

11241
1
203

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

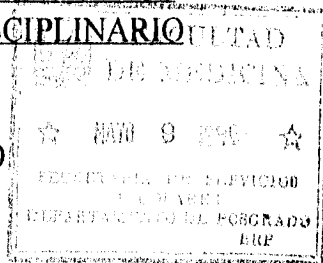
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL

HOSPITAL PSIQUIATRICO DR. SAMUEL RAMIREZ MORENO

SECRETARIA DE SALUD

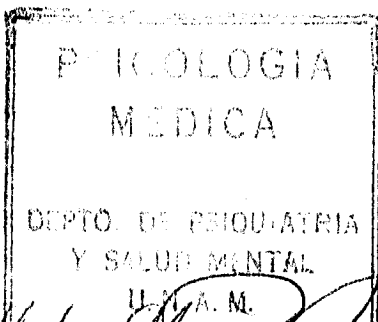
ACTITUDES HACIA LA ENFERMEDAD MENTAL ENTRE LOS
DIFERENTES MIEMBROS DEL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO

ALUMNO: DR. R. JESUS ALBA NIETO



DR. HECTOR ORTEGA S.
ASESOR MET.

DR. MOISES ALVAREZ R.
ASESOR TEORICO



FEBRERO, 1995

[Handwritten signature]

1996

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



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.

INTRODUCCION

La rehabilitación es una de las principales metas del equipo interdisciplinario del Hospital Psiquiátrico "Dr. Samuel Ramírez Moreno". En el tratamiento de los enfermos mentales crónicos la rehabilitación comprende la remisión de los síntomas psiquiátricos y el aprendizaje o reaprendizaje de los hábitos y conductas que le permitan al individuo (con un trastorno mental) reintegrarse al núcleo familiar, a la sociedad y a la vida productiva de la misma, siendo en estos ámbitos donde la actitud hacia la enfermedad mental juega un papel importante en el tipo de manejo que se pretenda implementar en éste tipo de pacientes.

Es de suma importancia conocer la actitud que guardan los diferentes miembros del equipo interdisciplinario (Psiquiatras, Médicos Generales, Psicólogos, Trabajadoras Sociales y Enfermeras) hacia la enfermedad mental, y la manera en que ésta influye en el tratamiento y la evolución del padecimiento, tomando en cuenta que los enfermos mentales son sensibles a las opiniones y actitudes de otras personas hacia ellos.

El conocimiento de dichas actitudes así como el de sus posibles causas, puede servir para formular alguna o algunas sugerencias encaminadas a establecer tratamientos que se apeguen al modelo Médico de atención (Bio-Psico-Social), las cuales redunden en un mayor beneficio y bienestar de los enfermos mentales.

La presente investigación pretende llevar a cabo la tarea de conocer que actitudes guardan los diferentes miembros del equipo interdisciplinario del Hospital Psiquiátrico "Dr. Samuel Ramírez Moreno " hacia la enfermedad mental y las diferencias entre éstos. Los resultados obtenidos permitirán realizar algunas consideraciones que coadyuven en el tratamiento de los enfermos mentales de dicha institución.

ANTECEDENTES

Para abordar el tema de las percepciones y las actitudes hacia la enfermedad mental, tenemos que saber cómo organiza el individuo los hechos que ocurren en el exterior de manera que evoquen una representación, en éste caso de la salud o enfermedad mental.

M. Kolteniux (1988), con una visión metapsicológica de la teoría psicoanalítica, plantea que la representación es un conjunto organizado de percepciones tanto internas como externas, que se inscriben y se almacenan. Estas se expresan por medio de imágenes ya sea personas, objetos o ideas, que se van enriqueciendo a medida que se tienen más percepciones.

El carácter social de la representación radica en la interpretación que dé la sociedad y la interpretación que de ésta haga el individuo. Este conocimiento social incluye el conocimiento de los otros y de sí mismo, y de las relaciones entre uno mismo y los demás. De cómo un individuo se represente a sí mismo el funcionamiento de la nación, de la familia, de la salud y de la enfermedad, depende su relación como ciudadano con la conducta social (Moscovici, 1986). Es así que la representación que se tenga de la salud y de la enfermedad es la concepción que tendrá la sociedad, uniendo la oposición individuo-salud y sociedad-enfermedad. "Este esquema bipolar interviene en forma de núcleo figurativo para organizar las representaciones del origen de la enfermedad, de los estados y conductas de la enfermedad" (J:Deval, 1980).

Tanto la observación de los enfermos mentales y la transmisión cultural, como los mensajes de los medios de comunicación influyen en la concepción de lo que es la salud y la enfermedad.

De todo lo anterior se desprende que la actitud hacia la enfermedad mental ha acompañado al hombre desde su aparición primero como individuo y después en forma organizada como sociedad, o dicho de otro modo desde que el hombre tiene "Uso de razón o Sin razón". Esto se ha demostrado en los diversos escritos que hay acerca de

la historia de la enfermedad mental (término que actualmente se encuentra en discusión y que en otros tiempos se denominó locura), y mismos que mencionare a continuación, pretendiendo ilustrar con ellos algunos aspectos de las diversas actitudes que se tenían hacia la enfermedad mental.

En Grecia y en Roma hubo locos que sufrieron; médicos que trataron de curarlos o darles alivio; Juristas que se esforzaron por protegerlos y limitar sus acciones; Filósofos que se propusieron llegar a conocer la esencia de la locura; Dramaturgos que hicieron de la locura del héroe el tema de sus tragedias. Demasiado poco, igualmente, porque todo escritor tarde o temprano, habrá de decir algo respecto de ésta suerte de escándalo; porque todo ser humano contempla al loco, se angustia por él y trata de protegerlo.

En Mesopotamia no había santuarios terapéuticos o instituciones hospitalarias en la civilización Hebrea antigua, por lo que si los enfermos llegaban amenazar el orden público o la paz, la actitud de la sociedad hacia ellos se tornaba cruel, los expulsaban de la comunidad o bien se cree que la suerte que corrían era aquella de quienes portaban "el espíritu" de adivinación o el espíritu de un muerto, es decir, se les podía condenar a muerte a causa de esos espíritus malos y de esos demonios que se habían apoderado de ellos, por lo que muchos huyeron a los bosques donde se les olvidó, empeoraron y se convirtieron en el terror de aquellos que se tropezaban con ellos. De éstas situaciones surgen las historias de licantropía y de boantropía, como se cita en la Biblia; Daniel, 5 21: Se trata de Nabucodonosor; que fue expulsado de entre los hombres, y su corazón se hizo semejante al de las bestias; estuvo conviviendo con los onagros; se alimentó de hierba como los bueyes y su cuerpo fue bañado por el rocío del cielo, hasta que reconoció que el Dios Altísimo domina sobre el reino de los hombres y pone en él a quien le place.

En la época medieval, las personas afectadas por trastornos psíquicos ya sea en forma transitoria o permanente no parecen haber sido objeto de medidas de segregación en forma sistemática.

En la Edad Media el rol social era fundamental tanto en el ámbito rural como en el urbano. La solidaridad se basaba en el linaje, en la familia ampliada o incluso en clanes

verdaderos, lo cual excluía a los alienados, circunscribiéndolos a un mínimo de asistencia. Lo que que aseguraba la guarda del loco era la parentela, el linaje o la vengidad, lo que le permitía ser integrado a un ambiente social y familiar, sin que esto quiera decir que el loco fuera mimado, ni siquiera verdaderamente cuidado, ya que se le mantenía también a distancia mediante las risas, las burlas y los comportamientos conjuratorios como otros tantos mecanismos de defensa, de alejamiento del loco.

La percepción que se tenía de la enfermedad mental era variable en función de la naturaleza de los trastornos, pues los que tenían comportamientos violentos son objeto de una represión importante por parte de la sociedad. Todo esto dentro de un marco de pensamiento que une al cuerpo y al alma en una sola unidad psicosomática, donde la enfermedad psíquica manifiesta a todos la realidad del pecado y de la falta, la venganza divina o los ataques de Satanás.

La privación de la libertad en la Edad Media era una medida común en contra de los alienados, pero en situaciones bien definidas; "Es encarcelado el que se entrega a las vías de hecho, el furioso, el mal tonto que comete excesos y desmanes, y al que ni parientes ni vecinos pueden soportar al menos provisionalmente".

En el Renacimiento el concepto de enfermedad mental no existía como tal, como lo demuestran las palabras del Médico Pigray, "Las enfermedades, en las que hay pasión espiritual" al referirse al concepto de enfermedad mental.

Partiendo de éstas palabras a continuación se transcribirá un texto muy ilustrativo en lo referente al concepto de enfermedad mental (en éste caso Manía) y que nos habla de manera implícita de las actitudes hacia la enfermedad mental:

DISCURSO DE PLATER SOBRE LA LOCURA (siglo XVII)

"MANIA"

La manía, la locura, es una depravación de las funciones del espíritu tal que quienes se ven afectados tienen una imaginación, un juicio y una memoria erróneos; no se ven sumidos en el temor y la tristeza como los melancólicos, pero sí obran con razón; a veces llevan a cabo lo que dicen y lo que hacen con alguna moderación, sin llegar al furor; pero más frecuentemente, montan en cólera, tienen una mirada feroz, sus miradas y gestos son impulsivos; entonces, cuentan falsedades, obscenidades y horrores, vociferan, juran y, con el instinto del bruto ejecutan algunos actos, a veces a modo de las bestias, extraños a las costumbres humanas; sobre todo, su deseo sexual es poderosísimo: Esto vi que sobrevino a una dama noble, la más honesta de las mujeres, por lo demás que invitaba a los hombres y a los perros a unirse a ella, expresándolo con las palabras y los gestos más asquerosos imaginables. Además intentan usar de la violencia hacia ellos mismos y contra los demás: Se arrancan los cabellos, se desgarran las vestiduras y a veces hieren su propio cuerpo mordiéndolo de diversas maneras a menos que se les contenga adecuadamente con cuerdas y cadenas, que de todos modos tratan de romper con todas sus fuerzas, y de que se les meta en prisión, donde intentan romper las puertas del calabozo y preparan su evasión cavando con febril actividad; se esfuerzan, arrojándose sobre los asistentes, como si fueran bestias salvajes, en desgarrarlos, morderlos, estrangularlos y darles muerte.

De los anteriores antecedentes se desprende que las actitudes hacia la enfermedad mental, han estado implícitas en la conducta de todas aquellas personas que de alguna manera han estado en contacto (por vecindad, parentesco o tratamiento) con los enfermos mentales, aún sin que éstas hayan sido percibidas por ninguno de los directamente involucrados. Encontrando que dichas actitudes se encuentran determinadas en su mayoría por el contexto cultural prevaleciente en cada época, lo cual da una idea del porque de las diferencias encontradas en ésta revisión.

MARCO TEORICO

Es hasta la mitad del siglo XX, cuando se despierta el interés en la investigación acerca de la manera en como se percibe la enfermedad mental y las actitudes hacia ella. Iniciándose con el estudio de Nunnaly (1957) acerca del tipo de información que tiene la población sobre los problemas de salud mental, limitándose a los trastornos mentales serios, como psicosis, neurosis y conductas en deficientes mentales, encontrando que el hombre común no estaba mal informado sino más bien su conocimiento no estaba bien estructurado y se expresaba sin mucha seguridad. Apareciendo una leve tendencia en 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.

En el mismo año Gartly J (en Texas) en una muestra sistemática basada en la clase social, utilizando un cuestionario de actitudes hacia la enfermedad mental encontró que no hay diferencias de una clase social a otra respecto a la actitud que asumen hacia la enfermedad mental. El rechazo hacia la enfermedad mental está influenciado por los valores culturales, observando también una relación inversa entre el nivel socioeconómico y la incidencia de los trastornos mentales.

Nunnaly (1961), utilizando el Diferencial Semántico, encontró que el enfermo mental es percibido por la gente como un ser inútil, indecente, insensible, peligroso, imprevisible y embustero. Sugiriendo que ésta actitud negativa se derive probablemente 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.

Cohen J, Struening E.L. (New York, 1962), realizaron un estudio con personal de dos importantes Hospitales Psiquiátricos buscando conocer las opiniones acerca de la enfermedad mental del personal de ambos nosocomios, utilizando tres escalas que

miden actitudes; OMI, Ideología acerca de la custodia de los enfermos mentales y la Escala California F. Identificando cinco puntos importantes que se usan para medir la opinión y las actitudes hacia la enfermedad mental: 1) Factor Autoritarismo. 2) Factor Benevolencia. 3) Factor Ideología de higiene mental. 4) Factor Restrictividad Social. 5) Factor Etiología Interpersonal.

Por su parte Phillips DL. (1964) , aplicó cinco viñetas, cada una para distintas patologías psiquiátricas, un cuestionario sobre las fuentes de ayuda y una escala de distancia social, todas en mujeres casadas, encontrando dos elementos importantes que influyen en el rechazo hacia la enfermedad mental: 1. Cuanto más se vislumbra una conducta desviada hay más rechazo. 2. Se toleran más las mujeres con enfermedades mentales.

Lawton MP. (1964), aplicando cuatro escalas de opinión acerca de la enfermedad mental (OMI, ICL, EPPS y TVCR), observó que el factor autoritarismo se correlaciona con la edad y los años de servicio. El factor de Restrictividad social está relacionado con el nivel educativo, la variable sexo no está relacionada con las actitudes.

En 1967, Fournet GP, empleó la escala OMI, la biografía de los sujetos y tres descripciones hipotéticas con preguntas abiertas en una población de Louisiana, encontrando que los anglosajones protestantes mostraron actitudes más negativas hacia la enfermedad mental en comparación con los franceses de religión católica. Los negros de ésta población mostraron más autoritarismo y rechazo que los blancos.

Murray (1969), emplea la escala OMI en enfermeras de una unidad psiquiátrica en un hospital general privado, encontrando una tendencia a una actitud favorable hacia la enfermedad mental en aquellas enfermeras más jóvenes y de más alto nivel de instrucción en enfermería, y en aquellas que han tenido un contacto real con pacientes Psiquiátricos. También se demostró que las experiencias psiquiátricas previas influyen favorablemente existiendo una correlación positiva entre las actitudes positivas y el número de años de experiencia psiquiátrica.

Lubchansky y cols.(1970), desde una perspectiva diferente, realizan un estudio con 20 curanderos de la comunidad puertorriqueña de Nueva York, teniendo como resultado que las diferencias culturales respecto a la idiosincrasia influyen preponderantemente en la concepción de la enfermedad mental; los brujos mostraron tener destreza para identificar las diferentes patologías.

Askenasy A (Francia, 1974), utilizando la escala OMI en una muestra de 1170 sujetos de diferente origen cultural (ingleses, franceses y hawaianos, radicados todos en París) encontró que la actitud de los entrevistados tendió a ser homogénea, la ocupación es una variable que influye en la actitud de los grupos específicos: si se tiene mejor puesto, la actitud es más favorable hacia el enfermo y el pronóstico de recuperación también. La variable educación se correlaciona con una actitud favorable en las tres comunidades, es decir, entre más educación tengan, más optimistas se mostraron hacia la curación de la enfermedad mental.

Stefani D (Argentina, 1976), en una revisión de la bibliografía, encontró que persisten las actitudes negativas y de rechazo hacia la enfermedad mental, observando que se ignora su etiología y sus posibilidades de tratamiento. Por otro lado, mientras más jóvenes eran y mayor escolaridad y jerarquía ocupacional tenían, mas favorable era la actitud que presentaban. Por último observó que la clase social baja es mas tolerante.

Taylor MJ (Toronto, 1979), utilizando la escala OMI y estructurando y utilizando la escala AMI en dos muestras de la población general, una con facilidades y otra sin facilidades de acceso a los servicios de salud de Toronto, encontró que mostraron una mayor aceptación al expaciente mental, a partir de tener una buena información acerca de la enfermedad mental, a la que consideraron como una enfermedad igual a cualquier otra.

Shurka E (Israel, 1982), utilizando un cuestionario sociodemográfico y un cuestionario

sobre actitudes hacia la enfermedad mental, dividido en cinco categorías: 1. Aceptación en la comunidad del expaciente mental. 2. Potencial de peligrosidad del expaciente mental. 3. Potencial ocupacional del expaciente mental. 4. Instituciones psiquiátricas. 5. Imagen del Psiquiatra, encontró que predominaron las actitudes negativas hacia las relaciones interpersonales con expacientes psiquiátricos y hacia la potencialidad de éstos para trabajar. La religión y la educación influyen significativamente en las actitudes. Los que tiene más educación y los que practican la religión cristiana adoptan actitudes positivas hacia el enfermo mental.

Natera G y cols. (México, 1985), en un estudio con dos poblaciones; una de bajos recursos y otra de altos recursos, no observaron diferencias significativas en la manera en como se percibe la enfermedad mental. Se le atribuyen características de tipo psicosocial. En ésta actitud influye la manera como se vislumbran los elementos de agresión, de peligro y de impredecibilidad de la conducta del enfermo mental.

En 1987, Casco M. y Natera G: en una revisión de la bibliografía acerca de la actitud hacia la enfermedad mental, no encontraron diferencias significativas en los autores revisados a lo largo de su investigación bibliográfica, comentando a manera de conclusión que los resultados demuestran que el rechazo hacia el enfermo mental está influenciado en gran medida por las características de agresión, impredecibilidad e irresponsabilidad del sujeto, así como la influencia de variables sociodemográficas tales como la educación, la jerarquía ocupacional y la edad de los miembros de su comunidad. A medida que los sujetos adquieren más educación y jerarquía ocupacional manifiestan una actitud más favorable hacia el enfermo mental, y que a medida que tienen más edad se muestran menos favorables hacia éste tipo de pacientes.

Casco M en 1990, en su estudio percepción y actitud ante los problemas de salud mental entre jóvenes de educación media superior, ofrece resultados similares a los mostrados por Askenasy , 1974 y Shurka 1983.

Se utilizó preferentemente la escala OMI, obteniendo resultados similares en la mayor parte de los estudios. Considerando que el fenómeno de las actitudes de una complejidad que no permite ser descrito en su totalidad por solo un índice numérico, y que los enunciados de las escalas de actitudes hacia la enfermedad mental solo expresan las opiniones que representan, sería pertinente plantear definiciones más adecuadas en lo referente a actitud y opinión con respecto a la enfermedad mental.

El concepto actitud será usado para denotar la suma total de las inclinaciones y sentimientos del hombre, prejuicios o desviaciones, nociones preconcebidas, ideas, temores, amenazas y convicciones sobre cualquier tópico específico.

El concepto opinión se definirá como una expresión verbal de la actitud.

Una definición tentativa de la actitud hacia la enfermedad mental sería 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 características disposicionales y situacionales lleva al individuo a actuar frente a la enfermedad mental dentro de un continuo que varía desde una respuesta favorable a una netamente desfavorable.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

De los reportes de la literatura con respecto a la actitud hacia la enfermedad mental se desprenden las siguientes premisas: El sexo, la edad, la escolaridad, la religión y la cultura influyen en la percepción y actitud que se tenga hacia la salud o la enfermedad mental por parte de los trabajadores de la salud mental, por lo que el planteamiento del problema en esta investigación es determinar si éstas premisas o variantes están presentes e influyen en la actitud que se tenga hacia la enfermedad mental por parte de los miembros del equipo interdisciplinario del Hospital Psiquiátrico "Dr. Samuel Ramírez Moreno".

OBJETIVOS

- A. Determinar si la presencia de los factores constitucionales; sexo y edad, influyen en la actitud hacia la enfermedad mental.
- B. Determinar si el grado de escolaridad influye en la actitud hacia la enfermedad mental.
- C. Establecer una comparación entre las diversas actitudes hacia la enfermedad mental que manifiestan los integrantes de cada uno de los departamentos que integran el equipo interdisciplinario.

HIPOTESIS

Tomando en cuenta la literatura revisada y en base a la observación de la manera en que se conducen los sujetos de estudio considero que existen factores que son determinantes en la actitud manifiesta hacia la enfermedad mental en cada uno de los mismos.

Los planteamientos de comparación son los que a continuación se consignan.

Hi.- Los factores constitucionales (edad y sexo) influyen en la actitud hacia la enfermedad mental de los miembros del equipo interdisciplinario.

Ho.- Los factores constitucionales (edad y sexo) no influyen en la actitud hacia la enfermedad mental en los miembros del equipo interdisciplinario.

Hi.- La escolaridad influye en la actitud hacia la enfermedad mental en los miembros del equipo interdisciplinario.

Ho.- La escolaridad no influye en la actitud hacia la enfermedad mental en los diferentes miembros del equipo interdisciplinario.

Hi.- Existen diferencias significativas en la actitud hacia la enfermedad mental que manifiestan los miembros del equipo interdisciplinario por departamentos.

Ho.- No existen diferencias significativas en la actitud hacia la enfermedad mental que manifiestan los miembros del equipo interdisciplinario por departamentos.

POBLACION

Esta conformada por el personal adscrito al área Médica y Paramédica del Hospital Psiquiátrico "Dr. Samuel Ramírez Moreno", de los cuales, la muestra se seleccionará por departamentos tomando 10 elementos al azar de cada uno de los siguientes departamentos:

- Psiquiatría
- Medicina General
- Psicología
- Trabajo Social
- Enfermería

CRITERIOS DE INCLUSION

- Personal adscrito al Hospital Psiquiatrico "Dr. Samuel Ramírez Moreno".
- Ser miembro del equipo interdisciplinario
- Aceptar participar en el estudio

CRITERIOS DE EXCLUSION

- Conocer el cuestionario
- No aceptar participar en el estudio

RECURSOS

- Humanos.- Personal del equipo interdisciplinario del Hospital Psiquiátrico "Dr. Samuel Ramírez Moreno".
- Físicos.- Hospital Psiquiatrico "Dr. Samuel Ramírez Moreno".
- Económicos.- Instrumento que consta de 4 hojas:
 - Una hoja de datos demográficos
 - Dos hojas de preguntas
 - Una hoja de respuestas

INSTRUMENTO

ESCALA DE ACTITUDES HACIA LA ENFERMEDAD MENTAL

El instrumento cuenta con los siguientes antecedentes: Se deriva de las escalas de Cohen y Struening y la de Baker y Shulbert unidas ambas y con algunas modificaciones realizadas por M. Dear y M. Taylor en 1979 dando como resultado un cuestionario de cuatro escalas (las tres primeras tomadas del cuestionario de Cohen y Struening y la última del cuestionario de Baker y Shulbert).

Escalas:

1. **AUTORITARISMO:** Es la visión del enfermo mental, el cual pertenece a una clase inferior y que requiere un manejo coercitivo.

2. **BENEVOLENCIA:** Es la visión paternalista y amable hacia los enfermos mentales cuyos orígenes se derivan de la religión y del humanismo, más que de la ciencia.

3. **RESTRICCIÓN SOCIAL:** Su creencia central radica en que el enfermo mental es una amenaza social particularmente hacia la familia y por lo tanto debe ser restringido en su funcionamiento, tanto durante, como después de la hospitalización.

4. **IDEOLOGÍA DE LA COMUNIDAD:** Se mide el grado de adherencia de un individuo a la ideología que prevalece en la comunidad sobre la enfermedad mental; incluye la idea de que son los enfermos mentales quienes buscan activamente ayuda psiquiátrica; la orientación de los recursos comunitarios al trabajo con pacientes y esfuerzos preventivos, vía intervención ambiental. Esto significa la tolerancia para la aceptación social del enfermo mental.

Cada escala está constituida por 10 oraciones, cinco de ellas expresan sentimientos positivos y las otras cinco negativos, acerca de la categoría que está midiendo. El formato de las respuestas es de tipo Lickert (Totalmente de acuerdo, de acuerdo, neutral, en desacuerdo y en totalmente desacuerdo).

Los resultados en cada escala están en un rango de 10 a 50. Para cada escala en cinco reactivos su puntuación es de uno a cinco y para los otros cinco su puntuación es de cinco a uno.

El valor mínimo es de diez, que significa una actitud negativa hacia lo que mide la escala, el valor máximo es de cincuenta, lo que significa una actitud favorable a lo que mide la escala. Así para las cuatro escalas.

Series de cuatro preguntas corresponden cada una a una escala; así la pregunta uno mide autoritarismo, la pregunta dos mide benevolencia, la pregunta tres mide Restrictividad, la pregunta cuatro mide ideología de la comunidad, la pregunta cinco mide autoritarismo y así sucesivamente hasta la pregunta cuarenta.

PROCEDIMIENTO

Se solicitó la autorización de las autoridades institucionales para la elaboración de la presente investigación; una vez contando con ésta, se procedió a informar a los diferentes jefes de departamento sobre la investigación, para contar con la colaboración del personal a su cargo, con la participación directa en la resolución del cuestionario. Después se entregaron los cuestionarios a cada uno de los miembros del equipo interdisciplinario, mismos que fueron llenados en formas simultánea a su entrega, tardando en promedio veinte minutos en resolverlos, por último se realizó la calificación de los mismos .

ANALISIS ESTADISTICO

Se utilizó la medida de tendencia central (media), la desviación estándar como medida de dispersión, análisis de varianza, correlación de Pearson y la T de Studens para encontrar la significancia entre los diferentes departamentos.

RESULTADOS

En los siguientes cuadros se muestran los datos sociodemográficos por grupos.

PSIQUIATRIA

NUMERO DE CASOS: 10
SEXO: Masculino 10 (100%)
EDAD: Rango de 32 a 66 años con un promedio de 41.4 años
LUG. DE NAC.: D.F. 5 (50%), PROV. 4 (40%), Ext. 1 (10%)
EDO. CIVIL: Solt. 1 (10%), Cas. 6 (60%), Div. 2 (20%), UL 1 (10%)
ESCOLARIDAD: Especialidad 10 (100%)
RELIGION: Cat. 5 (50%), Ning. 5 (50%)
CURSOS S.M.: 10 (100%)

Cuadro I

MEDICINA GENERAL

NUMERO DE CASOS: 10
SEXO: Masculino 8 (80%), Femenino 2 (20%)
EDAD: Rango de 29 a 50 años con promedio de 39.1
LUG. DE NAC.: D.F. 6 (60%), Prov. 4 (40%)
EDO. CIVIL: Solteros 2 (20%), Cas. 6 (60%), Div. 1 (10%), UL 1 (10%)
ESCOLARIDAD: Licenciatura 10 (100%)
RELIGION: Cat. 9 (90%), Prot. 1 (10%)
CURSOS S.M.: SI 6 (60%), NO 4 (40%)

Cuadro II

PSICOLOGIA

NUMERO DE CASOS: 10
SEXO: Masculino 1 (10%), Femenino 9 (90%)
EDAD: Rango de 24 a 41 años con promedio de 30.4
LUG. DE NAC.: D.F. 6 (60%), Prov. 4 (40%)
EDO. CIVIL: Solt. 7 (70%), Cas. 3 (30%)
ESCOLARIDAD: Licenciatura 10 (100%)
RELIGION: Cat. 10 (100%)
CURSOS S.M.: SI 10 (100%)

Cuadro III

TRABAJO SOCIAL

NUMERO DE CASOS: 10
SEXO: Femenino 10 (100%)
EDAD: Rango de 20 a 39 años con promedio de 27.9 años
LUG. DE NAC.: D.F. 8 (80%), Prov. 2 (20%)
EDO. CIVIL: Solt. 3 (30%), Cas. 5 (50%), UL 2 (20%)
ESCOLARIDAD: Lic. 2 (20%), Tec. 8 (80%)
RELIGION: Cat. 9 (90%), Prot. 1 (10%)
CURSOS S.M.: SI 8 (80%), NO 2 (20%)

Cuadro IV

ENFERMERIA

NUMERO DE CASOS: 10
SEXO: Masculino 1 (10%), Femenino 9 (90%)
EDAD: Rango de 19 a 26 años con promedio de 23.1 años
LUG. DE NAC.: D.F. 6 (60%), Prov. 4 (40%)
EDO. CIVIL: Solt. 7 (70%), Cas. 3 (30%)
ESCOLARIDAD: Técnico 10 (100%)
RELIGION: Cat. 10 (100%)
CURSOS S.M.: SI 5 (50%), NO 5 (50%)

Cuadro V

ANALISIS DE RESULTADOS

DIFERENCIAS ENTRE GRUPOS

	EDAD	AUTORIT.	BENEV.	REST. SOC.	IDEOL.COM.
	X + D.E.	X + D.E.	X + D.E.	X + D.E.	X + D.E.
PSIQUIATRI	41.4+10.8	38.3+4.9	42.2+4.7	40.2+3.6	44.1+3.4
MED.GRAL.	39.2+6.7	30.0+5.3	38.7+4.6	38.7+4.1	39.4+5.3
PSICOLOGI	30.4+5.3	36.1+3.1	41.9+3.3	38.3+3.5	40.8+4.6
TRAB.SOC.	27.9+6.3	32.4+3.3	40.4+4.7	36.5+6.1	38.5+4.9
ENFERM.	23.1+2.2	32.4+3.5	39.7+2.7	36.5+4.8	37.7+5.7

Tabla I

ANALISIS DE VARIANZA

RELACION ENTRE GRUPOS

EDAD

F (4,45)=12.486, p=0.000*

DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS

Se encontraron entre Psiquiatría y Psicología p=0.008*

Se encontraron entre Psiquiatría y Trabajo Social p=0.001*

Se encontraron entre Psiquiatría y Enfermería p=0.000*

Se encontraron entre Medicina General y Psicología p=0.049*

Se encontraron entre Medicina General y Trabajo Social p=0.006*

Se encontraron entre Medicina General y Enfermería p=0.000*

AUTORITARISMO

F (4,45)=3.772, p=0.010*

DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS

Se encontraron entre Psiquiatría y Trabajo Social p=0.024*

Se encontraron entre Psiquiatría y Enfermería p=0.024*

BENEVOLENCIA

F (4,45)=1.287, p=0.289

RESTRICTIVIDAD SOCIAL

F (4,45)=1.180, p=0.332

IDEOLOGIA DE LA COMUNIDAD

F (4,45)=2.646, p=0.046*

* p < 0.05 es significativo

DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS

Se encontraron entre Psiquiatría y Enfermería $p=0.041^*$

SEXO

	EDAD	AUTORIT.	BENEV.	REST.SOC.	IDEOL.COM.
SEXO	X + D.E.	X + D.E.	X + D.E.	X + D.E.	X + D.E.
MASCULINO	40+9.3	37.7+4.9	40.8+4.8	40.1+3.5	42.9+4.5
FEMENINO	27.3+5.6	33.3+3.5	40.4+3.7	36.6+4.7	38.2+4.8

Tabla 2

T DE STUDENT

Edad $t= -5.9$ $p=0.000$ (significativo)

Autoritarismo $t= -3.6$ $p=0.001$ (significativo)

Benevolencia $t= -0.371$ $p=0.71$ (no significativo)

Restrictividad Social $t= -2.74$ $p=0.009$ (significativo)

Ideologia de la Comunidad $t= -3.5$ $p=0.001$ (significativo)

CORRELACION DE PEARSON

Sexo Femenino

Con Benevolencia e Ideología de la Comunidad ($p=0.004$)*

Con Benevolencia y Restrictividad Social ($p=0.006$)*

Con Ideología de la Comunidad y Restrictividad Social ($p=0.038$)*

* $p<0.05$ es significativo

Sexo Masculino

Con Autoritarismo e Ideología de la Comunidad ($p=0.064$)*

Con Autoritarismo y Restrictividad Social ($p=0.019$)*

Con Benevolencia e Ideología de la Comunidad ($p=0.049$)*

Con Benevolencia y Restrictividad Social ($p=0.020$)*

Con Ideología de la Comunidad y Restrictividad Social ($p=0.031$)*

Total

Con Autoritarismo e Ideología de la Comunidad ($p=0.002$)*

Con Autoritarismo y Restrictividad Social ($p=0.019$)*

Con Benevolencia e Ideología de la Comunidad ($p=0.000$)*

Con Benevolencia y Restrictividad Social ($p=0.000$)*

Con Ideología de la Comunidad y Restrictividad Social ($p=0.000$)*

ESCOLARIDAD

	EDAD	AUTORIT.	BENEV.	REST. SOC.	IDEOL.COM
	X + D.E.	X + D.E.	X + D.E.	X + D.E.	X + D.E.
ESPECIAL.	40.5+11.1	37.6+4.8	41.5+4.5	40.0+3.7	43.4+2.9
LICENC.	43.4+7.7	35.3+5.2	40.9+4.1	38.6+3.6	40.3+5.0
TECNICO	39.0+5.2	33.0+2.4	39.4+3.9	36.0+5.7	37.8+5.5

Tabla 3

ANALISIS DE VARIANZA

AUTORITARISMO

$F(2,47) = 3.205, p= 0.050$

* $p < 0.05$ es significativo

DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS

Se encontraron entre Especialistas y Técnicos ($p= 0.044$)*

BENEVOLENCIA

$F(2,47) = 0.953, p= 0.393$

RESTRICTIVIDAD SOCIAL

$F(2,47) = 2.628, p= 0.083$

DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS

Se encontraron entre Especialistas y Técnicos ($p= 0.098$)*, Tendencia a la significancia.

IDEOLOGIA DE LA COMUNIDAD

$F(2,47) = 3.828, p= 0.029$

DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS

Se encontraron entre Especialistas y Técnicos ($p= 0.023$)*

* $p < 0.05$ es significativo

CONCLUSIONES

De los resultados obtenidos se observó que existen diferencias significativas en edad y sexo al relacionarlas con las escalas utilizadas, siendo las más sobresalientes Autoritarismo, Restricción Social e Ideología de la Comunidad, con lo que se comprueba la hipótesis que sostiene que existe influencia en la actitud hacia la enfermedad mental por dichos factores constitucionales, coincidiendo con lo encontrado por Lawton (1964), Murray (1969), Nunnally, Stefani (1976) y Casco (1987), esta tendencia en el sexo femenino hacia el autoritarismo, la restricción social y la ideología hacia la comunidad, puede ser explicada en base al tipo de pacientes (del sexo masculino) que es atendido en ésta institución, pudiendo ser una actitud compensatoria ante el peligro que pueden representar para ellas los pacientes crónicos.

En relación a la Escolaridad se encontró que existen diferencias significativas en Autoritarismo, Restricción Social e Ideología de la Comunidad entre los sujetos con grado académico de Especialidad y aquellos con nivel Técnico, observándose una correlación entre un mayor grado escolar y una actitud favorable hacia la enfermedad mental, concordando con los estudios realizados por Lawton (1964), Murray (1969), Askenasy (1974), Stefani (1976), Shurka (1982) y Casco y Cols. (1987,1990), Lo que se explica de la siguiente forma a mayor conocimiento o información, menores temores, ideas erróneas o mitos acerca del enfermo y/o la enfermedad mental.(ver gráficas 5-8)

La relación entre grupos mostró diferencias significativas entre Psiquiatría y Trabajo social y entre Psiquiatría y Enfermería, en la escala de Autoritarismo. Entre Psiquiatría y Enfermería en la escala de Ideología de la Comunidad también se encontraron diferencias significativas. (ver gráficas 1-4)

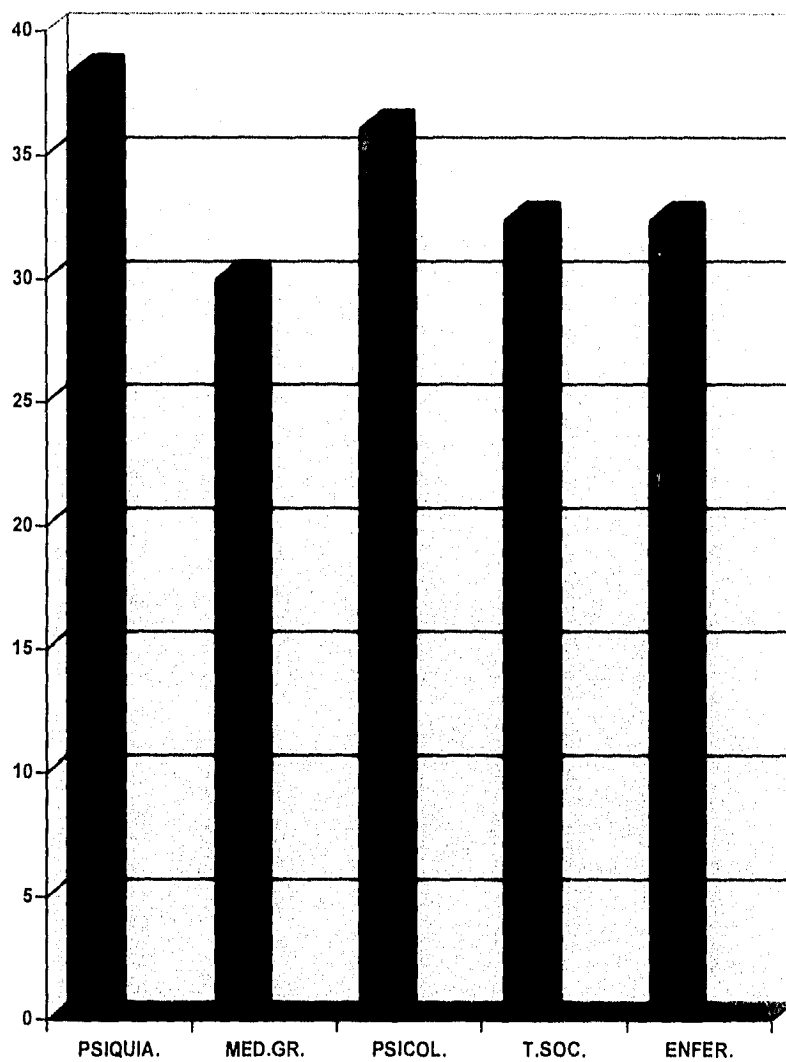
De los resultados obtenidos en la presente investigación se puede concluir de manera global, que en la población estudiada el factor Escolaridad es el que mayor influencia ejerce en la actitud hacia la enfermedad mental.

SUGERENCIAS

Tomando en cuenta los resultados de la investigación y la bibliografía consultada, creo conveniente emitir algunas sugerencias, orientadas a promover un mayor bienestar y una mejor atención al enfermo mental crónico.

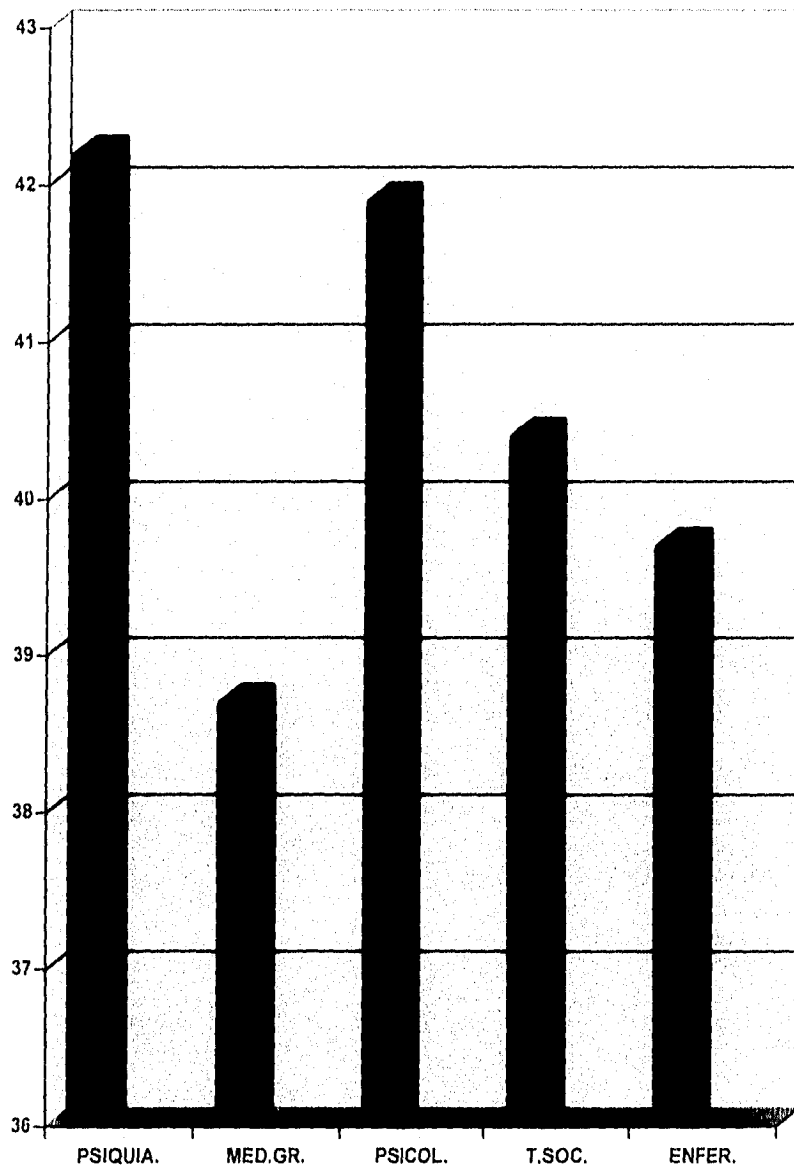
1. Promover la superación académica
2. Establecer programas de capacitación en y para el trabajo
3. Establecer programas permanentes de educación en Salud Mental

AUTORITARISMO



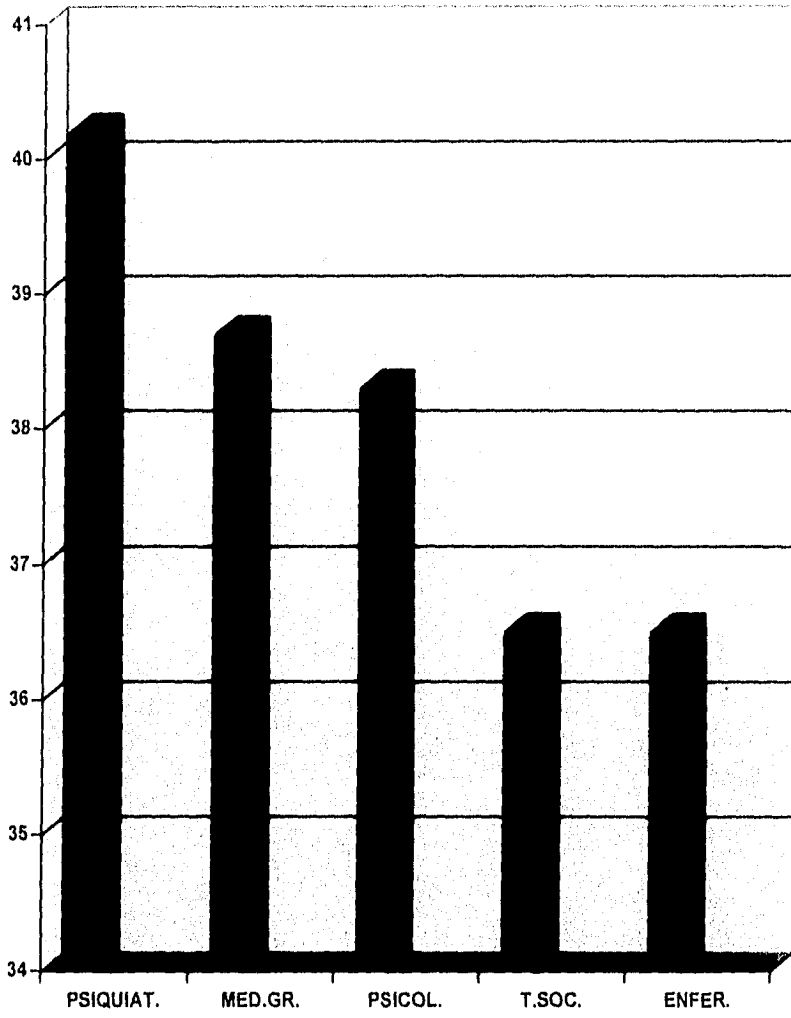
GRAFICA 1

BENEVOLENCIA



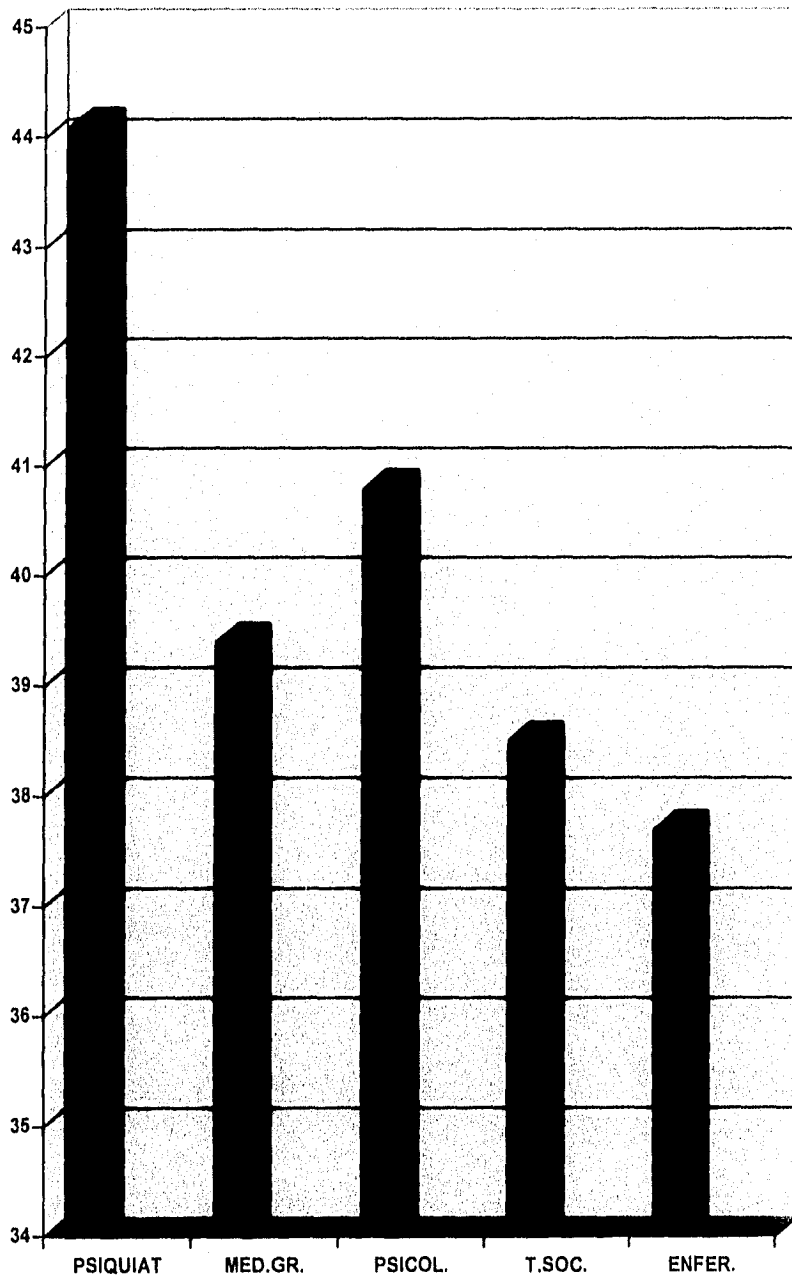
GRAFICA 2

RESTRICTIVIDAD SOCIAL



GRAFICA 3

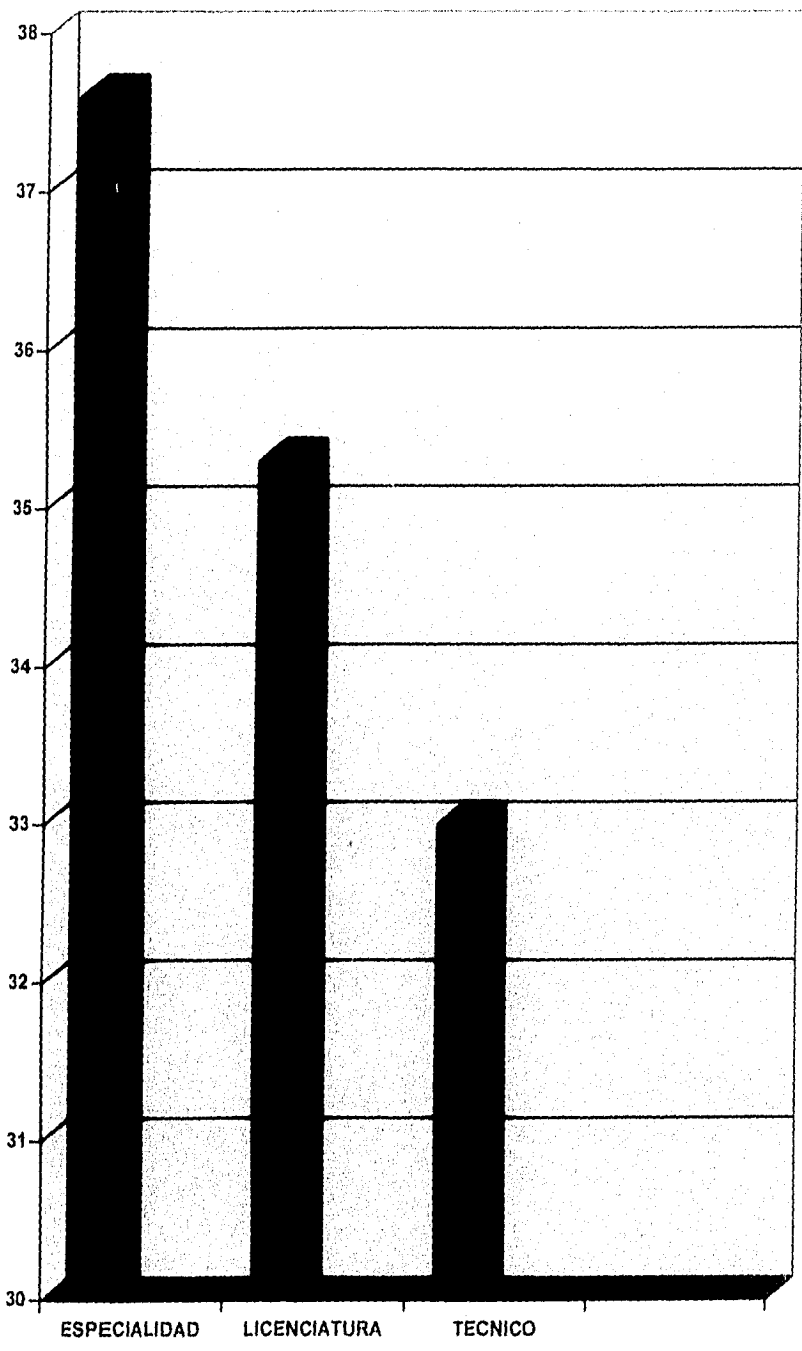
IDEOLOGIA DE LA COMUNIDAD



GRAFICA 4

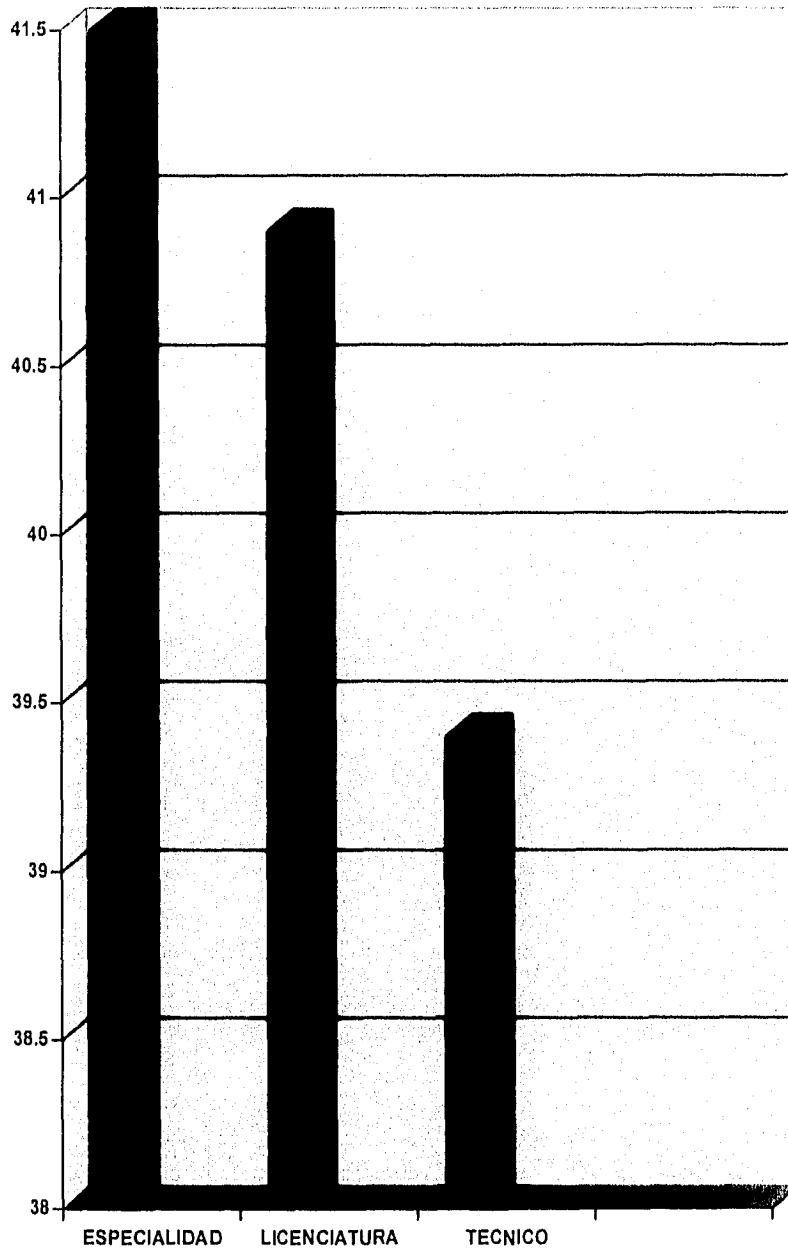
OTR...
...
...
...

AUTORITARISMO



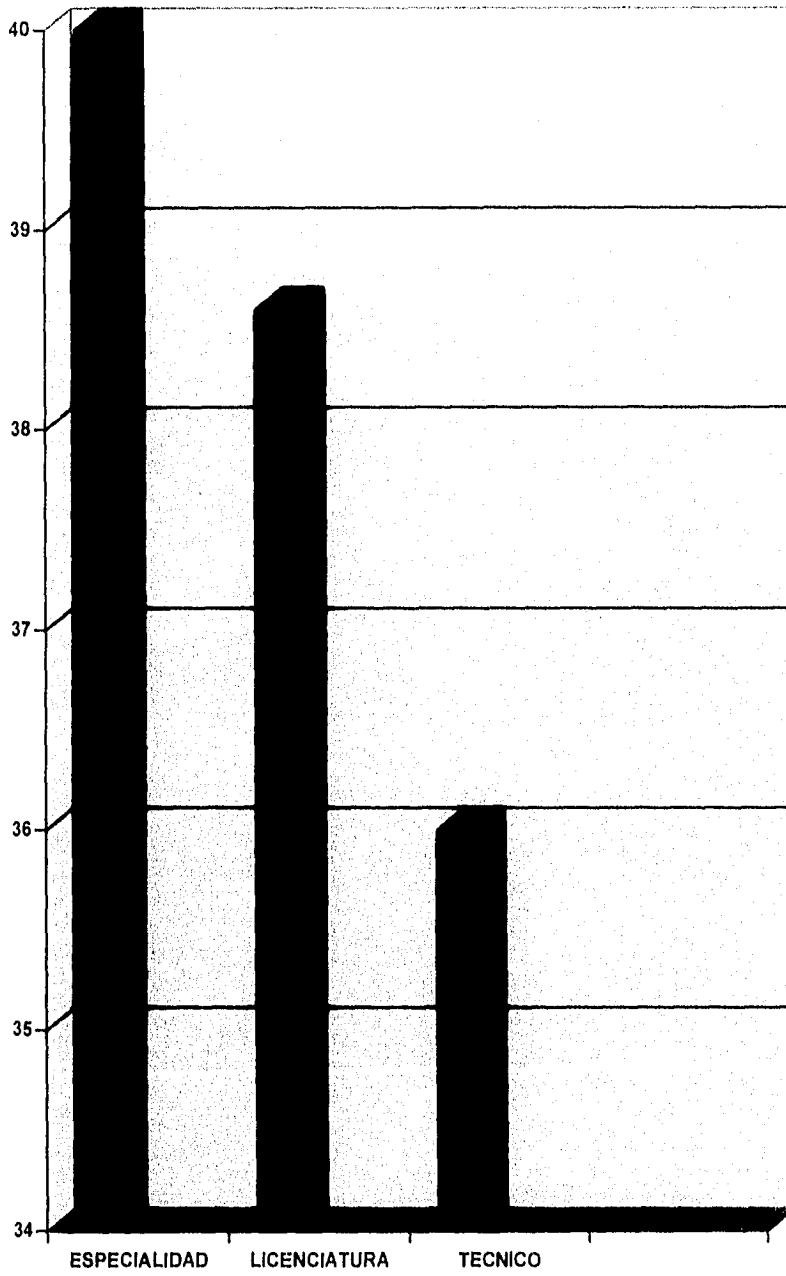
GRAFICA 5

BENEVOLENCIA



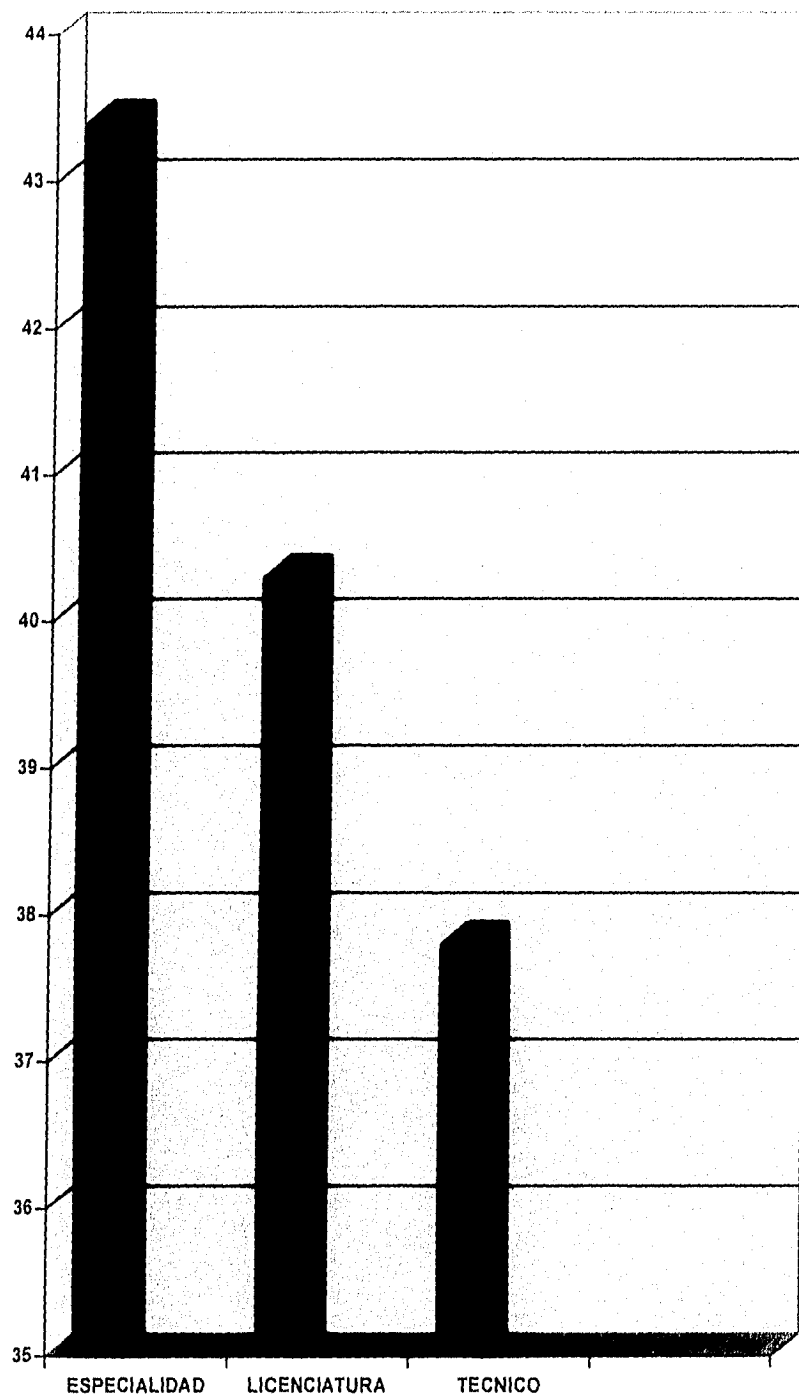
GRAFICA 6

RESTRICTIVIDAD SOCIAL



GRAFICA 7

IDEOLOGIA DE LA COMUNIDAD



GRAFICA 8

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ASKENASY, F.M. : Attitudes toward mental patients. Mouton-La Haya, París 1989
2. CASCO, M. y Cols.: Percepción y actitud ante los problemas de salud mental entre jóvenes de educación media superior. Salud Mental, 13(2): 18-23, Junio 1990.
3. CASCO, M.y Cols.: La actitud hacia la enfermedad mental, una revisión de la bibliografía. Salud Mental, 10(2): 41-52. 1987.
4. CASCO, M. y Cols.: Perecepción de un grupo de profesionistas hacia la imagen que la comunidad tiene de la enfermedad mental: Comparación entre ambas poblaciones. Salud Mental,9(2): 68-75, Junio 1986.
5. COHEN, J., STRUENING, E.: Opinions about mental illness in the personnel of two large mental hospitals. J Abnor Soc Psych, 64(3): 349-360,1967 .
6. DAVIDSON, R.A., THOMPSON, E.: Cross-cultural studies of attitudes and beliefs. Handbook of Cross-Cultural Psychology, 5: 25-63, 1981.
7. DELVAL, J.: La representación infantil del mundo social. Infancia y aprendizaje 13, Edit. F.C.E.. México 1980 pp 35-67.
8. ERINOSHO, O.A., AYONRIDE, A.: A comparative study of opinion and knowledge about mental illness in different societies. Psychiatr, 41: 403-410, Nov 1978.
9. FOUCAULT, M.: Historia de la locura en la época clásica I. Edit. F.C.E., México, 1972 pp 20-28, 111-124.

10. FOURNET, G.: Cultural correlates with attitudes, perception, Knowledge and reporter incidences of mental disorders. Psychol, 67(8778): 339-B, 1967.
11. GARTHY, J.: Attitudes towards and incidence of mental disorder: A research. Southwestern Social Science Quarterly J, 1957.
12. GOVE, W.: Labelling theory's explanation of mental illness: An update of recent evidence. Dev behav Interdisc J. 3: 307-327, 1982.
13. KOLTENIUX, M.: Metapsicología. Trabajo presentado en el seminario Freud XI, Instituto Mexicano de Psicoterapia psicoanalítica en el adolescente. 1988.
14. LAWTON, M.: Correlates of the opinions about mental illness scale. J Consul Psychol, 28(1): 94, 1964.
15. LEHTINEN, V.: Social-demographic aspects in the attitudes towards mental illness in a Finish. Acta Psychiatr Scand, 55:287-298, 1977.
16. LEMKAU, P.V., GUIDO, M.C.: An urban population's opinion and knowledge about mental illness. Am J Psychiatr 118(8): 692-700, Febrero 1962.
17. LOZANO, G.M.: Actitudes hacia la enfermedad en residentes de psiquiatría y de otras especialidades. Tesis para obtener título de especialista en Psiquiatría. U.N.A.M., 1991, pp 1-13.
18. LUBCHANSKY, I., EGRI, G., STOKES, J.: Puerto Rican spiritualists view of mental illness: The Faith healer as a paraprofessional. Am J Psychiatr, 127(3):312-321, Septiembre 1970.
19. MONTESINOS, B.E.: Actitudes hacia la enfermedad mental en residentes de primer y tercer año del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez. Tesis para obtener título de Especialista en Psiquiatría, U.N.A.M. 1987, pp 1-18.

20. MOSCOVICI, S.: Psicología social II, pensamiento y vida social, psicología social y problemas sociales. Edit. Paidós, Buenos Aires 1986.
21. MURRAY, R.L.: Attitudes of professional nonpsychiatric nurses toward mental illness. J Psychiatr Nurs Ment Health Serv, 7(3): 117-123, 1969.
22. NUNNALLY, J.: The communication of mental health information: A comparacion of the opinions of experts and the public with mass media presentations. Behav Sci, 2: 22-230, 1957.
23. OLIVARES, H.M.: La actitud hacia la enfermedad mental; una comparación en un grupo de adolescentes según su sexo. Tesis para obtener título de Especialista en Psiquiatría, U.N.A.M., 1992, pp 3-9.
24. PHILLIPS, D.: Rejection of the mental ill: The influence of behavior and sex. Am Soc Rev, 26: 679-687, 1964.
25. POSTEL, J., QUETEL, C.: Historia de la psiquiatría. Edit. F.C.E., México, 1987, pp 11-29, 32-38, 43-52, 62-69, 73-85, 89-98.
26. RABKIN, J.: Opinions about mental illness: A review of the literature. Psychol Bull (77): 153-171, 1972.
27. RUGGIERO, J.A.: Research on social class and intolerance in the context of American history and ideology. J History Behav Sci, (15): 167-176, 1979.
28. SCHEFF, T.J.: The labelling theory of mental illness. Am Soc Rev (39): 444-452, 1974.
29. SHURKA, E.: Attitudes of Israeli Arabs toward the mentally ill. Inter J Soc Psychiatr, 29(2):1983.
30. STEFANI, D.: Actitudes hacia la enfermedad mental. Rev Psicol Gen Aplic, 31(139): 211-234, 1976.

31. STEFANI, D.: Escala de actitudes hacia la enfermedad mental. Acta Psiquiatr Psic. Amer Lat, 23:202, 1977.
32. STEFANI, D.: Influencia del nivel socio-económico sobre las actitudes hacia la enfermedad mental. Salud Mental 7(3): 25-28, Otoño 1984.
33. STEFANI, D.: Autoritarismo y actitud hacia la enfermedad mental. Salud Mental 8(2): 27-30, Junio, 1985.
34. SUAREZ, P.J.: Actitudes hacia la enfermedad mental en personal de enfermería del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez. Tesis para obtener título de especialista en Psiquiatría, U.N.A.M., 1990, pp 1-8.
35. TAYLOR, S.: Attitudes toward the mentally ill and reactions to mental health facilities. J Roy Soc Med Sci, 13(D): 281-290, 1976.
36. THURSTONE, LL.: The measurement of values. The University of Chicago Press, Chicago, 1937.