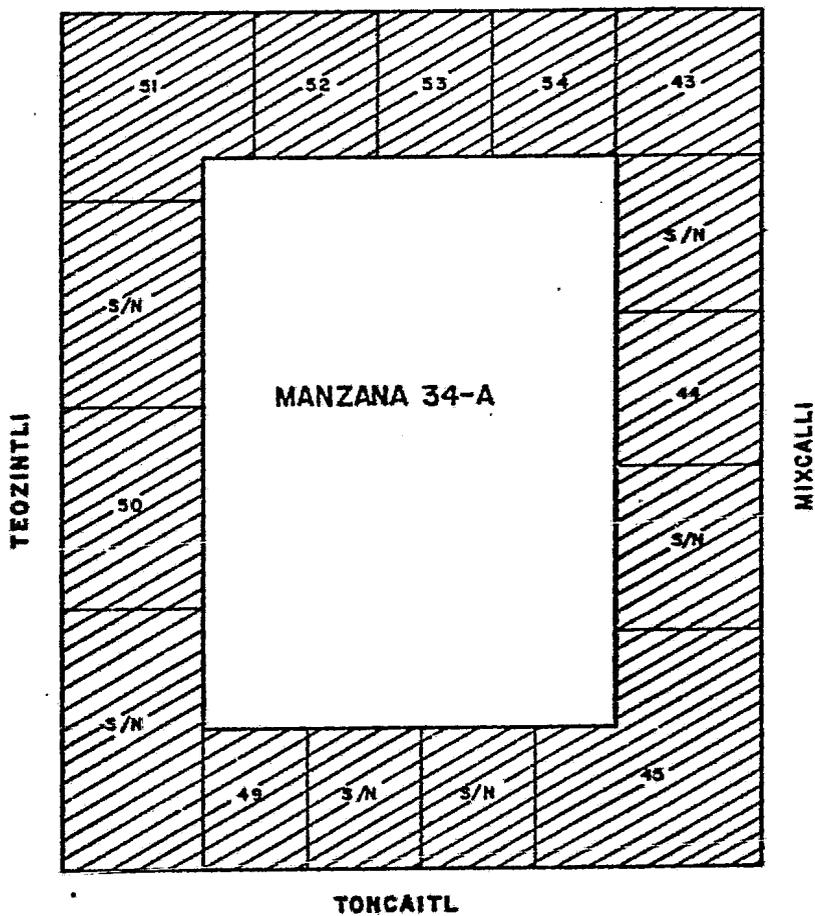
HUITZILOPOXTLI

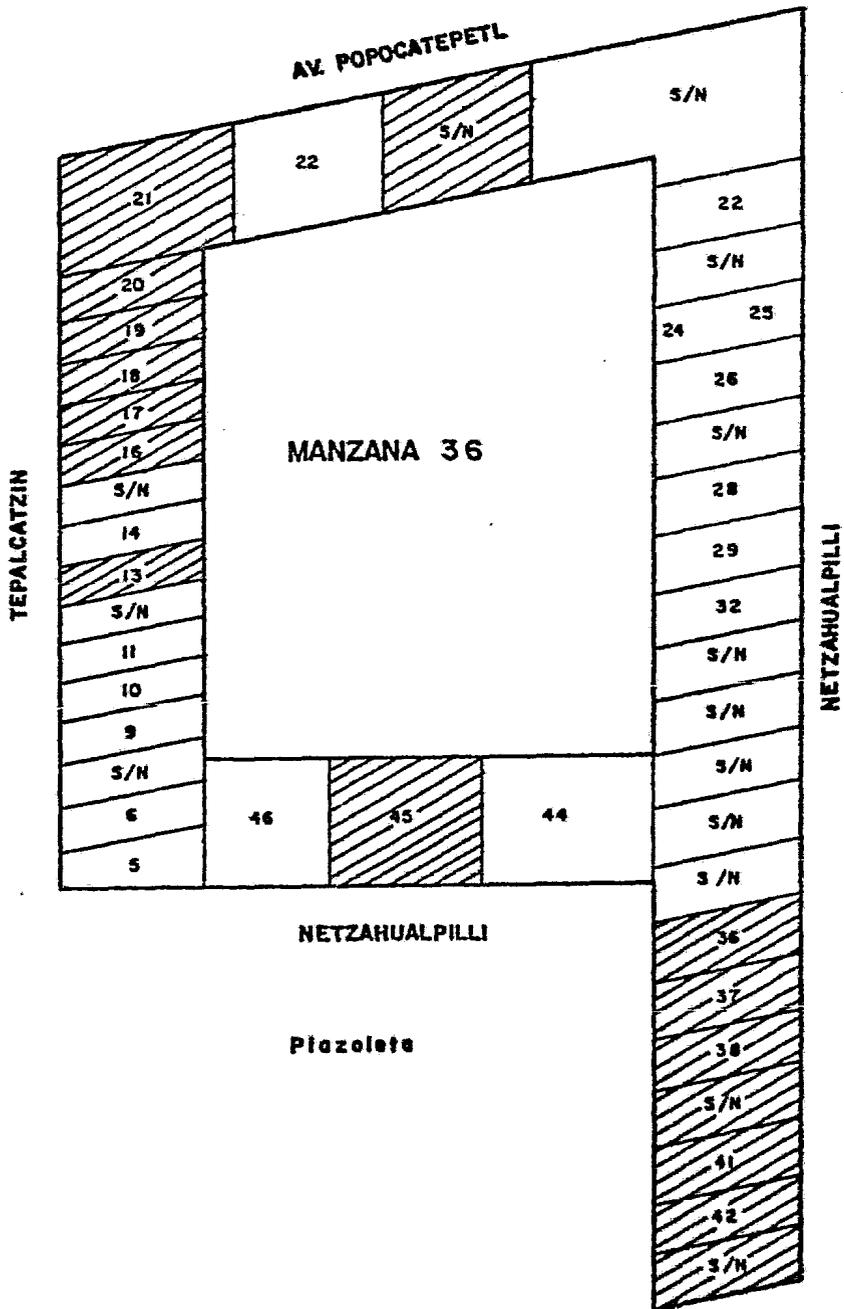


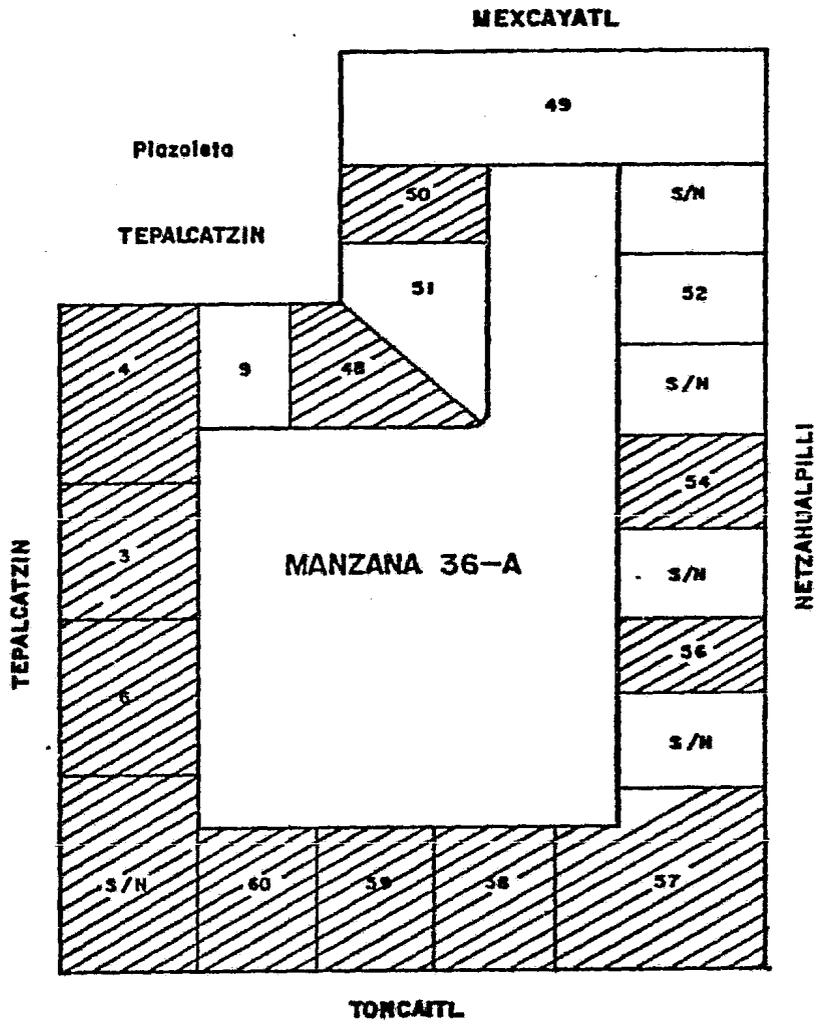


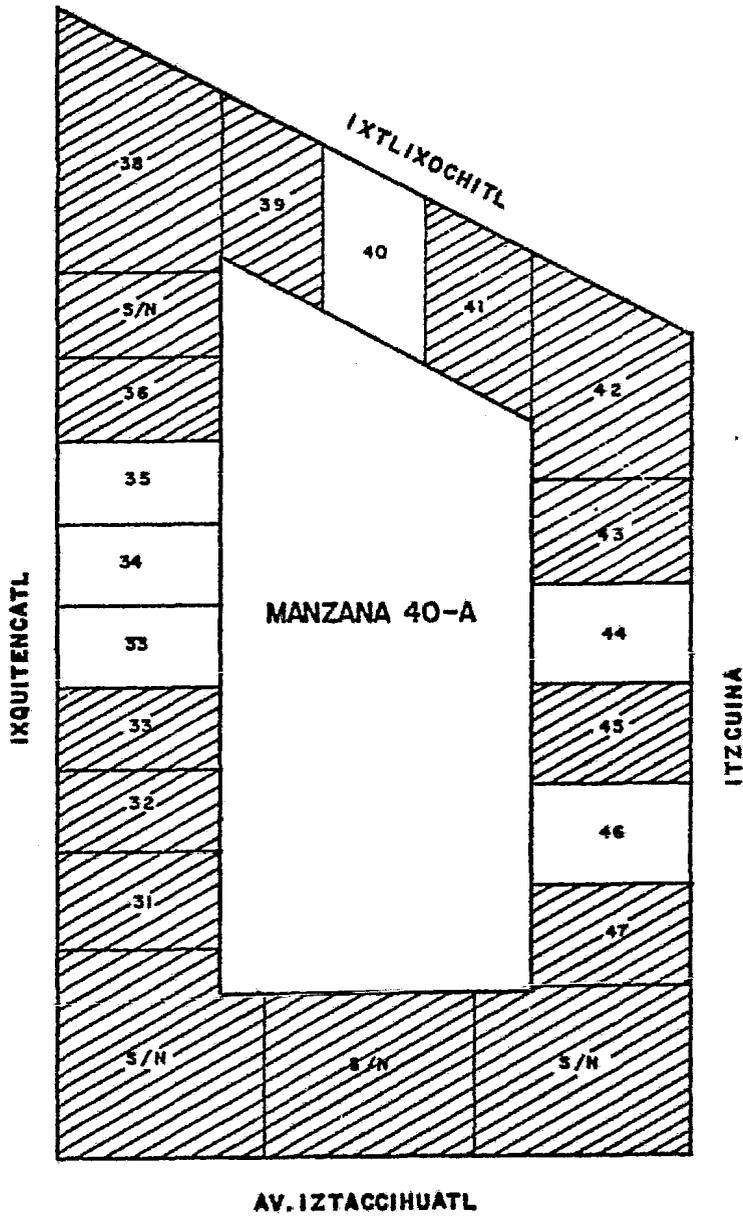


ANCAYATL



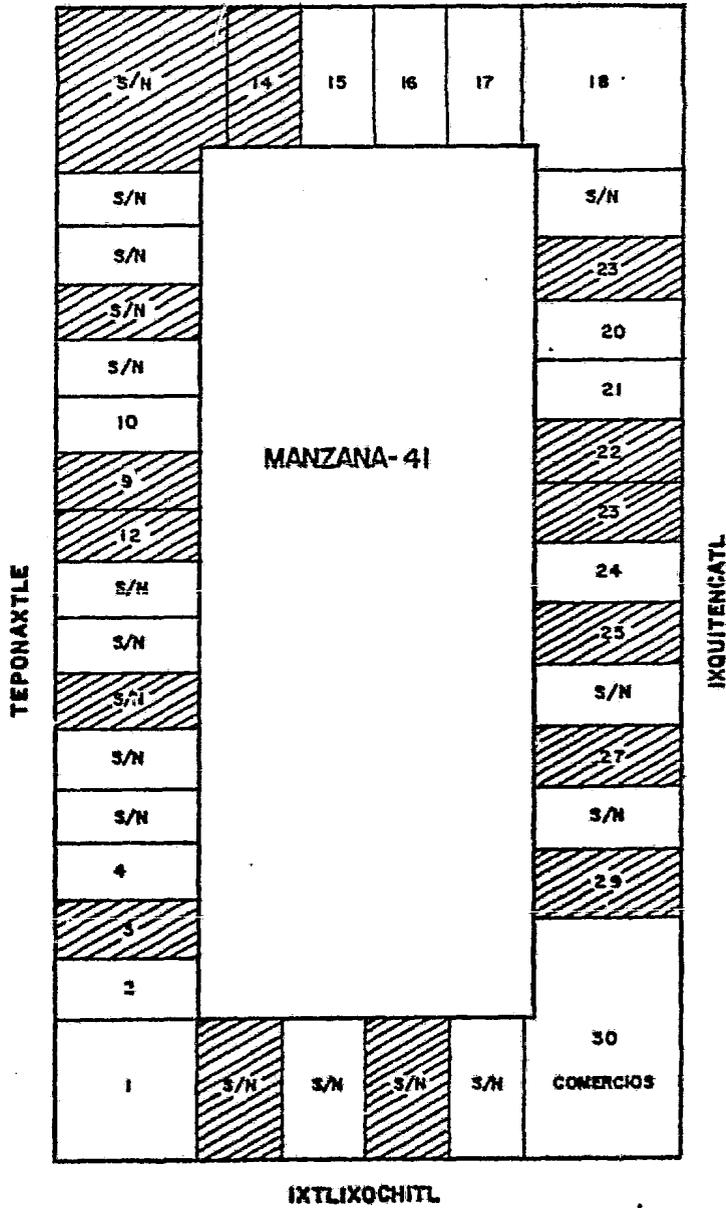


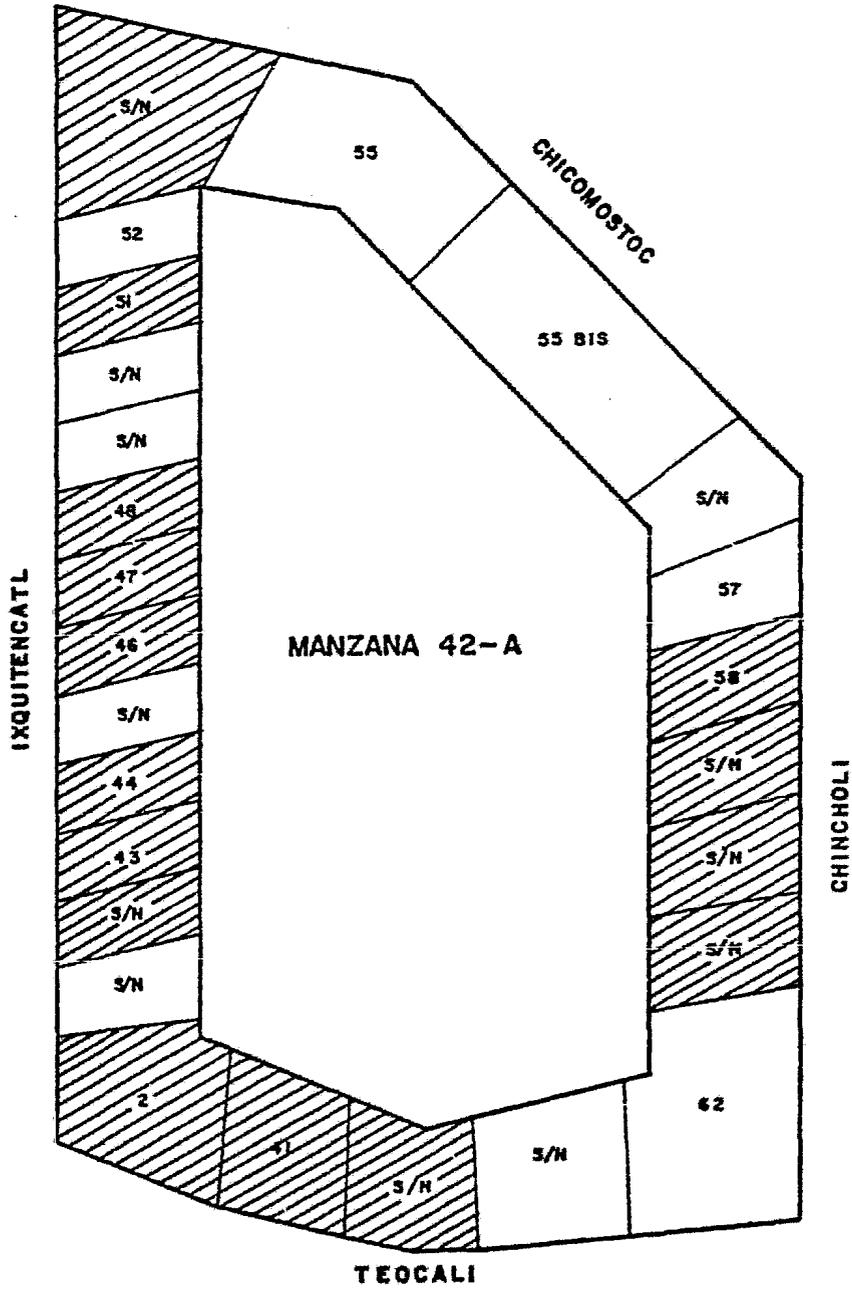






POPOTLA







A P E N D I C E A

A N A L I S I S F A C T O R I A L



INVERSE OF CORRELATION MATRIX..

	VAR01	VAR02	VAR03	VAR04	VAR05	VAL06	VAR07	VAR08	VAL09	VAL10
VAR01	17.33056	-0.39994	0.15747	-0.33374	0.33789	0.64504	-0.45623	-0.47522	-0.2504	0.33158
VAR02	-0.14994	1.69676	0.23451	-0.30567	0.18227	-0.11240	-0.25786	0.12447	-0.49126	-0.64716
VAR03	0.15747	0.23451	1.42828	0.10172	-0.20712	-0.11072	0.18623	-0.01217	-0.07627	-0.18034
VAR04	-0.33374	0.10172	0.15747	1.78212	0.22543	-0.07308	0.46899	0.08316	-0.04360	-0.9784
VAR05	0.33789	0.18227	0.20712	0.22543	1.65265	0.14777	-0.03925	0.15270	-0.04339	-0.16997
VAR06	0.64504	-0.25786	-0.11072	0.25437	0.14777	1.58449	0.17778	0.08465	-0.1426	-0.17769
VAR07	-0.45623	0.12447	0.01217	0.46240	0.03925	0.17388	1.44465	0.11165	-0.11021	-0.19098
VAR08	-0.47522	0.08316	0.04360	0.46240	0.03925	0.17388	1.44465	1.11821	-0.10570	-0.36571
VAR09	-0.2504	0.24186	0.07821	0.02660	0.18034	-0.16497	0.17769	0.15820	1.00000	1.00000
VAR10	0.33158	0.26811	0.04719	0.23599	0.18034	0.16497	0.17769	0.08129	0.07681	0.0148
VAR11	0.13098	0.15161	0.03462	0.08451	0.13098	0.10437	0.04941	0.05050	0.07304	0.19082
VAR12	0.48924	0.37824	0.12377	0.12377	0.48924	0.08308	0.08308	0.06076	0.04796	0.19149
VAR13	0.27171	0.20464	0.10612	0.07099	0.27171	0.05558	0.05558	0.04112	0.04266	0.05495
VAR14	0.17457	0.13118	0.07950	0.07950	0.17457	0.12671	0.12671	0.03342	0.03342	0.00255
VAR15	0.01478	0.05558	0.03462	0.03462	0.01478	0.13611	0.13611	0.00093	0.00093	0.00048
VAR16	0.25493	0.19484	0.08558	0.08558	0.25493	0.14881	0.14881	0.03333	0.03333	0.00053
VAR17	0.01421	0.01345	0.00222	0.00222	0.01421	0.10666	0.10666	0.00115	0.00115	0.00045
VAR18	0.01421	0.01345	0.00222	0.00222	0.01421	0.10666	0.10666	0.00115	0.00115	0.00045
VAR19	0.01421	0.01345	0.00222	0.00222	0.01421	0.10666	0.10666	0.00115	0.00115	0.00045
VAR20	0.01421	0.01345	0.00222	0.00222	0.01421	0.10666	0.10666	0.00115	0.00115	0.00045
VAR21	0.01421	0.01345	0.00222	0.00222	0.01421	0.10666	0.10666	0.00115	0.00115	0.00045
VAR22	0.01421	0.01345	0.00222	0.00222	0.01421	0.10666	0.10666	0.00115	0.00115	0.00045
VAR23	0.01421	0.01345	0.00222	0.00222	0.01421	0.10666	0.10666	0.00115	0.00115	0.00045
VAR24	0.01421	0.01345	0.00222	0.00222	0.01421	0.10666	0.10666	0.00115	0.00115	0.00045
VAR25	0.01421	0.01345	0.00222	0.00222	0.01421	0.10666	0.10666	0.00115	0.00115	0.00045
VAR26	0.01421	0.01345	0.00222	0.00222	0.01421	0.10666	0.10666	0.00115	0.00115	0.00045
VAR27	0.01421	0.01345	0.00222	0.00222	0.01421	0.10666	0.10666	0.00115	0.00115	0.00045
VAR28	0.01421	0.01345	0.00222	0.00222	0.01421	0.10666	0.10666	0.00115	0.00115	0.00045
VAR29	0.01421	0.01345	0.00222	0.00222	0.01421	0.10666	0.10666	0.00115	0.00115	0.00045
VAR30	0.01421	0.01345	0.00222	0.00222	0.01421	0.10666	0.10666	0.00115	0.00115	0.00045
VAR31	0.01421	0.01345	0.00222	0.00222	0.01421	0.10666	0.10666	0.00115	0.00115	0.00045
VAR32	0.01421	0.01345	0.00222	0.00222	0.01421	0.10666	0.10666	0.00115	0.00115	0.00045
VAR33	0.01421	0.01345	0.00222	0.00222	0.01421	0.10666	0.10666	0.00115	0.00115	0.00045
VAR34	0.01421	0.01345	0.00222	0.00222	0.01421	0.10666	0.10666	0.00115	0.00115	0.00045
VAR35	0.01421	0.01345	0.00222	0.00222	0.01421	0.10666	0.10666	0.00115	0.00115	0.00045
VAR36	0.01421	0.01345	0.00222	0.00222	0.01421	0.10666	0.10666	0.00115	0.00115	0.00045
VAR37	0.01421	0.01345	0.00222	0.00222	0.01421	0.10666	0.10666	0.00115	0.00115	0.00045
VAR38	0.01421	0.01345	0.00222	0.00222	0.01421	0.10666	0.10666	0.00115	0.00115	0.00045
VAR39	0.01421	0.01345	0.00222	0.00222	0.01421	0.10666	0.10666	0.00115	0.00115	0.00045
VAR40	0.01421	0.01345	0.00222	0.00222	0.01421	0.10666	0.10666	0.00115	0.00115	0.00045
VAR41	0.01421	0.01345	0.00222	0.00222	0.01421	0.10666	0.10666	0.00115	0.00115	0.00045
VAR42	0.01421	0.01345	0.00222	0.00222	0.01421	0.10666	0.10666	0.00115	0.00115	0.00045
VAR43	0.01421	0.01345	0.00222	0.00222	0.01421	0.10666	0.10666	0.00115	0.00115	0.00045
VAR44	0.01421	0.01345	0.00222	0.00222	0.01421	0.10666	0.10666	0.00115	0.00115	0.00045
VAR45	0.01421	0.01345	0.00222	0.00222	0.01421	0.10666	0.10666	0.00115	0.00115	0.00045
VAR46	0.01421	0.01345	0.00222	0.00222	0.01421	0.10666	0.10666	0.00115	0.00115	0.00045
VAR47	0.01421	0.01345	0.00222	0.00222	0.01421	0.10666	0.10666	0.00115	0.00115	0.00045
VAR48	0.01421	0.01345	0.00222	0.00222	0.01421	0.10666	0.10666	0.00115	0.00115	0.00045
VAR49	0.01421	0.01345	0.00222	0.00222	0.01421	0.10666	0.10666	0.00115	0.00115	0.00045
VAR50	0.01421	0.01345	0.00222	0.00222	0.01421	0.10666	0.10666	0.00115	0.00115	0.00045
VAR51	0.01421	0.01345	0.00222	0.00222	0.01421	0.10666	0.10666	0.00115	0.00115	0.00045
VAR52	0.01421	0.01345	0.00222	0.00222	0.01421	0.10666	0.10666	0.00115	0.00115	0.00045
VAR53	0.01421	0.01345	0.00222	0.00222	0.01421	0.10666	0.10666	0.00115	0.00115	0.00045
VAR54	0.01421	0.01345	0.00222	0.00222	0.01421	0.10666	0.10666	0.00115	0.00115	0.00045
VAR55	0.01421	0.01345	0.00222	0.00222	0.01421	0.10666	0.10666	0.00115	0.00115	0.00045
VAR56	0.01421	0.01345	0.00222	0.00222	0.01421	0.10666	0.10666	0.00115	0.00115	0.00045
VAR57	0.01421	0.01345	0.00222	0.00222	0.01421	0.10666	0.10666	0.00115	0.00115	0.00045
VAR58	0.01421	0.01345	0.00222	0.00222	0.01421	0.10666	0.10666	0.00115	0.00115	0.00045
VAR59	0.01421	0.01345	0.00222	0.00222	0.01421	0.10666	0.10666	0.00115	0.00115	0.00045
VAR60	0.01421	0.01345	0.00222	0.00222	0.01421	0.10666	0.10666	0.00115	0.00115	0.00045
VAR61	0.01421	0.01345	0.00222	0.00222	0.01421	0.10666	0.10666	0.00115	0.00115	0.00045
VAR62	0.01421	0.01345	0.00222	0.00222	0.01421	0.10666	0.10666	0.00115	0.00115	0.00045
VAR63	0.01421	0.01345	0.00222	0.00222	0.01421	0.10666	0.10666	0.00115	0.00115	0.00045
VAR64	0.01421	0.01345	0.00222	0.00222	0.01421	0.10666	0.10666	0.00115	0.00115	0.00045
VAR65	0.01421	0.01345	0.00222	0.00222	0.01421	0.10666	0.10666	0.00115	0.00115	0.00045
VAR66	0.01421	0.01345	0.00222	0.00222	0.01421	0.10666	0.10666	0.00115	0.00115	0.00045
VAR67	0.01421	0.01345	0.00222	0.00222	0.01421	0.10666	0.10666	0.00115	0.00115	0.00045
VAR68	0.01421	0.01345	0.00222	0.00222	0.01421	0.10666	0.10666	0.00115	0.00115	0.00045
VAR69	0.01421	0.01345	0.00222	0.00222	0.01421	0.10666	0.10666	0.00115	0.00115	0.00045
VAR70	0.01421	0.01345	0.00222	0.00222	0.01421	0.10666	0.10666	0.00115	0.00115	0.00045
VAR71	0.01421	0.01345	0.00222	0.00222	0.01421	0.10666	0.10666	0.00115	0.00115	0.00045
VAR72	0.01421	0.01345	0.00222	0.00222	0.01421	0.10666	0.10666	0.00115	0.00115	0.00045
VAR73	0.01421	0.01345	0.00222	0.00222	0.01421	0.10666	0.10666	0.00115	0.00115	0.00045
VAR74	0.01421	0.01345	0.00222	0.00222	0.01421	0.10666	0.10666	0.00115	0.00115	0.00045
VAR75	0.01421	0.01345	0.00222	0.00222	0.01421	0.10666	0.10666	0.00115	0.00115	0.00045
VAR76	0.01421	0.01345	0.00222	0.00222	0.01421	0.10666	0.10666	0.00115	0.00115	0.00045
VAR77	0.01421	0.01345	0.00222	0.00222	0.01421	0.10666	0.10666	0.00115	0.00115	0.00045
VAR78	0.01421	0.01345	0.00222	0.00222	0.01421	0.10666	0.10666	0.00115	0.00115	0.00045
VAR79	0.01421	0.01345	0.00222	0.00222	0.01421	0.10666	0.10666	0.00115	0.00115	0.00045
VAR80	0.01421	0.01345	0.00222	0.00222	0.01421	0.10666	0.10666	0.00115	0.00115	0.00045
VAR81	0.01421	0.01345	0.00222	0.00222	0.01421	0.10666	0.10666	0.00115	0.00115	0.00045
VAR82	0.01421	0.01345	0.00222	0.00222	0.01421	0.10666	0.10666	0.00115	0.00115	0.00045
VAR83	0.01421	0.01345	0.00222	0.00222	0.01421	0.10666	0.10666	0.00115	0.00115	0.00045
VAR84	0.01421	0.01345	0.00222	0.00222	0.01421	0.10666	0.10666	0.00115	0.00115	0.00045
VAR85	0.01421	0.01345	0.00222	0.00222	0.01421	0.10666	0.10666	0.00115	0.00115	0.00045
VAR86	0.01421	0.01345	0.00222	0.00222	0.01421	0.10666	0.10666	0.00115	0.00115	0.00045
VAR87	0.01421	0.01345	0.00222	0.00222	0.01421	0.10666	0.10666	0.00115	0.00115	0.00045
VAR88	0.01421	0.01345	0.00222	0.00222	0.01421	0.10666	0.10666	0.00115	0.00115	0.00045
VAR89	0.01421	0.01345	0.00222	0.00222	0.01421	0.10666	0.10666	0.00115	0.00115	0.00045
VAR90	0.01421	0.01345	0.00222	0.00222	0.01421	0.10666	0.10666	0.00115	0.00115	0.00045
VAR91	0.01421	0.01345	0.00222							



	VAR01	VAR02	VAR03	VAR04	VAR05	VAR06	VAR07	VAR08	VAR09	VAR10	VAR11	VAR12	VAR13	VAR14	VAR15	VAR16	VAR17	VAR18	VAR19	VAR20
VAR01	0.08101	-0.12072	0.00347	-0.11282	0.04716	-0.07263	0.00986	0.03801	-0.05991	-0.09148	0.13004	0.48924	-0.02217	-0.27511	-0.35457	0.01674	-0.05845	0.06985	1.01621	-0.64819
VAR02	0.00176	-0.02452	0.00298	-0.02198	0.00021	-0.00335	0.00000	0.00000	-0.00000	-0.00000	0.14161	-0.03762	-0.01311	-0.01311	-0.05555	0.06567	-0.03149	-0.01138	-0.01640	-0.01011
VAR03	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000
VAR04	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000
VAR05	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000
VAR06	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000
VAR07	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000
VAR08	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000
VAR09	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000
VAR10	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000
VAR11	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000
VAR12	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000
VAR13	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000
VAR14	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000
VAR15	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000
VAR16	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000
VAR17	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000
VAR18	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000
VAR19	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000
VAR20	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000



ATTITUDES

FILE CLINICA (CRFATTU) DATE = 03/04/83

03/04/83

PACF 18



	VAR41	VAR42	VAR43	VAR44	VAR45	VAL46	VAL47	VAR48	VAL49	VAL50
VAR 15	-0.02992	-0.34692	0.34418	-0.01748	-0.00346	-0.46181	0.35075	C.34437	-0.00346	-0.13366
VAR 16	-0.13481	-0.20548	0.03405	-0.01748	-0.00346	-0.46181	0.35075	C.34437	-0.00346	-0.13366
VAR 17	0.10294	-0.12413	-0.00965	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	C.34437	-0.00346	-0.13366
VAR 18	-0.05536	-0.13598	0.11645	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	C.34437	-0.00346	-0.13366
VAR 19	-0.12409	-0.21107	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	C.34437	-0.00346	-0.13366
VAR 20	-0.04936	-0.01187	-0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	C.34437	-0.00346	-0.13366
VAR 21	-0.11187	1.85249	-0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	C.34437	-0.00346	-0.13366
VAR 22	-0.00554	0.11070	17.44183	-0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	C.34437	-0.00346	-0.13366
VAR 23	-0.00405	0.12116	0.44837	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	C.34437	-0.00346	-0.13366
VAR 24	-0.10648	0.26907	0.44837	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	C.34437	-0.00346	-0.13366
VAR 25	-0.00936	-0.26907	0.44837	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	C.34437	-0.00346	-0.13366
VAR 26	-0.01582	-0.11269	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	C.34437	-0.00346	-0.13366
VAR 27	-0.01269	-0.11269	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	C.34437	-0.00346	-0.13366
VAR 28	-0.01269	-0.11269	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	C.34437	-0.00346	-0.13366
VAR 29	-0.01269	-0.11269	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	C.34437	-0.00346	-0.13366
VAR 30	-0.01269	-0.11269	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	C.34437	-0.00346	-0.13366
VAR 31	-0.01269	-0.11269	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	C.34437	-0.00346	-0.13366
VAR 32	-0.01269	-0.11269	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	0.00000	C.34437	-0.00346	-0.13366

	VAR51	VAR52
VAR01	-0.15187	-0.02361
VAR02	0.25814	-0.11724
VAR03	0.00481	0.00481
VAR04	0.00152	0.15814
VAR05	0.00422	-0.07220
VAR06	0.00422	-0.25919
VAR07	0.00422	-0.09207
VAR08	0.00422	-0.00280
VAR09	0.00422	-0.12257
VAR10	0.00422	0.00422
VAR11	0.00422	-0.17001
VAR12	0.00422	-0.09948
VAR13	0.00422	-0.09758
VAR14	0.00422	-0.15717
VAR15	0.00422	0.28161
VAR16	0.00422	-0.08148
VAR17	0.00422	0.19306
VAR18	0.00422	-0.03440
VAR19	0.00422	0.03440
VAR20	0.00422	-0.15173
VAR21	0.00422	0.22828
VAR22	0.00422	0.22828



ACTITUDES

03/04/83

PAGE 20

FILE CLINICA (CREATION DATE = 03/04/83)



VARIABLE	EST COMMUNALITY	FACTOR	EIGENVALUE	PCT OF VAR	CUM PCT
VAR01	0.9236	.....	5.3243	10.0000	10.0000
VAR02	0.8160	.....	4.4616	8.5212	18.5212
VAR03	0.7967	.....	4.0233	7.6246	26.1458
VAR04	0.7299	.....	3.5929	6.8414	33.0072
VAR05	0.7048	.....	3.1966	6.0932	39.1004
VAR06	0.5505	.....	2.0866	3.9704	43.0708
VAR07	0.4981	.....	1.8199	3.4114	46.4822
VAR08	0.4880	.....	1.8111	3.3982	50.0804
VAR09	0.4745	.....	1.7650	3.3397	53.4197
VAR10	0.3879	.....	1.2397	2.3704	55.7901
VAR11	0.4066	.....	1.3188	2.4704	58.2605
VAR12	0.2697	.....	0.6046	1.1458	59.4063
VAR13	0.4007	.....	1.2733	2.4000	61.8063
VAR14	0.4833	.....	1.5233	2.8571	64.6634
VAR15	0.3977	.....	1.2508	2.3571	67.0205
VAR16	0.3174	.....	0.8331	1.5634	68.5839
VAR17	0.4630	.....	1.3737	2.5839	71.1678
VAR18	0.4905	.....	1.4669	2.7839	73.9517
VAR19	0.4739	.....	1.3397	2.5179	76.4696
VAR20	0.3056	.....	0.8556	1.6179	78.0875
VAR21	0.4558	.....	1.2907	2.4379	80.5254
VAR22	0.4668	.....	1.3571	2.5571	83.0825
VAR23	0.4761	.....	1.3485	2.5371	85.6196
VAR24	0.4111	.....	0.7718	1.4571	87.0767
VAR25	0.2919	.....	0.7299	1.3704	88.4471
VAR26	0.3662	.....	0.6929	1.3000	89.7471
VAR27	0.4519	.....	1.2907	2.4379	92.1850
VAR28	0.3400	.....	0.6551	1.2379	93.4229
VAR29	0.3174	.....	0.6551	1.2379	94.6608
VAR30	0.4849	.....	1.3602	2.5571	97.2179
VAR31	0.3718	.....	0.8407	1.5634	98.7813
VAR32	0.3379	.....	0.7197	1.3571	100.1384
VAR33	0.4426	.....	1.2517	2.3571	102.4955
VAR34	0.4427	.....	1.2507	2.3571	104.8526
VAR35	0.2987	.....	0.8488	1.5839	106.4365
VAR36	0.4179	.....	0.8605	1.6179	108.0544
VAR37	0.4497	.....	0.9221	1.7379	110.0913
VAR38	0.3253	.....	0.6172	1.1679	111.2582
VAR39	0.4741	.....	1.3744	2.5679	113.8261
VAR40	0.4601	.....	1.3516	2.5179	116.3440
VAR41	0.7457	.....	4.8788	9.1458	125.4898
VAR42	0.3279	.....	0.6200	1.1679	126.6567
VAR43	0.4020	.....	0.8000	1.5000	128.1567
VAR44	0.3584	.....	0.7188	1.3571	129.5141
VAR45	0.4032	.....	0.8164	1.5379	131.0510



ACTITUDES

VAR48 0.27684
VAR49 0.24768
VAR50 0.29539
VAR51 0.24698
VAR52 0.28843

00000
00000
00000

0.25156
0.24844
0.21081
0.28109
0.29225

00000
00000
00000

03/04/83

PAGE 21

98.7
99.1
99.6
99.9
100.0



MORE THAN 25 ITERATIONS REQUIRED.



ACTITUDES

03/04/83

PAGE 25

FILE CLINICA (CREATION DATE = 03/04/83)



	FACTOR 1	FACTOR 2	FACTOR 3	FACTOR 4	FACTOR 5	FACTOR 6	FACTOR 7	FACTOR 8	FACTOR 9	FACTOR 10
VAR44	-0.07058	0.05766	-0.07658	0.07928	-0.02851	0.05728	0.21521	0.15816	-0.01195	-0.15794
VAR45	0.13554	-0.05473	0.05404	-0.18133	0.02130	-0.01130	0.01130	0.11770	0.01130	-0.16552
VAR46	-0.06945	-0.14829	-0.09512	-0.08491	-0.05050	0.01130	0.01130	0.11770	0.01130	-0.08170
VAR47	0.04167	-0.02748	-0.07518	0.02197	0.00000	0.01130	0.01130	0.11770	0.01130	-0.05179
VAR48	-0.05748	-0.03778	-0.07138	0.01816	-0.07752	0.01130	0.01130	0.11770	0.01130	-0.17239
VAR49	0.05748	-0.07613	-0.00130	-0.18116	-0.07752	0.01130	0.01130	0.11770	0.01130	-0.08747
VAR50	0.01631	-0.03354	-0.01824	-0.03266	-0.01355	0.01130	0.01130	0.11770	0.01130	-0.08747
VAR51	0.11924	-0.03354	-0.02311	0.01498	-0.02009	0.01130	0.01130	0.11770	0.01130	-0.01130
VAR52	-0.03181	-0.07118	-0.09755	0.08661	-0.03209	-0.01130	0.01130	0.11770	0.01130	-0.08747
	FACTOR 11	FACTOR 12	FACTOR 13	FACTOR 14	FACTOR 15	FACTOR 16	FACTOR 17	FACTOR 18		
VAR53	-0.01711	-0.04632	-0.05780	-0.02957	0.04911	-0.02314	-0.03781	-0.01405		
VAR54	-0.11216	-0.11896	-0.02167	-0.18481	-0.06338	-0.05302	-0.02561	-0.04862		
VAR55	0.04152	0.02623	0.06364	-0.05875	-0.00054	-0.05302	0.00538	0.04311		
VAR56	-0.14498	0.10774	-0.06489	-0.05234	-0.01601	-0.01130	0.12488	-0.01414		
VAR57	-0.08451	-0.02570	-0.02570	-0.05234	0.01130	0.01130	0.00888	0.00493		
VAR58	0.22716	-0.05080	-0.02301	0.04425	0.03122	0.01130	-0.03893	-0.00227		
VAR59	0.04531	-0.05870	-0.01381	0.00087	0.17674	0.01130	0.01130	0.05124		
VAR60	0.07456	-0.11220	-0.00450	0.12023	0.01130	0.01130	-0.05674	0.01130		
VAR61	0.02049	-0.01126	0.00971	0.11274	0.02304	0.01130	0.01130	0.01130		
VAR62	0.01651	0.13837	-0.12664	-0.00748	-0.05302	-0.01130	-0.00915	-0.01844		
VAR63	-0.02191	0.01238	-0.10183	-0.01598	-0.05302	0.01130	0.01130	0.01130		
VAR64	-0.08291	-0.08341	-0.01084	-0.08291	0.01130	0.01130	0.01130	0.01130		
VAR65	0.11368	-0.08374	-0.01611	-0.08291	0.01130	0.01130	0.01130	0.01130		
VAR66	0.01366	-0.05824	-0.05824	-0.01543	0.01130	0.01130	0.01130	0.01130		
VAR67	0.07403	-0.04326	0.10716	0.00087	0.01130	0.01130	0.01130	0.01130		
VAR68	-0.01958	-0.07487	-0.00849	-0.00087	0.01130	0.01130	0.01130	0.01130		
VAR69	0.05748	-0.02238	-0.02488	0.01130	0.01130	0.01130	0.01130	0.01130		
VAR70	-0.01721	0.00410	0.00410	0.00310	-0.00087	-0.00087	-0.00087	-0.00087		
VAR71	-0.01156	-0.00211	-0.05498	-0.00087	0.00087	0.00087	0.00087	0.00087		
VAR72	0.00000	0.00576	-0.12999	-0.00087	-0.00087	-0.00087	-0.00087	-0.00087		
VAR73	-0.05287	-0.02364	-0.15284	-0.00087	0.00087	0.00087	0.00087	0.00087		
VAR74	0.06944	-0.02047	-0.01246	0.00087	0.00087	0.00087	0.00087	0.00087		
VAR75	0.01130	0.01130	0.01130	0.01130	0.01130	0.01130	0.01130	0.01130		
VAR76	-0.01130	-0.01130	-0.01130	-0.01130	-0.01130	-0.01130	-0.01130	-0.01130		
VAR77	0.01130	0.01130	0.01130	0.01130	0.01130	0.01130	0.01130	0.01130		
VAR78	-0.01130	-0.01130	-0.01130	-0.01130	-0.01130	-0.01130	-0.01130	-0.01130		
VAR79	0.01130	0.01130	0.01130	0.01130	0.01130	0.01130	0.01130	0.01130		
VAR80	-0.01130	-0.01130	-0.01130	-0.01130	-0.01130	-0.01130	-0.01130	-0.01130		
VAR81	0.01130	0.01130	0.01130	0.01130	0.01130	0.01130	0.01130	0.01130		
VAR82	-0.01130	-0.01130	-0.01130	-0.01130	-0.01130	-0.01130	-0.01130	-0.01130		
VAR83	0.01130	0.01130	0.01130	0.01130	0.01130	0.01130	0.01130	0.01130		
VAR84	-0.01130	-0.01130	-0.01130	-0.01130	-0.01130	-0.01130	-0.01130	-0.01130		
VAR85	0.01130	0.01130	0.01130	0.01130	0.01130	0.01130	0.01130	0.01130		
VAR86	-0.01130	-0.01130	-0.01130	-0.01130	-0.01130	-0.01130	-0.01130	-0.01130		
VAR87	0.01130	0.01130	0.01130	0.01130	0.01130	0.01130	0.01130	0.01130		
VAR88	-0.01130	-0.01130	-0.01130	-0.01130	-0.01130	-0.01130	-0.01130	-0.01130		
VAR89	0.01130	0.01130	0.01130	0.01130	0.01130	0.01130	0.01130	0.01130		
VAR90	-0.01130	-0.01130	-0.01130	-0.01130	-0.01130	-0.01130	-0.01130	-0.01130		
VAR91	0.01130	0.01130	0.01130	0.01130	0.01130	0.01130	0.01130	0.01130		
VAR92	-0.01130	-0.01130	-0.01130	-0.01130	-0.01130	-0.01130	-0.01130	-0.01130		



ACTIVLOS

03/04/83

PAGE 26

FILE CLINICA (CRFATON DATE = 03/04/83)



	FACTOR 11	FACTOR 12	FACTOR 13	FACTOR 14	FACTOR 15	FACTOR 16	FACTOR 17	FACTOR 18
VAL 12	0.08461	-0.06692	0.06233	-0.22021	-0.07858	-0.00922	0.12929	-0.04587
VAL 13	0.08110	-0.02664	0.12523	-0.07284	-0.11378	-0.00246	-0.02959	0.00077
VAL 14	0.02544	-0.12647	-0.06347	-0.09175	-0.03077	-0.00114	-0.03091	0.00536
VAL 15	-0.04948	0.04637	0.00245	-0.05267	-0.14016	-0.00204	-0.06879	0.00764
VAL 16	-0.08258	0.03128	0.07328	-0.08817	-0.16884	-0.00826	0.14377	-0.03921
VAL 17	-0.15488	-0.00181	-0.03925	0.08246	-0.01264	-0.00284	0.00936	-0.04199
VAL 18	-0.00070	-0.14378	-0.15052	0.08617	-0.08636	-0.00429	-0.02916	-0.12675
VAL 19	-0.16404	-0.03245	-0.07379	0.05076	0.00241	-0.00349	-0.07467	0.02552
VAL 40	0.10519	-0.03245	-0.07379	0.05076	0.00241	-0.00349	-0.07467	0.02552
VAL 41	0.01149	-0.03245	-0.07379	0.05076	0.00241	-0.00349	-0.07467	0.02552
VAL 42	0.09722	-0.03245	-0.07379	0.05076	0.00241	-0.00349	-0.07467	0.02552
VAL 43	0.01631	-0.03245	-0.07379	0.05076	0.00241	-0.00349	-0.07467	0.02552
VAL 44	0.08224	-0.03245	-0.07379	0.05076	0.00241	-0.00349	-0.07467	0.02552
VAL 45	-0.02862	-0.03245	-0.07379	0.05076	0.00241	-0.00349	-0.07467	0.02552
VAL 37	0.03774	-0.03245	-0.07379	0.05076	0.00241	-0.00349	-0.07467	0.02552
VAL 48	0.04556	-0.03245	-0.07379	0.05076	0.00241	-0.00349	-0.07467	0.02552
VAL 49	0.01453	-0.03245	-0.07379	0.05076	0.00241	-0.00349	-0.07467	0.02552
VAL 50	-0.01077	-0.03245	-0.07379	0.05076	0.00241	-0.00349	-0.07467	0.02552
VAL 51	0.01868	-0.03245	-0.07379	0.05076	0.00241	-0.00349	-0.07467	0.02552
VAL 52	0.02094	-0.03245	-0.07379	0.05076	0.00241	-0.00349	-0.07467	0.02552
VAL 53	0.02204	-0.03245	-0.07379	0.05076	0.00241	-0.00349	-0.07467	0.02552
VAL 54	0.02204	-0.03245	-0.07379	0.05076	0.00241	-0.00349	-0.07467	0.02552





A P E N D I C E B

ANALISIS DE VARIANZA

ACT111PES

03/18/83

FILE CLINICA (CREATION DATE = 03/18/83)

***** ANALYSIS OF VARIANCE *****

AL
BY VAR47

SOURCE OF VARIATION	SUM OF SQUARES	DF	MEAN SQUARE	F	SIG. OF F
MAIN EFFECTS	192.367	5	38.473	0.806	0.999
VAR47	192.367	5	38.473	0.806	0.999
EXPLAINED	192.367	5	38.473	0.806	0.999
RESIDUAL	8164.763	171	47.747		
TOTAL	8357.130	176	47.484		

180 CASES WERE PROCESSED.
3 CASES (1.7 PCT) WERE MISSING.



ACTITUDES

03/18/83

DATA TRANSFORMATION DONE UP TO THIS POINT..

NO OF TRANSFORMATIONS	1
NO OF RECCCF VALUES	0
NO OF ARITHM. OR LOG. OPERATIONS	36

ANOVA IC BY VAR#7(1.6)

ANOVA PROBLEM REQUIRES 102 WORDS OF SPACE.

END OF DATA INPUT, READ COUNT = 100



ACTITURES

03/18/83

FILE CLINICA (CREATION DATE = 03/18/83)

***** ANALYSIS OF VARIANCE *****

IC
BY VAR47

SOURCE OF VARIATION	SUM OF SQUARES	DF	MEAN SQUARE	F	SIGNIF OF F
MAIN EFFECTS VAR47	685.898 685.898	5	137.180	4.868	0.001
EXPLAINED	685.898	5	137.180	4.868	0.001
RESIDUAL	4819.018	171	28.181		
TOTAL	5504.915	176	31.270		

160 CASES WERE PROCESSED.
3 CASES (1.7 PCT) WERE MISSING.



ACTITUDES

03/18/83

FILE CLINICA (CREATION DATE = 03/18/83)

***** ANALYSIS OF VARIANCE *****

BY ^{bF}VAR46

SOURCE OF VARIATION	SUM OF SQUARES	DF	MEAN SQUARE	F	SIGNTF OF F
MAIN EFFECTS VAR46	17.338 17.334	1	17.334	0.503 0.503	0.998 0.998
EXPLAINED	17.334	1	17.334	0.503	0.998
RESIDUAL	6136.998	178	34.477		
TOTAL	6154.328	179	34.382		

180 CASES WERE PROCESSED.
0 CASES (0.0 PCT) WERE MISSING.



ACTITUDES

03/18/83

DATA TRANSFORMATION DONE UP TO THIS POINT..

NO OF TRANSFORMATIONS	3
NO OF BECCCF VALUES	3
NO OF ARITHM. OR LOG. OPERATIONS	36

ANOVA AL BY VAR#6(1,2)

'ANOVA' PROBLEM REQUIRES 26 WORDS OF SPACE.

END OF DATA INPUT, READ COUNT = 180



ACTIVITIES

03/18/83

FILE CLINICA (CREATION DATE = 03/18/83)

***** ANALYSIS OF VARIANCE *****

AL
BY VAR46

SOURCE OF VARIATION	SUM OF SQUARES	DF	MEAN SQUARE	F	SIGNIF OF F
MAIN EFFECTS	0.961	1	0.961	0.020	0.995
VAR46	0.961	1	0.961	0.020	0.995
EXPLAINED	0.961	1	0.961	0.020	0.995
RESIDUAL	8393.366	178	47.154		
TOTAL	8394.328	179	46.896		

180 CASES WERE PROCESSED.
0 CASES (0.0 PCT) WERE MISSING.



ACTITUDES

03/18/83

FILE CLINICA (CREATION DATE = 03/18/83)

***** ANALYSIS OF VARIANCE *****

IF
BY VAR46

SOURCE OF VARIATION	SUM OF SQUARES	DF	MEAN SQUARE	F	SIGNTF OF F
MAIN EFFECTS	23.178	1	23.178	0.749	0.999
VAR46	23.178	1	23.178	0.749	0.999
EXPLAINED	23.178	1	23.178	0.749	0.999
RESIDUAL	5508.799	170	30.948		
TOTAL	5531.978	179	30.905		

180 CASES WERE PROCESSED.
0 CASES (0.0 PCT) WERE MISSING.



ACTITURES

03/18/83

FILE CLINICA (CREATION DATE = 03/18/83)

***** ANALYSIS OF VARIANCE *****

SOURCE OF VARIATION	SUM OF SQUARES	DF	MEAN SQUARE	F	SIGNIF OF F
MAIN EFFECTS VAR46	48.335	1	48.335	2.192	0.136
EXPLAINED	48.335	1	48.335	2.192	0.136
RESIDUAL	3925.776	178	22.055		
TOTAL	3974.111	179	22.202		

100 CASES WERE PROCESSED.
 0 CASES (0.0 PCT) WERE MISSING.



ACTITUDES

03/10/83

FILE CLINICA (CREATION DATE = 03/18/83)

***** ANALYSIS OF VARIANCE *****

BY VAR97

SOURCE OF VARIATION	SUM OF SQUARES	DF	MEAN SQUARE	F	SIGNIF OF F
MAIN EFFECTS	337.215	5	67.443	2.009	0.079
EXPLAINED	337.215	5	67.443	2.009	0.079
RESIDUAL	5741.677	171	33.577		
TOTAL	6078.893	176	34.539		

160 CASES WERE PROCESSED.
3 CASES (1.7 PCT) WERE MISSING.



ACTITUDES

03/18/83

FILE CLINICA (CREATION DATE = 03/18/83)

***** ANALYSIS OF VARIANCE *****

BY VAR47

SOURCE OF VARIATION	SUM OF SQUARES	DF	MEAN SQUARE	F	SIGNIF OF F
MAIN EFFECTS	198.351	5	39.670	1.866	0.102
VAR47	198.351	5	39.670	1.866	0.102
EXPLAINED	198.351	5	39.670	1.866	0.102
RESIDUAL	3635.287	171	21.259		
TOTAL	3833.638	176	21.782		

100 CASES WERE PROCESSED.
3 CASES (1.7 PCT) WERE MISSING.



ACTITUDS

03/18/83

FILE CLINICA (CREATION DATE = 03/18/83)

***** ANALYSIS OF VARIANCE *****

- FY ⁸³VAR49 *****

SOURCE OF VARIATION	SUM OF SQUARES	DF	MEAN SQUARE	F	SIGNIF OF F
MAIN EFFECTS	26.876	2	13.438	0.388	0.999
EXPLAINED	26.876	2	13.438	0.388	0.999
RESIDUAL	6127.452	177	34.618		
TOTAL	6154.328	179	34.382		

100 CASES WERE PROCESSED.
0 CASES (0.0 PCT) WERE MISSING.



ACTITUDES

03/18/83

FILE CLINICA (CREATION DATE = 03/18/83)

***** ANALYSIS OF VARIANCE *****

***** AL *****
***** VAR49 *****

SOURCE OF VARIATION	SUM OF SQUARES	DF	MEAN SQUARE	F	SIGNIF CF F
---------------------	----------------	----	-------------	---	----------------

MAIN EFFECTS VAR49	26.038	2	13.019	0.275	0.999
-----------------------	--------	---	--------	-------	-------

EXPLAINED:	26.038	2	13.019	0.275	0.999
------------	--------	---	--------	-------	-------

RESIDUAL	8368.290	177	47.278		
----------	----------	-----	--------	--	--

TOTAL	8394.328	179	46.896		
-------	----------	-----	--------	--	--

120 CASES WERE PROCESSED.
0 CASES (0.3 PCT) WERE MISSING.



ACTITUDES

03/18/83

FILE CLINICA (CREATION DATE = 03/18/83)

***** ANALYSIS OF VARIANCE *****

BY ^{BF} VAR52 *****

SOURCE OF VARIATION	SUM OF SQUARES	DF	MEAN SQUARE	F	SIGNIF OF F
MAIN EFFECTS VAR52	316.159	7	45.166	1.331	0.238
EXPLAINED	316.159	7	45.166	1.331	0.238
RESIDUAL	5838.169	172	33.943		
TOTAL	6154.328	179	34.382		

180 CASES WERE PROCESSED.
0 CASES (0.0 PCT) WERE MISSING.



ACTITUDCS

03/18/P3

FILE CLINICA (CREATION DATE = 03/18/83)

***** ANALYSIS OF VARIANCE *****

AL
BY VARS2

SOURCE OF VARIATION	SUM OF SQUARES	DF	MEAN SQUARE	F	STGNT OF F
MAIN EFFECTS	158.704	7	22.672	0.474	0.999
EXPLAINED	158.704	7	22.672	0.474	0.999
RESIDUAL	8235.623	172	47.882		
TOTAL	8394.328	179	46.896		

140 CASES WERE PROCESSED.
0 CASES (0.0 PCT) WERE MISSING.



ACTITURES

03/18/83

FILE CLINICA (CREATION DATE = 03/16/83)

***** ANALYSIS OF VARIANCE *****

IF
- - - - - FY VAR49

SOURCE OF VARIATION	SUM OF SQUARES	DF	MEAN SQUARE	F	SIG: IF CF F
---------------------	----------------	----	-------------	---	-----------------

MAIN EFFECTS	8.477	2	4.239	0.136	0.984
VAR49	8.477	2	4.239	0.136	0.984

EXPLAINED	8.477	2	4.239	0.136	0.984
-----------	-------	---	-------	-------	-------

RESIDUAL	5523.500	177	31.206		
----------	----------	-----	--------	--	--

TOTAL	5531.978	179	30.905		
-------	----------	-----	--------	--	--

180 CASES WERE PROCESSED.
0 CASES (0.0 PCT) WERE MISSING.



ACTITUDES

03/10/83

FILE CLINICA (CREATION DATE = 03/18/83)

***** ANALYSIS OF VARIANCE *****

BY ^{CF}VAR49 *****

SOURCE OF VARIATION	SUM OF SQUARES	DF	MEAN SQUARE	F	SIG. OF F
MAIN EFFECTS	112.111	2	56.055	2.569	0.078
EXPLAINED	112.111	2	56.055	2.569	0.078
RESIDUAL	3862.000	177	21.819		
TOTAL	3974.111	179	22.202		

180 CASES WERE PROCESSED.
0 CASES (0.0 PCT) WERE MISSING.



ACTITUDES

03/18/83

FILE CLINICA (CREATION DATE = 03/18/83)

***** ANALYSIS OF VARIANCE *****

 ID
 BY: VAP52

SOURCE OF VARIATION	SUM OF SQUARES	DF	MEAN SQUARE	F	SIG: F OF F
MAIN EFFECTS	137.390	7	19.627	0.626	0.999
VAI 52	137.390	7	19.627	0.626	0.999
EXPLAINED	137.390	7	19.627	0.626	0.999
RESIDUAL	5394.588	172	31.364		
TOTAL	5531.978	179	30.905		

100 CASES WERE PROCESSED.
 0 CASES (0.0 PCT) WERE MISSING.



ACTITUDES

03/18/83

FILE CLINICA (CREATION DATE = 03/18/83)

***** ANALYSIS OF VARIANCE *****

BY VARS2.

SOURCE OF VARIATION	SUM OF SQUARES	DF	MEAN SQUARE	F	SIGNIF OF F
MAIN EFFECTS	155.248	7	22.178	0.999	0.999
EXPLAINED	155.248	7	22.178	0.999	0.999
RESIDUAL	3818.863	172	22.203		
TOTAL	3974.111	179	22.202		

180 CASES WERE PROCESSED.
 0 CASES (0.0 PCT) WERE MISSING.



ACTITUDES

03/18/83

FILE CLINICA (CREATION DATE = 03/18/83)

***** ANALYSIS OF VARIANCE *****

BY VARAS

SOURCE OF VARIATION	SUM OF SQUARES	DF	MEAN SQUARE	F	SIG. IF OF F
MAIN EFFECTS VARAS	780.359	6	130.060	4.187	0.001
EXPLAINED	780.359	6	130.060	4.187	0.001
RESIDUAL	5373.969	173	31.063		
TOTAL	6154.328	179	34.302		

180 CASES WERE PROCESSED.
0 CASES (0.0 PCT) WERE MISSING.



ACTITUDS

03/18/83

FILE CLINICA (CREATION DATE = 03/18/83)

***** ANALYSIS OF VARIANCE *****

BY VAR45

SOURCE OF VARIATION	SUM OF SQUARES	DF	MEAN SQUARE	F	SIGNIF OF F
MAIN EFFECTS	395.627	6	65.938	1.426	0.206
VAR45	395.627	6	65.938	1.426	0.206
EXPLAINED	395.627	6	65.938	1.426	0.206
RESIDUAL	7998.641	173	46.235		
TOTAL	8394.328	179	46.896		

100 CASES WERE PROCESSED.
0 CASES (0.0 PCT) WERE MISSING.



03/18/83

ACTITUDS

FILE CLINICA (CITATION DATE = 03/18/83)

***** ANALYSIS OF VARIANCE *****

IF
PY VAR95

SOURCE OF VARIATION	SUM OF SQUARES	DF	MEAN SQUARE	F	SIG:IF OF F
MAIN EFFECTS VAR95	406.228 406.228	6	67.705 67.705	2.285 2.285	0.038 0.038
EXPLAINED	406.228	6	67.705	2.285	0.038
RESIDUAL	5125.750	173	29.629		
TOTAL	5531.978	179	30.905		

100 CASES WERE PROCESSED.
0 CASES (0.0 PCT) WERE MISSING.



ACTIVITIES

03/18/83

FILE CLINICA (CREATION DATE = 03/18/83)

***** ANALYSIS OF VARIANCE *****

BY VARS

SOURCE OF VARIATION	SUM OF SQUARES	DF	MEAN SQUARE	F	SIG. OF F
---------------------	----------------	----	-------------	---	-----------

MAIN EFFECTS	746.095	6	124.349	6.664	0.001
VAR25	746.095	6	124.349	6.664	0.001

EXPLAINED	746.095	6	124.349	6.664	0.001
-----------	---------	---	---------	-------	-------

RESIDUAL	3228.016	173	18.659		
----------	----------	-----	--------	--	--

TOTAL	3974.111	179	22.202		
-------	----------	-----	--------	--	--

1.0 CASES WERE PROCESSED.
 0 CASES (0.0 PCT) WERE MISSING.





A P E N D I C E C

CHI²

FILE CLINICA (CREATION DATE = 05/17/85)

***** CROSS TABULATION OF *****
 VAR28 BY VAR02 ***** PAGE 1 OF 1

VAR28	COUNT	0.	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	RUN TOTAL
1.		0	2	0	2	5	0	3	0	10
2.		2	17	4	25	45	1	27	7	126
3.		0	4	0	9	4	0	5	2	24
4.		1	1	1	5	6	0	6	0	20
COLUMN TOTAL		3	24	5	39	56	1	41	9	180
		1.7	15.3	2.8	21.7	32.2	0.6	22.8	5.0	100.0

CHI SQUARE = 14.11550 WITH 21 DEGREES OF FREEDOM SIGNIFICANCE = 0.8646
 CONTINGENCY COEFFICIENT = 0.16168
 CONTINGENCY COEFFICIENT = 0.26966
 LAMBDA (ASYMMETRIC) = 0.00000 WITH VAR28 DEPENDENT. = 0.04096 WITH VAR02 DEPENDENT.
 LAMBDA (SYMMETRIC) = 0.02341
 UNCERTAINTY COEFFICIENT (ASYMMETRIC) = 0.05084 WITH VAR28 DEPENDENT. = 0.02204 WITH VAR02 DEPENDENT.
 UNCERTAINTY COEFFICIENT (SYMMETRIC) = 0.03650
 KENDALL'S TAU A = -0.01034 SIGNIFICANCE = 0.3845
 KENDALL'S TAU B = -0.01151 SIGNIFICANCE = 0.3043
 GAMMA = -0.05774
 SJHLEDS D (ASYMMETRIC) = -0.01740 WITH VAR28 DEPENDENT. = -0.02408 WITH VAR02 DEPENDENT.
 SJHLEDS D (SYMMETRIC) = -0.01455
 CTA = 0.14123 WITH VAR28 DEPENDENT. = 0.02136 WITH VAR02 DEPENDENT.
 PEARSON'S R = -0.00043 SIGNIFICANCE = 0.4711



ATTITUDES

05/17/85

PAGE 4

FILE CLINICA (CREATION DATE = 05/17/85)

***** CROSS TABULATION OF *****
 ***** VAR29 BY VAR03 *****
 ***** PAGE 1 OF 1 *****

VAR29	COUNT	VAR03							ROW TOTAL
		0.	1.	2.	3.	4.	5.	6.	
1.	1	0	1	2	2	0	4	0	10
2.	11	12	3	30	23	5	35	7	126
3.	1	3	5	4	5	0	6	0	24
4.	3	1	1	5	3	0	7	0	20
COLUMN TOTAL	16	16	10	41	33	5	52	7	180
	4.9	8.9	5.6	22.8	18.3	2.8	28.9	3.9	100.0

CHI SQUARE = 22.59080 WITH 21 DEGREES OF FREEDOM SIGNIFICANCE = 0.3602
 LIKELIHOOD RATIO = 0.20453
 CONTINGENCY COEFFICIENT = 0.33395
 LIKELIHOOD RATIO (ASYMMETRIC) = 0.04104 WITH VAR29 DEPENDENT. = 0.00000 WITH VAR03 DEPENDENT.
 LIKELIHOOD RATIO (SYMMETRIC) = 0.01074
 UNCERTAINTY COEFFICIENT (ASYMMETRIC) = 0.47004 WITH VAR29 DEPENDENT. = 0.03246 WITH VAR03 DEPENDENT.
 UNCERTAINTY COEFFICIENT (SYMMETRIC) = 0.04708
 KENDALL'S TAU B = -0.06694 SIGNIFICANCE = 0.1481
 KENDALL'S TAU C = -0.05571 SIGNIFICANCE = 0.1481
 GAMMA = -0.11005
 SOKAL'S D (ASYMMETRIC) = -0.05252 WITH VAR29 DEPENDENT. = -0.06920 WITH VAR03 DEPENDENT.
 SOKAL'S D (SYMMETRIC) = -0.05511
 Cramer's V = 0.14660 WITH VAR29 DEPENDENT. = 0.08365 WITH VAR03 DEPENDENT.
 PEARSON'S R = -0.06698 SIGNIFICANCE = 0.1481



ACTITUDES

02/11/83

PAGE 5

FILE CLINICA (CREATION DATE = 05/17/83)

***** CROSS TABULATION OF *****
 VAR28 BY VAR04 ***** PAGE 1 OF 1

VAR28	COUNT	VAR04				ROW TOTAL
		0.	1.	2.	3.	
1.	0	10	0	0	10	
2.	1	122	1	2	126	
3.	0	22	1	1	24	
7.	0	19	0	1	20	
					11.1	
					180	
					100.0	
					173	
					1.1	
					2.2	
					180	
					100.0	

CHI SQUARE = 4.52075 WITH 3 DEGREES OF FREEDOM SIGNIFICANCE = 0.3134
 CONTINGENCY COEFFICIENT = 0.19150
 LAMBDA (ASYMMETRIC) = 0.15842 WITH VAR28 DEPENDENT. = 0.00000 WITH VAR04 DEPENDENT.
 LAMBDA (SYMMETRIC) = 0.09100
 UNCERTAINTY COEFFICIENT (ASYMMETRIC) = 0.01292 WITH VAR28 DEPENDENT. = 0.00913 WITH VAR04 DEPENDENT.
 UNCERTAINTY COEFFICIENT (SYMMETRIC) = 0.02120
 SERIALS TAU A = 0.10400 SIGNIFICANCE = 0.0703
 SERIALS TAU C = 0.02330 SIGNIFICANCE = 0.0703
 GAMMA = 0.43204
 SNEDECOR'S D (ASYMMETRIC) = 0.25256 WITH VAR28 DEPENDENT. = 0.04167 WITH VAR04 DEPENDENT.
 SNEDECOR'S D (SYMMETRIC) = 0.07135
 ETA = 0.10116 WITH VAR28 DEPENDENT. = 0.11053 WITH VAR04 DEPENDENT.
 PEARSON'S R = 0.10005 SIGNIFICANCE = 0.0085



ACTITUDES

05/17/85

PAGE 6

FILE CLINICA (CREATION DATE = 05/17/85)

***** CRUSSTABULATION OF *****
 ***** VAR25 ***** BY VAR05 *****
 ***** PAGE 1 OF 1 *****

VAR25	COUNT	VAR05					ROW TOTAL
		0.	1.	2.	3.	4.	
1.	0	0	4	0	6	10	
2.	0	2	59	22	45	126	
3.	0	0	10	4	10	24	
4.	1	0	9	4	6	20	
COLUMN TOTAL	1	2	82	30	65	180	
	0.6	1.1	45.6	16.7	36.1	100.0	

CHI SQUARE = 15.02781 WITH 12 DEGREES OF FREEDOM SIGNIFICANCE = 0.2670
 CONTINGENCY COEFFICIENT = 0.13316
 GAMMA (ASYMPTOTIC) = 0.25479 WITH VAR25 DEPENDENT. * 0.02041 WITH VAR05 DEPENDENT.
 GAMMA (ASYMPTOTIC) = 0.01971
 UNCERTAINTY COEFFICIENT (ASYMPTOTIC) = 0.05424 WITH VAR25 DEPENDENT. * 0.02866 WITH VAR05 DEPENDENT.
 UNCERTAINTY COEFFICIENT (ASYMPTOTIC) = 0.05124
 NEWMAN-KULS LAMBDA 1 = -0.02683 SIGNIFICANCE = 0.3459
 NEWMAN-KULS LAMBDA 2 = -0.01757 SIGNIFICANCE = 0.3459
 GAMMA 2 = -0.04471
 SMD 35'S D (ASYMPTOTIC) = -0.03426 WITH VAR25 DEPENDENT. * -0.03094 WITH VAR05 DEPENDENT.
 SMD 45'S D (ASYMPTOTIC) = -0.02556
 LIA = 0.19007 WITH VAR25 DEPENDENT. * 0.12869 WITH VAR05 DEPENDENT.
 PEARSON'S R = -0.00009 SIGNIFICANCE = 0.2115



ACTITUDES

05/17/85

PAGE 1

FILE CLINICA (CREATION DATE = 05/17/85)

***** CROSS TABULATION OF *****
 VAR26 BY VAR06 ***** PAGE 1 OF 1

VAR26	COUNT	0.	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	RUN TOTAL
1.	1	0	0	0	5	2	0	2	0	10 5.6
2.	10	3	11	25	26	2	49	2		120 70.0
5.	2	0	1	6	7	1	6	1		24 13.3
4.	2	1	1	3	4	0	8	1		20 11.1
COLUMN TOTAL		13	22	13	37	19	3	65	4	180
TOTAL		8.5	2.2	7.2	20.6	21.7	1.7	36.1	2.2	100.0

CHI SQUARE = 15.80147 WITH 21 DEGREES OF FREEDOM SIGNIFICANCE = 0.0760
 CRAMER'S V = 0.15987
 CONTINGENCY COEFFICIENT = 0.26586
 LAMBDA (ASYMMETRIC) = 0.00000 WITH VAR26 DEPENDENT. = 0.03478 WITH VAR06 DEPENDENT.
 LAMBDA (SYMMETRIC) = 0.06307
 UNCERTAINTY COEFFICIENT (ASYMMETRIC) = 0.04913 WITH VAR26 DEPENDENT. = 0.02400 WITH VAR06 DEPENDENT.
 UNCERTAINTY COEFFICIENT (SYMMETRIC) = 0.05054
 YEMMALL'S TAU B = 0.03016 SIGNIFICANCE = 0.2764
 YEMMALL'S TAU C = 0.03070 SIGNIFICANCE = 0.2764
 GAMMA = 0.05233
 SJMLIS'S D (ASYMMETRIC) = 0.04010 WITH VAR26 DEPENDENT. = 0.04842 WITH VAR06 DEPENDENT.
 SJMLIS'S D (SYMMETRIC) = 0.03712
 TTA = 0.12885 WITH VAR26 DEPENDENT. = 0.07302 WITH VAR06 DEPENDENT.
 PEARSON'S R = 0.03141 SIGNIFICANCE = 0.3378



FILE CLINICA (CREATION DATE = 05/17/85)

***** CRUISTARULATION OF *****
 VAR28 BY VAR07 ***** PAGE 1 OF 1

VAR28	COUNT	VAR07			ROW TOTAL
		0.	1.	2.	
1.	0	5	5	10	
2.	1	62	63	126	
3.	0	4	20	24	
4.	1	5	14	20	
COLUMN TOTAL		72	102	180	
		1.1	42.2	20.7	
				100.0	

CHI SQUARE = 14.83633 WITH 6 DEGREES OF FREEDOM SIGNIFICANCE = 0.0233
 CONTINGENCY COEFFICIENT = 0.27422
 GAMMA = 0.20163
 LAMBDA (ASYMMETRIC) = 0.06600 WITH VAR28 DEPENDENT. = 0.06600 WITH VAR07 DEPENDENT.
 LAMBDA (SYMMETRIC) = 0.06600
 UNCERTAINTY COEFFICIENT (ASYMMETRIC) = 0.04809 WITH VAR28 DEPENDENT. = 0.05530 WITH VAR07 DEPENDENT.
 UNCERTAINTY COEFFICIENT (SYMMETRIC) = 0.04809
 KENDALL'S TAU A = 0.18967 SIGNIFICANCE = 0.0050
 KENDALL'S TAU B = 0.13049 SIGNIFICANCE = 0.0050
 GAMMA = 0.21550
 GJENSEN'S D (ASYMMETRIC) = 0.15513 WITH VAR28 DEPENDENT. = 0.14933 WITH VAR07 DEPENDENT.
 GJENSEN'S D (SYMMETRIC) = 0.15462
 ETA = 0.22595 WITH VAR28 DEPENDENT. = 0.25028 WITH VAR07 DEPENDENT.
 PEARSON'S R = 0.15961 SIGNIFICANCE = 0.0161



ACTITUDES

05/17/85

PAGE 15

CPU TIME REQUIRED. 0.08 SECONDS

11 FINISH

USAGE DATA FILE IS EMPTY OR DUMMY
NOTIFY YOUR SPSS COORDINATOR OF THIS ERROR.

NORMAL END OF JOB.

11 CONTROL CARDS WERE PROCESSED.
0 ERRORS WERE DETECTED.



ACTITUDES

05/17/83

PAGE 9

FILE CLINICA (LOCATION DATE = 05/17/83)

***** CHUS STABILATION OF *****
 VAR28 BY VAR08 ***** PAGE 1 OF 1

VAR28	COUNT	VAR08				ROW TOTAL
		0.	1.	2.	3.	
1.	0	9	1	0	10 5.6	
2.	1	73	49	3	126 70.0	
3.	0	7	16	1	24 13.3	
4.	2	10	6	0	20 11.1	
COLUMN TOTAL	3	99	74	4	180 100.0	

CHI SQUARE = 20.31765 WITH 9 DEGREES OF FREEDOM SIGNIFICANCE = 0.0074
 CRAMER'S V = 0.20530
 CONTINGENCY COEFFICIENT = 0.33213
 LAMBDA (ASYMMETRIC) = 0.0124 WITH VAR28 DEPENDENT. = 0.11111 WITH VAR08 DEPENDENT.
 LAMBDA (SYMMETRIC) = 0.07807
 UNCERTAINTY COEFFICIENT (ASYMMETRIC) = 0.05954 WITH VAR28 DEPENDENT. = 0.05488 WITH VAR08 DEPENDENT.
 UNCERTAINTY COEFFICIENT (SYMMETRIC) = 0.00209
 KENDALL'S TAU B = 0.13746 SIGNIFICANCE = 0.0251
 KENDALL'S TAU C = 0.09195 SIGNIFICANCE = 0.0251
 GAMMA = 0.25955
 SOMER'S D (ASYMMETRIC) = 0.15066 WITH VAR28 DEPENDENT. = 0.14461 WITH VAR08 DEPENDENT.
 SOMER'S D (SYMMETRIC) = 0.13728
 ETA = 0.24020 WITH VAR28 DEPENDENT. = 0.25760 WITH VAR08 DEPENDENT.
 PEARSON'S R = 0.07017 SIGNIFICANCE = 0.1746



FILE CLINICA (CORRELATION DATE = 05/17/83)

***** CROSS TABULATION OF *****
 ***** BY *****
 ***** PAGE 1 OF 1

VAR25	COUNT	VAR09								ROW TOTAL
		0.	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	
1.		0	4	0	1	2	0	3	0	10
										5.6
2.		3	62	11	5	10	0	18	17	126
										70.8
3.		3	10	3	1	2	0	3	2	24
										15.3
4.		2	7	2	2	2	1	1	5	20
										11.1
	COLUMN TOTAL	8	83	16	9	16	1	25	22	100
		4.4	46.1	8.9	5.0	8.9	0.6	13.4	12.2	100.0

CHI SQUARE = 35.01910 WITH 21 DEGREES OF FREEDOM SIGNIFICANCE = 0.2463
 STAUER'S D V = 0.21525
 CONTINGENCY COEFFICIENT = 0.39933
 LAMBDA (ASYMMETRIC) = 0.06102 WITH VAR25 DEPENDENT. = 0.00000 WITH VAR09 DEPENDENT.
 LAMBDA (SYMMETRIC) = 0.06602
 UNCERTAINTY COEFFICIENT (ASYMMETRIC) = 0.06605 WITH VAR25 DEPENDENT. = 0.05121 WITH VAR09 DEPENDENT.
 UNCERTAINTY COEFFICIENT (SYMMETRIC) = 0.04754
 KENDALL'S TAU A = -0.05107 SIGNIFICANCE = 0.2142
 KENDALL'S TAU B = -0.04023 SIGNIFICANCE = 0.2142
 GAMMA = -0.03320
 SOKAL'S D (ASYMMETRIC) = -0.04119 WITH VAR25 DEPENDENT. = -0.06331 WITH VAR09 DEPENDENT.
 SOKAL'S D (SYMMETRIC) = -0.04401
 ETA = 0.27975 WITH VAR25 DEPENDENT. = 0.07736 WITH VAR09 DEPENDENT.
 PEARSON'S R = -0.04506 SIGNIFICANCE = 0.2696



FILE CLINICA (CREATION DATE = 05/17/83)

***** CROSS TABULATION OF *****
 VAR28 BY VAR10 ***** PAGE 1 OF 1

VAR28	COUNT	VAR10							ROW TOTAL
		0.	1.	2.	3.	4.	5.	7.	
1.	3	3	0	1	1	1	1	10	
								5.6	
2.	27	15	17	18	17	23	9	126	
								70.0	
3.	7	4	0	2	4	5	4	24	
								13.3	
4.	6	3	2	1	3	2	3	20	
								11.1	
COLUMN TOTAL		43	25	19	22	25	17	140	
		25.9	13.9	10.6	12.2	13.9	16.1	100.0	

CHI SQUARE = 15.71131 WITH 14 DEGREES OF FREEDOM SIGNIFICANCE = 0.7549
 CHI-SQUARE = 0.16050
 CONTINGENCY COEFFICIENT = 0.26758
 LAMBDA (ASYMMETRIC) = 0.00000 WITH VAR28 DEPENDENT. = 0.00000 WITH VAR10 DEPENDENT.
 LAMBDA (SYMMETRIC) = 0.00000
 UNCERTAINTY COEFFICIENT (ASYMMETRIC) = 0.05111 WITH VAR28 DEPENDENT. = 0.02403 WITH VAR10 DEPENDENT.
 UNCERTAINTY COEFFICIENT (SYMMETRIC) = 0.03248
 KENDALL'S TAU B = 0.00000 SIGNIFICANCE = 0.4432
 KENDALL'S TAU C = 0.00000 SIGNIFICANCE = 0.4432
 GAMMA = 0.01411
 SJNEST'S D (ASYMMETRIC) = 0.00673 WITH VAR28 DEPENDENT. = 0.01191 WITH VAR10 DEPENDENT.
 SJNEST'S D (SYMMETRIC) = 0.00450
 PIA = 0.15035 WITH VAR28 DEPENDENT. = 0.06606 WITH VAR10 DEPENDENT.
 PEARSON'S R = 0.00745 SIGNIFICANCE = 0.4005





A P E N D I C E D

DATOS SOCIOECONOMICOS



A P E N D I C E D

DATOS SOCIOECONOMICOS

ACTIVITIES

03/18/83

PAGE 3

FILE CII.TCA (CPICAT) DATE = 03/18/83



DESCRIPTION OF SUBPOPULATIONS

CRITICAL VARIABLE VALUE LABEL
 SCREEN CODE TY VAF1
 TY VAF2
 TY VAF3
 TY VAF4
 TY VAF5

VARIABLE FOR ENTIRE SUBPOPULATION	CODE	VALUE LABEL	SUM 308.8888	MEAN 1.7111	STD DEV 0.4555	VARIANCE 0.2084	N 188
VAF1	1.		52.000	1.000	0.000	0.000	52
VAF2	2.		2.000	1.000	0.000	0.000	2
VAF3	3.		2.000	1.000	0.000	0.000	2
VAF4	4.		2.000	1.000	0.000	0.000	2
VAF5	5.		2.000	1.000	0.000	0.000	2
VAF6	6.		2.000	1.000	0.000	0.000	2
VAF7	7.		2.000	1.000	0.000	0.000	2
VAF8	8.		2.000	1.000	0.000	0.000	2
VAF9	9.		2.000	1.000	0.000	0.000	2
VAF10	10.		2.000	1.000	0.000	0.000	2
VAF11	11.		2.000	1.000	0.000	0.000	2
VAF12	12.		2.000	1.000	0.000	0.000	2
VAF13	13.		2.000	1.000	0.000	0.000	2
VAF14	14.		2.000	1.000	0.000	0.000	2
VAF15	15.		2.000	1.000	0.000	0.000	2
VAF16	16.		2.000	1.000	0.000	0.000	2
VAF17	17.		2.000	1.000	0.000	0.000	2
VAF18	18.		2.000	1.000	0.000	0.000	2
VAF19	19.		2.000	1.000	0.000	0.000	2
VAF20	20.		2.000	1.000	0.000	0.000	2
VAF21	21.		2.000	1.000	0.000	0.000	2
VAF22	22.		2.000	1.000	0.000	0.000	2
VAF23	23.		2.000	1.000	0.000	0.000	2
VAF24	24.		2.000	1.000	0.000	0.000	2
VAF25	25.		2.000	1.000	0.000	0.000	2
VAF26	26.		2.000	1.000	0.000	0.000	2
VAF27	27.		2.000	1.000	0.000	0.000	2
VAF28	28.		2.000	1.000	0.000	0.000	2
VAF29	29.		2.000	1.000	0.000	0.000	2
VAF30	30.		2.000	1.000	0.000	0.000	2



ACTITLRES
CRITFRICH VARIABLE VARDI
VARIAME

03/10/83

PAGE

4



VARIABLE	CCOC	VALUE LABFL	SUM	PEAK	STD DEV	VAL. IN	VAL. OUT
VAR42	3.		1.000	1.000	0.000	0.000	1
VAR43	3.		1.000	1.000	0.000	0.000	1
VAR45	3.		1.000	1.000	0.000	0.000	1
VAR46	3.		1.000	1.000	0.000	0.000	1
VAR47	3.		1.000	1.000	0.000	0.000	1
VAR48	3.		1.000	1.000	0.000	0.000	1
VAR49	3.		1.000	1.000	0.000	0.000	1
VAR50	3.		1.000	1.000	0.000	0.000	1
VAR51	3.		1.000	1.000	0.000	0.000	1
VAR52	3.		1.000	1.000	0.000	0.000	1
VAR53	3.		1.000	1.000	0.000	0.000	1
VAR54	3.		1.000	1.000	0.000	0.000	1
VAR55	3.		1.000	1.000	0.000	0.000	1
VAR56	3.		1.000	1.000	0.000	0.000	1
VAR57	3.		1.000	1.000	0.000	0.000	1
VAR58	3.		1.000	1.000	0.000	0.000	1
VAR59	3.		1.000	1.000	0.000	0.000	1
VAR60	3.		1.000	1.000	0.000	0.000	1
VAR61	3.		1.000	1.000	0.000	0.000	1
VAR62	3.		1.000	1.000	0.000	0.000	1
VAR63	3.		1.000	1.000	0.000	0.000	1
VAR64	3.		1.000	1.000	0.000	0.000	1
VAR65	3.		1.000	1.000	0.000	0.000	1
VAR66	3.		1.000	1.000	0.000	0.000	1
VAR67	3.		1.000	1.000	0.000	0.000	1
VAR68	3.		1.000	1.000	0.000	0.000	1
VAR69	3.		1.000	1.000	0.000	0.000	1
VAR70	3.		1.000	1.000	0.000	0.000	1
VAR71	3.		1.000	1.000	0.000	0.000	1
VAR72	3.		1.000	1.000	0.000	0.000	1
VAR73	3.		1.000	1.000	0.000	0.000	1
VAR74	3.		1.000	1.000	0.000	0.000	1
VAR75	3.		1.000	1.000	0.000	0.000	1
VAR76	3.		1.000	1.000	0.000	0.000	1
VAR77	3.		1.000	1.000	0.000	0.000	1
VAR78	3.		1.000	1.000	0.000	0.000	1
VAR79	3.		1.000	1.000	0.000	0.000	1
VAR80	3.		1.000	1.000	0.000	0.000	1
VAR81	3.		1.000	1.000	0.000	0.000	1
VAR82	3.		1.000	1.000	0.000	0.000	1
VAR83	3.		1.000	1.000	0.000	0.000	1
VAR84	3.		1.000	1.000	0.000	0.000	1
VAR85	3.		1.000	1.000	0.000	0.000	1
VAR86	3.		1.000	1.000	0.000	0.000	1
VAR87	3.		1.000	1.000	0.000	0.000	1
VAR88	3.		1.000	1.000	0.000	0.000	1
VAR89	3.		1.000	1.000	0.000	0.000	1
VAR90	3.		1.000	1.000	0.000	0.000	1
VAR91	3.		1.000	1.000	0.000	0.000	1
VAR92	3.		1.000	1.000	0.000	0.000	1
VAR93	3.		1.000	1.000	0.000	0.000	1
VAR94	3.		1.000	1.000	0.000	0.000	1
VAR95	3.		1.000	1.000	0.000	0.000	1
VAR96	3.		1.000	1.000	0.000	0.000	1
VAR97	3.		1.000	1.000	0.000	0.000	1
VAR98	3.		1.000	1.000	0.000	0.000	1
VAR99	3.		1.000	1.000	0.000	0.000	1
VAR100	3.		1.000	1.000	0.000	0.000	1



ACTITLES
 CRITFRICA VARIABLE VARG1
 VARIABLE

03/12/83 PAGE 5



VARIABLE	CODE	VALUE LABEL	SIH	MEAN	STD DEV	VAL	CF
VAF50	3.		2.000	1.000	0.000		
VAF45	1.		1.000	1.000	0.000		
VAF50	1.		1.000	1.000	0.000		
VAF45	4.		1.000	1.000	0.000		
VAF50	1.		1.000	1.000	0.000		
VAF42	6.		1.000	1.000	0.000		
VAF44	1.		1.000	1.000	0.000		
VAF45	1.		1.000	1.000	0.000		
VAF50	1.		1.000	1.000	0.000		
VAF45	2.		1.000	1.000	0.000		
VAF50	1.		1.000	1.000	0.000		
VAF45	3.		1.000	1.000	0.000		
VAF50	1.		1.000	1.000	0.000		
VAF42	7.		2.000	1.000	0.000		
VAF43	1.		2.000	1.000	0.000		
VAF45	2.		1.000	1.000	0.000		
VAF50	1.		1.000	1.000	0.000		
VAF45	4.		1.000	1.000	0.000		
VAF50	1.		1.000	1.000	0.000		
VAF42	8.		2.000	1.000	0.000		
VAF40	1.		2.000	1.000	0.000		
VAF45	2.		1.000	1.000	0.000		
VAF50	1.		1.000	1.000	0.000		
VAF45	4.		1.000	1.000	0.000		
VAF50	1.		1.000	1.000	0.000		
VAF42	9.		2.000	1.000	0.000		
VAF44	1.		2.000	1.000	0.000		
VAF45	1.		1.000	1.000	0.000		
VAF50	1.		1.000	1.000	0.000		
VAF45	7.		1.000	1.000	0.000		
VAF50	1.		1.000	1.000	0.000		
VARG1	2.		25.000	2.000	0.000		
VARG2	1.		35.000	2.000	0.000		
VARG3	1.		25.000	2.000	0.000		
VARG4	1.		25.000	2.000	0.000		
VARG5	1.		25.000	2.000	0.000		



ACTIVITIS
 CRITICI: VARIABILE YANOI
 VARIABLE

03/18/83

PAGE

4

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

VARIABLE	CCOE	VALUE LABEL	SIKH	MEAT	STD DEV	VAL. 1	VAL. 2
VAR44	2.		20.000	2.000	0.000	0.000	0.000
VAR45	1.		4.000	2.000	0.000	0.000	0.000
VAR51	1.		4.000	2.000	0.000	0.000	0.000
VAR46	2.		8.000	2.000	0.000	0.000	0.000
VAR50	1.		4.000	2.000	0.000	0.000	0.000
VAR48	2.		16.000	2.000	0.000	0.000	0.000
VAR49	1.		8.000	2.000	0.000	0.000	0.000
VAR52	1.		8.000	2.000	0.000	0.000	0.000
VAR65	1.		2.000	2.000	0.000	0.000	0.000
VAR53	1.		2.000	2.000	0.000	0.000	0.000
VAR42	2.		20.000	2.000	0.000	0.000	0.000
VAR43	1.		4.000	2.000	0.000	0.000	0.000
VAR45	1.		4.000	2.000	0.000	0.000	0.000
VAR54	1.		4.000	2.000	0.000	0.000	0.000
VAR55	1.		4.000	2.000	0.000	0.000	0.000
VAR56	1.		4.000	2.000	0.000	0.000	0.000
VAR57	1.		4.000	2.000	0.000	0.000	0.000
VAR58	1.		4.000	2.000	0.000	0.000	0.000
VAR59	1.		4.000	2.000	0.000	0.000	0.000
VAR60	1.		4.000	2.000	0.000	0.000	0.000
VAR61	1.		4.000	2.000	0.000	0.000	0.000
VAR62	1.		4.000	2.000	0.000	0.000	0.000
VAR63	1.		4.000	2.000	0.000	0.000	0.000
VAR64	1.		4.000	2.000	0.000	0.000	0.000
VAR65	1.		4.000	2.000	0.000	0.000	0.000
VAR66	1.		4.000	2.000	0.000	0.000	0.000
VAR67	1.		4.000	2.000	0.000	0.000	0.000
VAR68	1.		4.000	2.000	0.000	0.000	0.000
VAR69	1.		4.000	2.000	0.000	0.000	0.000
VAR70	1.		4.000	2.000	0.000	0.000	0.000
VAR71	1.		4.000	2.000	0.000	0.000	0.000
VAR72	1.		4.000	2.000	0.000	0.000	0.000
VAR73	1.		4.000	2.000	0.000	0.000	0.000
VAR74	1.		4.000	2.000	0.000	0.000	0.000
VAR75	1.		4.000	2.000	0.000	0.000	0.000
VAR76	1.		4.000	2.000	0.000	0.000	0.000
VAR77	1.		4.000	2.000	0.000	0.000	0.000
VAR78	1.		4.000	2.000	0.000	0.000	0.000
VAR79	1.		4.000	2.000	0.000	0.000	0.000
VAR80	1.		4.000	2.000	0.000	0.000	0.000
VAR81	1.		4.000	2.000	0.000	0.000	0.000
VAR82	1.		4.000	2.000	0.000	0.000	0.000
VAR83	1.		4.000	2.000	0.000	0.000	0.000
VAR84	1.		4.000	2.000	0.000	0.000	0.000
VAR85	1.		4.000	2.000	0.000	0.000	0.000
VAR86	1.		4.000	2.000	0.000	0.000	0.000
VAR87	1.		4.000	2.000	0.000	0.000	0.000
VAR88	1.		4.000	2.000	0.000	0.000	0.000
VAR89	1.		4.000	2.000	0.000	0.000	0.000
VAR90	1.		4.000	2.000	0.000	0.000	0.000
VAR91	1.		4.000	2.000	0.000	0.000	0.000
VAR92	1.		4.000	2.000	0.000	0.000	0.000
VAR93	1.		4.000	2.000	0.000	0.000	0.000
VAR94	1.		4.000	2.000	0.000	0.000	0.000
VAR95	1.		4.000	2.000	0.000	0.000	0.000
VAR96	1.		4.000	2.000	0.000	0.000	0.000
VAR97	1.		4.000	2.000	0.000	0.000	0.000
VAR98	1.		4.000	2.000	0.000	0.000	0.000
VAR99	1.		4.000	2.000	0.000	0.000	0.000
VAR100	1.		4.000	2.000	0.000	0.000	0.000



ACTIVITES
 CRITERION VARIABLE LADDI
 VARIABLE

03/18/83

PAGE

9



VARIABLE	CODE	VALUE LADFI	SUM	MEAN	STD DEV	VAR
VAR24	4.		2.000	2.000	0.000	0.000
VAR25	1.		2.000	2.000	0.000	0.000
VAR26	1.		2.000	2.000	0.000	0.000
VAR27	5.		2.000	2.000	0.000	0.000
VAR28	1.		2.000	2.000	0.000	0.000
VAR29	1.		2.000	2.000	0.000	0.000
VAR30	5.		2.000	2.000	0.000	0.000
VAR31	1.		2.000	2.000	0.000	0.000
VAR32	3.		2.000	2.000	0.000	0.000
VAR33	4.		20.000	2.000	0.000	0.000
VAR34	1.		20.000	2.000	0.000	0.000
VAR35	1.		10.000	2.000	0.000	0.000
VAR36	1.		10.000	2.000	0.000	0.000
VAR37	1.		2.000	2.000	0.000	0.000
VAR38	1.		2.000	2.000	0.000	0.000
VAR39	2.		2.000	2.000	0.000	0.000
VAR40	1.		2.000	2.000	0.000	0.000
VAR41	5.		2.000	2.000	0.000	0.000
VAR42	1.		2.000	2.000	0.000	0.000
TOTAL CASES	140					



ACTIVITES

CRITERION VARIABLE VARI

VARIABLE

CODE

VALUE LABEL

NUM

MEAN

STD DEV

VARIANCE



VARIABLE	CODE	VALUE LABEL	NUM	MEAN	STD DEV	VARIANCE		
VAR33	1.		5,0000	5,0000	0,0000	0,0000		
VAR33	2.		5,0000	5,0000	0,0000	0,0000		
VAR35	1.		5,0000	5,0000	0,0000	0,0000	1	1
VAR35	2.		5,0000	5,0000	0,0000	0,0000	1	1
VAR35	3.		5,0000	5,0000	0,0000	0,0000	1	1
VAR35	4.		5,0000	5,0000	0,0000	0,0000	1	1
VAR35	5.		5,0000	5,0000	0,0000	0,0000	1	1
VAR35	6.		5,0000	5,0000	0,0000	0,0000	1	1
VAR35	7.		5,0000	5,0000	0,0000	0,0000	1	1
VAR35	8.		5,0000	5,0000	0,0000	0,0000	1	1
VAR35	9.		5,0000	5,0000	0,0000	0,0000	1	1
VAR35	10.		5,0000	5,0000	0,0000	0,0000	1	1
VAR35	11.		5,0000	5,0000	0,0000	0,0000	1	1
VAR35	12.		5,0000	5,0000	0,0000	0,0000	1	1
VAR35	13.		5,0000	5,0000	0,0000	0,0000	1	1
VAR35	14.		5,0000	5,0000	0,0000	0,0000	1	1
VAR35	15.		5,0000	5,0000	0,0000	0,0000	1	1
VAR35	16.		5,0000	5,0000	0,0000	0,0000	1	1
VAR35	17.		5,0000	5,0000	0,0000	0,0000	1	1
VAR35	18.		5,0000	5,0000	0,0000	0,0000	1	1
VAR35	19.		5,0000	5,0000	0,0000	0,0000	1	1
VAR35	20.		5,0000	5,0000	0,0000	0,0000	1	1
VAR35	21.		5,0000	5,0000	0,0000	0,0000	1	1
VAR35	22.		5,0000	5,0000	0,0000	0,0000	1	1
VAR35	23.		5,0000	5,0000	0,0000	0,0000	1	1
VAR35	24.		5,0000	5,0000	0,0000	0,0000	1	1
VAR35	25.		5,0000	5,0000	0,0000	0,0000	1	1
VAR35	26.		5,0000	5,0000	0,0000	0,0000	1	1
VAR35	27.		5,0000	5,0000	0,0000	0,0000	1	1
VAR35	28.		5,0000	5,0000	0,0000	0,0000	1	1
VAR35	29.		5,0000	5,0000	0,0000	0,0000	1	1
VAR35	30.		5,0000	5,0000	0,0000	0,0000	1	1
VAR35	31.		5,0000	5,0000	0,0000	0,0000	1	1
VAR35	32.		5,0000	5,0000	0,0000	0,0000	1	1
VAR35	33.		5,0000	5,0000	0,0000	0,0000	1	1
VAR35	34.		5,0000	5,0000	0,0000	0,0000	1	1
VAR35	35.		5,0000	5,0000	0,0000	0,0000	1	1
VAR35	36.		5,0000	5,0000	0,0000	0,0000	1	1
VAR35	37.		5,0000	5,0000	0,0000	0,0000	1	1
VAR35	38.		5,0000	5,0000	0,0000	0,0000	1	1
VAR35	39.		5,0000	5,0000	0,0000	0,0000	1	1
VAR35	40.		5,0000	5,0000	0,0000	0,0000	1	1
VAR35	41.		5,0000	5,0000	0,0000	0,0000	1	1
VAR35	42.		5,0000	5,0000	0,0000	0,0000	1	1
VAR35	43.		5,0000	5,0000	0,0000	0,0000	1	1
VAR35	44.		5,0000	5,0000	0,0000	0,0000	1	1
VAR35	45.		5,0000	5,0000	0,0000	0,0000	1	1
VAR35	46.		5,0000	5,0000	0,0000	0,0000	1	1
VAR35	47.		5,0000	5,0000	0,0000	0,0000	1	1
VAR35	48.		5,0000	5,0000	0,0000	0,0000	1	1
VAR35	49.		5,0000	5,0000	0,0000	0,0000	1	1
VAR35	50.		5,0000	5,0000	0,0000	0,0000	1	1



ADDITIONS
 CRITERION VARIABLE VAR#1
 VARIABLE

05/11/83

PAGE

VARIABLE	COUNT	VALUE LABEL	SUM	MEAN	STD DEV	VARIABLE	MEAN	STD DEV
VAR95	5.		0.0000	0.0000	0.0000	VAR95	0.0000	0.0000
VAR96	1.		0.0000	0.0000	0.0000	VAR96	0.0000	0.0000
VAR97	4.		0.0000	0.0000	0.0000	VAR97	0.0000	0.0000
VAR98	4.		0.0000	0.0000	0.0000	VAR98	0.0000	0.0000
VAR99	7.		0.0000	0.0000	0.0000	VAR99	0.0000	0.0000
VAR100	6.		0.0000	0.0000	0.0000	VAR100	0.0000	0.0000
VAR101	5.		0.0000	0.0000	0.0000	VAR101	0.0000	0.0000
VAR102	1.		0.0000	0.0000	0.0000	VAR102	0.0000	0.0000
VAR103	1.		0.0000	0.0000	0.0000	VAR103	0.0000	0.0000
VAR104	1.		0.0000	0.0000	0.0000	VAR104	0.0000	0.0000
VAR105	1.		0.0000	0.0000	0.0000	VAR105	0.0000	0.0000
VAR106	1.		0.0000	0.0000	0.0000	VAR106	0.0000	0.0000
VAR107	1.		0.0000	0.0000	0.0000	VAR107	0.0000	0.0000
VAR108	1.		0.0000	0.0000	0.0000	VAR108	0.0000	0.0000
VAR109	1.		0.0000	0.0000	0.0000	VAR109	0.0000	0.0000
VAR110	1.		0.0000	0.0000	0.0000	VAR110	0.0000	0.0000
VAR111	1.		0.0000	0.0000	0.0000	VAR111	0.0000	0.0000
VAR112	1.		0.0000	0.0000	0.0000	VAR112	0.0000	0.0000
VAR113	1.		0.0000	0.0000	0.0000	VAR113	0.0000	0.0000
VAR114	1.		0.0000	0.0000	0.0000	VAR114	0.0000	0.0000
VAR115	1.		0.0000	0.0000	0.0000	VAR115	0.0000	0.0000
VAR116	1.		0.0000	0.0000	0.0000	VAR116	0.0000	0.0000
VAR117	1.		0.0000	0.0000	0.0000	VAR117	0.0000	0.0000
VAR118	1.		0.0000	0.0000	0.0000	VAR118	0.0000	0.0000
VAR119	1.		0.0000	0.0000	0.0000	VAR119	0.0000	0.0000
VAR120	1.		0.0000	0.0000	0.0000	VAR120	0.0000	0.0000
VAR121	1.		0.0000	0.0000	0.0000	VAR121	0.0000	0.0000
VAR122	1.		0.0000	0.0000	0.0000	VAR122	0.0000	0.0000
VAR123	1.		0.0000	0.0000	0.0000	VAR123	0.0000	0.0000
VAR124	1.		0.0000	0.0000	0.0000	VAR124	0.0000	0.0000
VAR125	1.		0.0000	0.0000	0.0000	VAR125	0.0000	0.0000
VAR126	1.		0.0000	0.0000	0.0000	VAR126	0.0000	0.0000
VAR127	1.		0.0000	0.0000	0.0000	VAR127	0.0000	0.0000
VAR128	1.		0.0000	0.0000	0.0000	VAR128	0.0000	0.0000
VAR129	1.		0.0000	0.0000	0.0000	VAR129	0.0000	0.0000
VAR130	1.		0.0000	0.0000	0.0000	VAR130	0.0000	0.0000
VAR131	1.		0.0000	0.0000	0.0000	VAR131	0.0000	0.0000
VAR132	1.		0.0000	0.0000	0.0000	VAR132	0.0000	0.0000
VAR133	1.		0.0000	0.0000	0.0000	VAR133	0.0000	0.0000
VAR134	1.		0.0000	0.0000	0.0000	VAR134	0.0000	0.0000
VAR135	1.		0.0000	0.0000	0.0000	VAR135	0.0000	0.0000
VAR136	1.		0.0000	0.0000	0.0000	VAR136	0.0000	0.0000
VAR137	1.		0.0000	0.0000	0.0000	VAR137	0.0000	0.0000
VAR138	1.		0.0000	0.0000	0.0000	VAR138	0.0000	0.0000
VAR139	1.		0.0000	0.0000	0.0000	VAR139	0.0000	0.0000
VAR140	1.		0.0000	0.0000	0.0000	VAR140	0.0000	0.0000



ACTIVITIES

CRITERION VARIABLE VARI

VARIABLE

COEF

VALUE LABEL

SD

SEAN

STD DEV

VARIANCE

VAF10
VAF11
VAF12

2.
0.
1.

7.0000
7.0000
7.0000

7.0000
7.0000
7.0000

0.0000
0.0000
0.0000

0.0000
0.0000
0.0000

VAF13
VAF14
VAF15
VAF16
VAF17

3.
3.
1.
2.
2.

75.0000
75.0000
30.0000
30.0000
25.0000

75.0000
75.0000
30.0000
30.0000
25.0000

0.0000
0.0000
0.0000
0.0000
0.0000

0.0000
0.0000
0.0000
0.0000
0.0000

VAF18
VAF19

3.
3.

10.0000
10.0000

10.0000
10.0000

0.0000
0.0000

0.0000
0.0000

VAF20
VAF21

0.
0.

10.0000
10.0000

10.0000
10.0000

0.0000
0.0000

0.0000
0.0000

VAF22
VAF23

5.
5.

15.0000
15.0000

15.0000
15.0000

0.0000
0.0000

0.0000
0.0000

VAF24
VAF25

7.
7.

10.0000
10.0000

10.0000
10.0000

0.0000
0.0000

0.0000
0.0000

VAF26
VAF27
VAF28
VAF29

7.
1.
0.
3.

20.0000
20.0000
10.0000
5.0000

20.0000
20.0000
10.0000
5.0000

0.0000
0.0000
0.0000
0.0000

0.0000
0.0000
0.0000
0.0000

VAF30
VAF31

3.
1.

10.0000
10.0000

10.0000
10.0000

0.0000
0.0000

0.0000
0.0000

TOTAL CASES = 190

ACTIVITIES
CRITERION VARIABLE VARI
VARIABLE



ACTITUDES

05/17/83

PAGE 10

FILE CLINICA (CREATION DATE = 05/17/83)

***** CRUS TABULATION OF *****
 VAR43 BY VAR42 ***** PAGE 1 OF 1

		VAR42									ROW TOTAL
		1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	
VAR43	COUNT										
	ROW PCI										
		COL PCI	TOT PCI								
1.	11.6	32.1	15.8	4.5	13.7	7.4	1.1	2.5	3.2	53	
	28.3	44.7	32.0	17.4	37.0	25.0	11.0	23.7	10.0	24.4	
	3.6	0.3	4.4	2.8	3.9	2.2	0.6	1.7	1.1		
2.	11.15	16.5	13.4	18.23	11	12	8	10	10	127	
	71.0	55.3	88.0	82.1	61.7	75.0	86.4	76.4	71.9	10.6	
	8.3	11.7	9.2	12.8	6.1	8.7	4.4	3.6	3.6		
COLUMN TOTAL		21	35	25	28	18	16	9	13	10	180
		11.7	21.1	13.9	15.6	10.0	8.4	5.0	7.2	8.7	100.0

CHI SQUARE = 4.75141 WITH 8 DEGREES OF FREEDOM SIGNIFICANCE = 0.2029
 GAMMA = 0.23275
 CONTINGENCY COEFFICIENT = 0.22669
 LAMBDA (ASYMMETRIC) = 0.00000 WITH VAR43 DEPENDENT. = 0.01408 WITH VAR42 DEPENDENT.
 LAMBDA (SYMMETRIC) = 0.01408
 UNCERTAINTY COEFFICIENT (ASYMMETRIC) = 0.04301 WITH VAR43 DEPENDENT. = 0.01517 WITH VAR42 DEPENDENT.
 UNCERTAINTY COEFFICIENT (SYMMETRIC) = 0.02046
 KENDALL'S TAU B = 0.11333 SIGNIFICANCE = 0.0325
 KENDALL'S TAU C = 0.14343 SIGNIFICANCE = 0.0325
 GAMMA = 0.17952
 SJENRS'S D (ASYMMETRIC) = 0.04299 WITH VAR43 DEPENDENT. = 0.17323 WITH VAR42 DEPENDENT.
 SJENRS'S D (SYMMETRIC) = 0.11213
 ETA = 0.25275 WITH VAR43 DEPENDENT. = 0.15418 WITH VAR42 DEPENDENT.
 PEARSON'S R = 0.13418 SIGNIFICANCE = 0.0312



ATTITUDES

05/17/83

PAGE 11

FILE CLINICA (CREATION DATE = 05/17/83)

***** CRUSSTABULATION OF *****
 VAR43 BY VAR45 ***** PAGE 1 OF 1

		VAR45							
		1.1	2.1	3.1	4.1	5.1	6.1	7.1	NUM TOTAL
VAR43	1.	3	12	9	5	2	17	5	53
		3.7	22.5	17.0	4.4	3.8	32.1	29.4	29.4
		3.0	54.3	75.0	100.0	40.0	56.6	83.3	
		1.7	6.7	5.0	2.8	1.1	9.4	2.8	
	2.	9	10	3	0	3	12	1	127
		77.6	7.9	2.4	0.0	2.4	4.4	0.8	70.6
		97.0	45.9	45.0	0.0	66.0	41.4	16.7	
		54.4	5.6	1.7	0.0	1.7	6.7	0.6	
	COLUMN	101	22	12	5	5	29	6	180
	TOTAL	56.1	12.2	6.7	2.8	2.8	10.1	3.5	100.0

CHI SQUARE = 35.25369 WITH 6 DEGREES OF FREEDOM SIGNIFICANCE = 0.0000
 GAMMA'S V = 0.58821
 CONTINGENCY COEFFICIENT = 0.56893
 LAMBDA (ASYMMETRIC) = 0.41504 WITH VAR45 DEPENDENT. = 0.17722 WITH VAR45 DEPENDENT.
 LAMBDA (SYMMETRIC) = 0.27273
 UNCERTAINTY COEFFICIENT (ASYMMETRIC) = 0.43450 WITH VAR45 DEPENDENT. = 0.14460 WITH VAR45 DEPENDENT.
 UNCERTAINTY COEFFICIENT (SYMMETRIC) = 0.20934
 KENDALL'S TAU B = -0.38316 SIGNIFICANCE = 0.0000
 KENDALL'S TAU C = -0.60036 SIGNIFICANCE = 0.0000
 GAMMA = -0.30930
 CORRS'S D (ASYMMETRIC) = -0.47576 WITH VAR45 DEPENDENT. = -0.12461 WITH VAR45 DEPENDENT.
 CORRS'S D (SYMMETRIC) = -0.37597
 EPA = 0.68821 WITH VAR45 DEPENDENT. = 0.54885 WITH VAR45 DEPENDENT.
 PEARSON'S R = -0.54085 SIGNIFICANCE = 0.0000



ACTITUDES

05/17/83

PAGE 12

FILE CLINICA (CREATION DATE = 05/17/83)

***** CRUSSTABULATION OF *****
 VAR43 BY VAR47 *****
 ***** PAGE 1 OF 1 *****

		VAR47						ROW TOTAL	
		0.	1.	2.	3.	4.	5.		6.
VAR43	1.	0.0	62.5	22.6	1.0	0.0	11.0	1.0	29.5
	0.0	0.0	15.0	37.1	33.3	0.0	17.0	33.0	100.0
2.	0.0 <td>2.0</td> <td>10.0</td> <td>7.0</td> <td>1.0</td> <td>1.0</td> <td>1.0</td> <td>1.0</td> <td>12.0</td>	2.0	10.0	7.0	1.0	1.0	1.0	1.0	12.0
	100.0	78.0	42.0	66.7	100.0	23.0	65.7	1.0	70.6
COLUMN TOTAL		1.7	78.3	11.7	1.7	0.6	4.4	1.7	100.0

CHI SQUARE = 14.9508 WITH 6 DEGREES OF FREEDOM SIGNIFICANCE = 0.0028
 Cramer's V = 0.33280
 CONTINGENCY COEFFICIENT = 0.31577
 LAMBDA (ASYMMETRIC) = 0.1420 WITH VAR43 DEPENDENT. = 0.0000 WITH VAR47 DEPENDENT.
 LAMBDA (SYMMETRIC) = 0.0764
 UNCERTAINTY COEFFICIENT (ASYMMETRIC) = 0.08006 WITH VAR43 DEPENDENT. = 0.06632 WITH VAR47 DEPENDENT.
 UNCERTAINTY COEFFICIENT (SYMMETRIC) = 0.07603
 KENDALL'S TAU B = -0.26603 SIGNIFICANCE = 0.0000
 KENDALL'S TAU C = -0.22057 SIGNIFICANCE = 0.0000
 GAMMA = -0.33654
 SKEWNESS D (ASYMMETRIC) = -0.44745 WITH VAR43 DEPENDENT. = -0.26514 WITH VAR47 DEPENDENT.
 SKEWNESS D (SYMMETRIC) = -0.20857
 RIA = 0.33280 WITH VAR43 DEPENDENT. = 0.25215 WITH VAR47 DEPENDENT.
 PEARSON'S R = -0.25215 SIGNIFICANCE = 0.0007



FILE CLINICA (CREATION DATE = 05/17/85)

***** CRUSSTABULATION OF *****
 VAR43 BY VAR48 *****
 ***** PAGE 1 OF 1 *****

		VAR48								
		0.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	RUN
VAR43	CJUNT ROW PCI COL PCI TOT PCI									TOTAL
1.	10					10	U.U	7	U.U	53
	50.2	26.4	3.7	5.7	16.9	U.U	13.2	U.U	24.4	
	18.4	37.3	37.5	13.6	76.9	U.U	77.8	U.U		
8.9	7.3	1.7	1.7	5.6	U.U	3.9	U.U			
2.	7									127
	55.9	18.1	3.9	13.0	2.4	U.8	1.6	2.4	70.6	
	81.6	62.2	22.5	86.4	23.1	100.0	22.2	100.0		
	39.4	12.3	2.8	10.6	1.7	U.6	1.1	1.7		
COLUMN TOTAL	47	57	8	22	13	1	9	3		160
	TOTAL	48.5	20.5	4.4	12.2	7.2	0.8	5.8	1.7	100.8

CHI SQUARE = 39.16352 WITH 7 DEGREES OF FREEDOM SIGNIFICANCE = 0.0000
 CAMER'S V = 0.44199
 CONTINGENCY COEFFICIENT = 0.40426
 LANUDA (ASYMMETRIC) = 0.22642 WITH VAR43 DEPENDENT. = 0.00000 WITH VAR48 DEPENDENT.
 LANUDA (SYMMETRIC) = 0.00214
 UNCERTAINTY COEFFICIENT (ASYMMETRIC) = 0.15754 WITH VAR43 DEPENDENT. = 0.06324 WITH VAR48 DEPENDENT.
 UNCERTAINTY COEFFICIENT (SYMMETRIC) = 0.09030
 KENDALL'S TAU B = -0.23350 SIGNIFICANCE = 0.0003
 KENDALL'S TAU C = -0.23395 SIGNIFICANCE = 0.0003
 GAMMA = -0.39955
 SJMERS' D (ASYMMETRIC) = -0.15160 WITH VAR43 DEPENDENT. = -0.30560 WITH VAR48 DEPENDENT.
 SJMERS' D (SYMMETRIC) = -0.22782
 ETA = 0.44199 WITH VAR43 DEPENDENT. = 0.25342 WITH VAR48 DEPENDENT.
 PEARSON'S R = -0.23342 SIGNIFICANCE = 0.0003



ACTITUDES

05/17/65

PAGE 14

FILE CLINICA (CREATION DATE = 05/17/65)

***** CRUS STABULATION OF *****
 VAR43 BY VAR49
 ***** PAGE 1 OF 1

		VAR49			ROW TOTAL
COLUMN		1	3	7	
VAR43	1.	92.5	0.0	7.5	100.0
	2.	71.2	100.0	42.9	214.1
TOTAL		163.7	100.0	50.4	314.1

CHI SQUARE = 3.86859 WITH 2 DEGREES OF FREEDOM SIGNIFICANCE = 0.1445
 Cramer's V = 0.12660
 CONTINGENCY COEFFICIENT = 0.14905
 LAMBDA (ASYMMETRIC) = 0.01067 WITH VAR43 DEPENDENT. = 0.00000 WITH VAR49 DEPENDENT.
 LAMBDA (SYMMETRIC) = 0.01067
 UNCERTAINTY COEFFICIENT (ASYMMETRIC) = 0.02034 WITH VAR43 DEPENDENT. = 0.04960 WITH VAR49 DEPENDENT.
 UNCERTAINTY COEFFICIENT (SYMMETRIC) = 0.02034
 KENDALL'S TAU B = -0.03735 SIGNIFICANCE = 0.2122
 KENDALL'S TAU C = -0.02444 SIGNIFICANCE = 0.2122
 GAMMA = -0.25770
 SJHLS'S D (ASYMMETRIC) = -0.11737 WITH VAR43 DEPENDENT. = -0.01001 WITH VAR49 DEPENDENT.
 SJHLS'S D (SYMMETRIC) = -0.04740
 CTA = 0.14660 WITH VAR43 DEPENDENT. = 0.07863 WITH VAR49 DEPENDENT.
 PEARSON'S R = -0.07963 SIGNIFICANCE = 0.1470

