

01985 4



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO**

2 ej.

FACULTAD DE PSICOLOGIA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

**EL SISTEMA DE ACTITUDES EN RELACION CON  
LA ENFERMEDAD MENTAL: UN MODELO  
DESCRIPTIVO DE SU FORMACION Y  
CONSECUENCIAS**

Tesis que presenta  
**MTRA. SARAH GARCIA SILBERMAN**

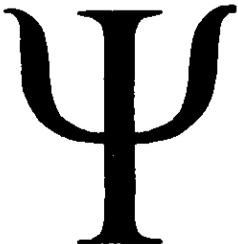
para obtener el grado de  
**DOCTORA EN PSICOLOGIA**

Directora de Tesis  
Dra. Susan Pick Steiner

Comité de Tesis  
Dra. Emilia Lucio Gómez-Maqueo  
Dra. María Elena Medina-Mora  
Dra. Dolores Mercado Corona  
Dra. Matilde Valencia Flores

Suplentes  
Dra. Nelly Salgado de Snyder  
Dra. Luisa Rossi Hernández

México, D. F., Marzo de 1998



258878

**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.

**A mis padres Manuel y Graciela**

**A mis hijos Violeta y Joel**

**A mi esposo Henrique**

**A todos mis amigos**

## AGRADECIMIENTOS

---

La investigación en que se basa este trabajo fue financiada por el Instituto Mexicano de Psiquiatría (proyecto 1492) y el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (clave 2072-H9302). El CONACyT me otorgó una beca para realizar mis estudios de doctorado, la cual constituyó un importante apoyo para desarrollarlos. Mi agradecimiento a ambas instituciones.

Esta tesis es resultado de una línea de investigación iniciada gracias al apoyo que he recibido del Instituto Mexicano de Psiquiatría, al darme la oportunidad de realizar mi vocación e interés por la investigación. Mi especial agradecimiento al Dr. Ramón de la Fuente, Director General, y a la Dra. Ma. Elena Medina-Mora, Jefa de la División de Estudios Epidemiológicos y Sociales. Asimismo, mi agradecimiento a mis compañeros de trabajo, en particular a Catalina González-Forteza, Luciana Ramos, Guillermina Natera, Asunción Lara, Jorge Caraveo, Arturo Ortiz, Martha Romero, Ma. Luisa Rascón y Ma. Teresa Saltijeral, por compartir conmigo su experiencia como investigadores y ser un constante estímulo para continuar por este camino.

Ha sido fundamental en esta carrera la formación académica obtenida por parte de la División de Estudios de Posgrado de la Facultad de Psicología de la UNAM, en particular el apoyo de algunos de sus más distinguidos miembros. Mi agradecimiento muy especial a la Dra. Patricia Andrade y a la Mtra. Lucy Reidl.

Deseo expresar mi reconocimiento a los miembros de mi comité de tesis por su asesoría y apoyo, que enriquecieron mi formación y en particular el contenido de esta tesis: Dra. Susan Pick, Dra. Ma. Elena Medina-Mora, Dra. Emilia Lucio, Dra. Matilde Valencia, Dra. Dolores Mercado, Dra. Nelly Salgado y Dra. Luisa Rossi.

Agradezco al Lic. Luis Moctezuma y al Lic. Eduardo Rodríguez su apoyo y asesoría en el desarrollo del trabajo de campo, así como a todos los participantes anónimos que dedicaron su tiempo e interés al aceptar las entrevistas que constituyen el material básico de esta investigación.

Al Lic. Jorge Villatoro y al Lic. Luis Albarrán, por el interés y los conocimientos que pusieron a mi disposición durante el desarrollo de los análisis estadísticos efectuados.

Al equipo de trabajo del Centro de Información en Salud Mental y Adicciones: Mario Domínguez, Reyna Gutiérrez, Guadalupe Hernández, Rosario Infante, Alberto Jiménez, Adriana Luna y Josefina Solís, por su apoyo y colaboración en el cumplimiento de las responsabilidades cotidianas, que me permitieron concluir este trabajo.

## CONTENIDO

---

Resumen .....	1
Abstract .....	3
I. Introducción .....	5
II. Antecedentes .....	8
Revisión bibliográfica .....	8
Hallazgos principales .....	16
Síntesis .....	20
III. Marco Teórico .....	21
El estudio de las actitudes .....	21
Principales conceptos relacionados con las actitudes .....	22
El concepto de actitud .....	25
IV. Modelo Teórico .....	27
Definiciones .....	28
Relaciones entre conceptos .....	29
Concepción esquemática de las actitudes .....	30
Presentación esquemática del marco conceptual .....	30
Esquema específico de relaciones entre variables .....	31
Axiomas o postulados teóricos .....	32
Hipótesis .....	32
V. Diseño de Investigación .....	34
Problema de investigación .....	35
Objetivos .....	35
Variables .....	36
Operacionalización .....	37

VI. Método.....	39
Población.....	39
Muestra de investigación.....	39
Instrumento de medición.....	39
Estudio piloto.....	42
Procedimiento.....	43
VII. Resultados.....	45
Codificación y Captura.....	45
Análisis Descriptivos.....	45
Limpieza de reactivos.....	52
Validez.....	52
Confiabilidad.....	57
Comparaciones entre Grupos.....	58
Prueba de Hipótesis.....	86
Prueba del Modelo Propuesto.....	94
Modelo ampliado.....	98
Modelo correspondiente al psiquiatra.....	106
Modelo correspondiente a la enfermedad mental.....	109
Modelo correspondiente al enfermo mental.....	112
VIII. Discusión y Conclusiones.....	115
Bibliografía.....	124
Anexo 1. Revisión bibliográfica.....	132
Anexo 2. Instrumento.....	149
Anexo 3. Guía de codificación.....	161

## RESUMEN

---

Se presentan en este trabajo los resultados de una investigación realizada con el propósito de conocer las principales creencias, actitudes e intenciones conductuales prevalecientes en la comunidad, en relación con la enfermedad mental, los enfermos mentales y los psiquiatras responsables de su atención.

A partir de la premisa de que las creencias y actitudes de una persona forman parte de su cultura, se plantea que, en relación con el tema de la salud mental, el público en general está expuesto a la información acerca de la enfermedad mental y de los psiquiatras primariamente a través de los estereotipos y creencias tradicionales, ya que sólo una minoría tiene experiencias directas relevantes.

Por tal razón, así como por el hecho de que tanto los enfermos mentales como los psiquiatras han sido frecuentemente objeto de temor y ridiculización, es de suponerse que predominen en la población creencias inexactas y actitudes negativas que puedan constituir una barrera importante para la búsqueda y obtención de ayuda profesional.

Este campo de estudio adquiere aun mayor relevancia en la actualidad en vista a la tendencia a desplazar el foco de atención de los servicios psiquiátricos del hospital hacia la comunidad. En México la atención usualmente se centra en el paciente que acude o es llevado a la consulta, y es menester un cambio radical en la estrategia de la prestación de los servicios, desplazándola hacia la comunidad, reclutando la colaboración de otros agentes, ya sea del propio sector salud o de otros, como el educativo, el del trabajo y la comunidad misma.

Bajo estas perspectivas, se diseñó y realizó una investigación tendiente a conocer las principales creencias, actitudes e intenciones conductuales de la población general con respecto a las enfermedades mentales, a los sujetos que las padecen y a los principales responsables de su atención: los psiquiatras. Se seleccionó una muestra intencional de 800 sujetos de la población general de la ciudad de México, estratificada en relación con su nivel socioeconómico, edad y género. Se utilizó un instrumento de medición diseñado específicamente para este estudio, el cual fue aplicado a manera de entrevista estandarizada en el domicilio de los sujetos.

Los resultados obtenidos indican que las creencias, actitudes e intenciones conductuales de los sujetos entrevistados son predominantemente positivas y que esta tendencia se incrementa conforme menor la edad y mayor es la escolaridad y jerarquía ocupacional. Así mismo, se observaron manifestaciones significativamente más positivas por parte de quienes han tenido experiencias directas con la enfermedad mental.

La mayoría de los entrevistados reconocieron la importancia de las enfermedades mentales y la necesidad de utilizar servicios especializados para su atención. Sin embargo, aún persisten importantes carencias de información con respecto a sus causas, características y principales manifestaciones, así como en cuanto a sus posibilidades de tratamiento.

En relación con los análisis realizados para someter a prueba el modelo, los resultados en términos de regresión múltiple permitieron probar su adecuación y utilidad como base teórica, confirmándose su capacidad predictiva especialmente en su parte nuclear, correspondiente a la propuesta teórica básica de Fishbein y Ajzen, en cuanto a la cadena causal que conecta creencias, actitudes e intenciones conductuales. No obstante, las fuentes de las creencias no quedaron explicadas satisfactoriamente a partir de las variables propuestas; las experiencias, el riesgo y la disponibilidad percibida no contribuyeron de manera sensible a explicar el modelo, y la conducta resultó aparentemente poco influenciada por las intenciones, dependiendo de manera importante de la necesidad experimentada.

Esta información constituye una base para comprender las actitudes de temor, desconfianza y vergüenza frecuentemente manifestadas en relación con la psiquiatría y las enfermedades mentales, y a partir de tal comprensión, planear acciones encaminadas a su modificación.

Es importante destacar la importancia de la educación en salud mental como medio para propiciar el reconocimiento temprano de los síntomas de las diversas enfermedades mentales y de esta manera, inducir a una búsqueda más oportuna de atención, ya que la utilización de los servicios psiquiátricos disponibles no depende sólo de su existencia, sino de la apropiada educación masiva para la salud mental.

Sin perder de vista las limitaciones de la investigación, los resultados pueden constituir un punto de partida para proseguir en el desarrollo de investigaciones más específicas y profundas en cada una de las áreas incluidas, y servir como base para el diseño e implementación de programas de atención y promoción de la salud mental, que incluyan tanto la óptima utilización de los recursos disponibles, como la adecuada planeación de su desarrollo y la generación de planes eficaces de educación sobre la materia.

## ABSTRACT

---

The aim of this study was to investigate the main beliefs, attitudes and behavioral intentions of the community, towards the mental illness, the mentally ill and the psychiatrist. A person's beliefs and attitudes form part of his culture. Particularly in the area of mental health, the general public is primarily exposed to mental illness and psychiatrists through myths, stereotypes and traditional beliefs, since only a few members of the community are directly exposed to relevant personal experiences that might modify these.

In view of the above and the fact that both the mentally ill and the psychiatrist have always been objects of fear and ridicule, presumably the population holds predominantly negative beliefs and attitudes that might act as a considerable barrier to the adequate implementation of programs for the promotion of mental health and the treatment of the mentally ill.

On the basis of these premises, the study of the beliefs and attitudes of the people regarding the mentally ill and those responsible for their treatment is of paramount importance. Discovering and understanding the structure of these conceptions and attitudes is essential for the design and implementation of suitable and effective mental health programs. These programs should include both the optimum utilization of available resources and planning for their development, and the creation of effective educational plans for the general population, aimed to promote its mental health.

This field of study is even more important nowadays in view of the tendency to shift the psychiatric attention from the hospitals to the community. In Mexico, attention has generally been focused on patients who either make an appointment to see a psychiatrist or are taken to see one. A radical change is needed in the strategy for providing services, to shift it towards the community, and enlist the cooperation of various agents, whether from the health sector itself or others such as the education and work sectors and the community itself.

Likewise, this type of research should provide basic information that will enhance the success of epidemiological studies on mental health, which are extremely necessary yet somewhat scarce in our country. In this respect, it is important to investigate the nature and level of the population's knowledge on mental illness and its treatment options, as well as studying its beliefs and attitudes, in order to be able to design instruments that will provide valid indexes of their prevalence and suitable programs for their detection and management.

On these basis, a transversal, ex post facto and field study was designed to investigate the main beliefs, attitudes and behavioral intentions of the community towards mental illness, the mentally ill and psychiatrists. The specific objectives were (1) to determine the kind and level of information of the people in the sample. about mental illnesses and existing services for its treatment; (2) to obtain information about the main beliefs, attitudes and behavioral intentions towards mental illness, the mentally ill and psychiatrists; (3) to explore the possible sources of those beliefs and attitudes; (4) to determine the possible correlations among beliefs, attitudes and behavioral intentions; (5) to obtain empirical evidence which support the theoretical model proposed to explain the relations among the variables considered.

The subjects of this study were 800 adults (18 to 60 years old) from the general population of Mexico City. A structured questionnaire designed, validated and applied by professional interviewers. The results obtained show that people's knowledge on such matters is wider than expected and attitudes are more positive than anticipated. Most subjects in the sample are aware of the importance of mental illness and have some basic information on this matter; they also seem to have positive behavioral intentions of acceptance towards the mentally ill and the psychiatrists.

The study discovered a tendency to express more objective beliefs, more positive attitudes and more favorable behavioral intentions the lower a person's age and the higher his levels of schooling and occupational hierarchy. These results would tend to strengthen the hypothesis that education concerning mental health is the best available tool for improving the public's approach to the problem of mental illness.

At the same time, the results clearly indicate the presence of more favorable beliefs, attitudes and intentions among those who have had direct experiences with mental illness. In this respect, it is not expected that the number of subjects directly exposed to this type of experiences will increase, but rather that the positive effects of the latter will be multiplied by extensive campaigns on the recent scientific progress achieved by the medical science in the field of mental health. Likewise, the results regarding the mass media, although very general, confirm their importance in relation to the beliefs and attitudes concerning mental illness and psychiatrists.

The results obtained regarding the theoretical model that was proposed, confirmed only some of the relations anticipated, particularly those based on the Fishbein's theory among beliefs, attitudes, behavioral intentions. The beliefs possible sources could not be satisfactorily explained considering the included variables: the family, the school and the mass media. The experiences reported, the risk perception and the perceived availability of mental health services neither contribute, in a significant way, to explain the model, while actual behavior showed limited influence from the behavioral intentions, and proved that it depends mainly on experienced need of treatment.

Without getting out of sight the limitations of this investigation, the information obtained may be a starting point to continue the development of more specific research in some of the considered topics. Additionally, this information might constitute an important basis for the design and development of more suitable programs for the attention and promotion of the mental health, including the very best utilization of the available resources, the adequate planning of its development and the generation of efficient educational programs on this subject.

## I. INTRODUCCIÓN

---

El estudio sistemático y estructurado de las actitudes con respecto a las enfermedades mentales es de fundamental importancia para el diseño e implementación de programas de atención y promoción de la salud mental, que incluyan tanto la óptima utilización de los recursos disponibles, como la adecuada planeación de su desarrollo y la generación de planes eficaces de educación sobre la materia.

Para este fin, el estudio de las actitudes debe incluir tanto los conocimientos, creencias y opiniones que las sustentan, como los prejuicios y estereotipos prevaletentes e incluso los comportamientos y conductas más frecuentes en la población. Ahora bien, siendo la salud y la enfermedad mentales conceptos muy amplios, es necesario definirlos y especificarlos por medio de un conjunto de elementos interrelacionados que incluyen desde las características, causas y consecuencias de las enfermedades mentales, hasta los sujetos que las padecen y los profesionales responsables de su atención.

Asimismo, este tipo de investigación debe proveer información básica para lograr éxito en la realización de estudios epidemiológicos sobre trastornos mentales, los cuales son escasos y muy necesarios en México. A pesar de la importancia de determinar la extensión y magnitud de los problemas de salud mental, hay dificultades de carácter conceptual que obstaculizan el logro de este objetivo fundamental, relacionadas específicamente con el concepto de trastorno o enfermedad mental, así como con su detección y manejo en la práctica médica general (De la Fuente, 1985).

En este sentido, es indispensable investigar el nivel y el tipo de conocimientos que posee la población sobre las enfermedades mentales y sus posibilidades de tratamiento, así como sus creencias y actitudes al respecto, para poder diseñar adecuadamente instrumentos capaces de ofrecer índices válidos de su prevalencia y programas adecuados para su detección y manejo (Rabin y Labarbera, 1987). En particular, este tipo de estudios es auxiliar para especificar áreas concretas de ignorancia y prejuicio (De la Fuente JR, 1985; De la Fuente R, 1990). A este respecto, Nunnally (1961) considera que las actitudes negativas hacia el enfermo mental derivan más de una carencia de información sobre la enfermedad mental que del conocimiento existente o de la información incorrecta o inadecuada.

Sabemos que las imágenes del mundo empírico, incluidos los valores, las creencias, las opiniones y las actitudes, son adquiridas, reforzadas y modificadas a través de la experiencia social, bajo la influencia de los patrones culturales de un grupo social determinado, que suelen ser transmitidos por cuatro medios fundamentales:

- a) El contacto directo con la enfermedad mental, ya sea por padecerla personalmente o por conocer a algún enfermo mental.
- b) El trato personal con profesionales dedicados a la salud mental.
- c) La transmisión cultural de conocimientos, estereotipos o prejuicios.
- d) La imagen difundida a través de los medios masivos de comunicación.

Específicamente en relación con el tema de la salud mental, el público en general está expuesto a la información acerca de la enfermedad mental y de los psiquiatras primariamente a través de los estereotipos y creencias tradicionales, ya que sólo algunos miembros se exponen directamente a experiencias relevantes (Levey y Howells, 1994; Micklin y León, 1978).

Este campo de estudio adquiere aun mayor relevancia en la actualidad, debido a la tendencia a desplazar el foco de atención de los servicios psiquiátricos del hospital hacia la comunidad (Ayuso y Saiz, 1978; Bhugra, 1989). En Latinoamérica la atención usualmente se centra en el paciente que acude o es llevado a la consulta, y es necesario un cambio radical en la estrategia de la prestación de los servicios, desplazándola hacia la comunidad, reclutando la colaboración de otros agentes, ya sea del propio sector salud o de otros, como el educativo, el del trabajo y la comunidad misma (Levav, 1989).

En diversas áreas de la salud pública se ha comprobado que el éxito de programas comunitarios depende en gran parte de la actitud o disposición de la gente a cooperar con las autoridades de salud pública y con los profesionales que se ocupan de ella; ejemplos claros son las campañas nacionales de vacunación, rehidratación oral, planificación natal y prevención del SIDA. A la vez, la cooperación del público depende en gran medida de los conocimientos, creencias y actitudes prevalecientes.

Conocer y comprender la estructura de las actitudes es muy significativo para los programas de prevención, educación y atención en salud mental. Resulta absurdo pensar en diseñar una campaña adecuada de difusión de información o de educación para la salud mental, sin conocer previamente el nivel de conocimientos existente en la población a la que se dirige.

Por otro lado, diversos estudios destacan la necesidad de mejorar la imagen y el atractivo de la psiquiatría (Dewan, Levy y Donnelly, 1988; Ingham, 1985; McGuire, Borowy y Kolin, 1986; Nielsen y Eaton, 1981; Rabin y Labarbera, 1987; Rawnsley, 1984; Schindler, 1987; Vidales, 1989; West y Walsh, 1975; Wood, Jones y Benjamin, 1986; Yager, Lamotte, Nielsen y Eaton, 1982). La actitud de la sociedad hacia el psiquiatra siempre ha sido ambivalente, ya que por un lado se le admira y por otro se le teme. En el cine y en la prensa se le suele mostrar como el agente de la sociedad que enferma a los débiles y a los inconformes, y no como el que devuelve a la libertad a quienes la han perdido por causa de la enfermedad.

Desde tiempos remotos, el psiquiatra y el enfermo mental han sido objeto de mitos, estereotipos y ridiculización. La función que el psiquiatra está llamado a desempeñar en nuestros días, queda condicionada en buena medida por esta imagen. Dentro del movimiento de la antipsiquiatría surgido en los años 60, incluso la validez del concepto de enfermedad mental ha sido cuestionada, y psiquiatras como Thomas Szasz (1961) han tratado de persuadir al mundo de que los trastornos mentales no existen.

Un problema adicional es la confusión generada por los distintos abordajes de diversos especialistas en torno a los problemas de salud mental: la confusión entre psiquiatra, psicólogo, psicoanalista, psicoterapeuta, etc. (Benjamin, 1986; Gardner y Dalsing, 1986; Hartnett, Simonetta y Mahoney, 1989). Schindler (1987) plantea que existen estereotipos específicos, que ubican al psicólogo como aquel que atiende los problemas sencillos mediante la aplicación de pruebas y la psicoterapia y al psiquiatra como encargado de los problemas más graves, que se manejan administrando drogas psicotrópicas.

Otros autores en cambio, han encontrado que la población en general no percibe ninguna diferencia entre psicólogo y psiquiatra (McGuire y cols, 1986). De esto último podemos concluir la necesidad paralela de difundir una imagen y concepción adecuadas y positivas de la psiquiatría actual, sus alcances y limitaciones, para lo cual, nuevamente, requerimos obtener información específica sobre la imagen prevaleciente en los sectores a los que pretendemos acceder.

Frente a este panorama, se ha considerado necesario investigar cuales son las creencias, actitudes e intenciones conductuales prevalecientes al respecto en la población mexicana, con el propósito de que la información obtenida sirva como base para el desarrollo de programas eficaces de información y educación para la salud mental.

## II. ANTECEDENTES

---

El estudio formal de las actitudes y la opinión pública con respecto a la enfermedad y los enfermos mentales se inició en los años 50, cuando se desarrollaron los primeros estudios aislados sobre el tema en los Estados Unidos de Norteamérica (Cumming y Cumming, 1957; Gartly, 1957; Middleton, 1953; Nunnally, 1957, Ramsey y Seipp, 1948). El número de estudios al respecto se elevó notablemente a partir de los años 60 y particularmente en las últimas dos décadas, al resultar evidente la importancia de las actitudes de la comunidad hacia los enfermos mentales en relación con el éxito o fracaso de los programas de psiquiatría comunitaria (Nielsen y Eaton, 1981; Olade, 1979; Phillips, 1963).

A partir de una amplia revisión bibliográfica sobre el tema, se analizaron más de 100 publicaciones en libros y revistas especializadas, así como reportes de revisiones bibliográficas comprensivas sobre la materia, que ofrecen un amplio panorama de lo realizado a nivel internacional en este sentido (Bhugra, 1989; Brockman y D'Arcy, 1978; Casco, Natera y Herrejón, 1987; Johansen, 1969; Rabkin, 1974; Ruiz, Serrano y Sánchez, 1988). Debido a la magnitud de la información obtenida, se realizó una clasificación de las investigaciones publicadas de acuerdo con su ubicación geográfica, la población estudiada, los métodos utilizados, los instrumentos, las variables consideradas y el tipo de diseño seleccionado, la cual se resume en el ANEXO 1.

### REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Al analizar este material se aprecia que la mayor parte de los estudios han sido efectuados en países desarrollados, a los que corresponden un 80% del total de los artículos revisados, mientras que las investigaciones han sido muy escasas en los países en vías de desarrollo. Se han estudiado grupos de sujetos tanto de la población general como de sectores específicos de ella, entre estos, los propios pacientes psiquiátricos, sus familiares, diversos profesionales de la salud mental y estudiantes. En cuanto a los métodos utilizados, predomina la entrevista estandarizada, la identificación de patologías y el método del informante. Las principales variables sociodemográficas estudiadas han sido la escolaridad, la edad, el género, el nivel socioeconómico y la ocupación. La mayoría de los estudios han sido de tipo exploratorio y descriptivo. Se han utilizado diversos tipos de instrumentos, los cuales se clasificaron como sigue:

- 1) CUESTIONARIOS integrados por reactivos abiertos y de opción múltiple, para medir información y creencias, entre los que destacan el denominado "Actitudes hacia los pacientes mentales", desarrollado por Askenasy (1974) y un cuestionario autoaplicable diseñado por Dewan y cols. (1988).

- 2) ESCALAS para la medición de opiniones y actitudes, integradas por reactivos tipo Likert (1932), con múltiples ejemplos, como la escala "OMI" (Opinions about Mental Illness Scale) de Cohen y Struening (1962), la escala "CAMI" (Community Attitudes Toward the Mentally Ill Scale) diseñada por Taylor y Dear (1981), la "Escala de Expectativas de Comportamiento de Golding" de Fisher y Farina (1979) y las elaboradas por Garty (1957), Graves, Krupinski, Stoller y Harcourt (1971), Lehtinen y Väisänen (1977), Mahatane y Johnston (1989) y Steffani (1977).
- 3) ESCALAS DE DIFERENCIAL SEMÁNTICO, como las diseñadas y utilizadas por Eker (1989), Fracchia, Canale, Cambria, Ruest, Sheppard y Merlis (1975) y McGuire y cols. (1986).
- 4) ESCALAS DE DISTANCIA SOCIAL tipo Bogardus (1925), con versiones similares utilizadas por Ayuso y Saiz (1978), Brockman y D'Arcy (1978), y Trute y Loewen (1978).
- 5) VIÑETAS, que son historias o descripciones breves sobre patologías mentales, diseñadas con base en las principales clasificaciones internacionales, como el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III y DSM-III-R) y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9 y CIE-10). Las más utilizadas son las desarrolladas por Star (1955) y Wig, Suleiman, Routledge, Srinivasa, Ladrado, Ibrahim y Harding (1980).

A continuación se presenta una reseña de las investigaciones más relevantes organizadas bajo criterio de distribución geográfica, con el propósito de ubicar los estudios realizados en México en un contexto internacional.

### **Estados Unidos de Norteamérica**

Los estudios revisados comprenden el periodo que va de 1948 a 1991, y se efectuaron en muestras que varían de 30 a 3500 sujetos. Entre los más destacados está el realizado por Ramsey y Seipp (1948) para investigar las actitudes y opiniones sobre la enfermedad mental en una muestra de 345 sujetos de la población general. Los autores reportan que conforme más elevado es el nivel educativo y la jerarquía ocupacional, mayor es el nivel de información de los sujetos y sus actitudes manifiestan más comprensión; adicionalmente, encontraron que en los niveles socioeconómicos más elevados, hay mayor optimismo en cuanto a la recuperación de los enfermos mentales.

Nunnally (1957) realizó un estudio para comparar las opiniones de los expertos y del público en general con respecto a la información que difunden los medios masivos de comunicación sobre la salud mental. Reporta que la población no está informada y que las respuestas que dan carecen de lógica y manifiestan inseguridad. Además encontró que las actitudes son negativas y están basadas en el temor. El autor describe que se percibe una especie de halo negativo impreciso, que genera actitudes inconsistentes. Finalmente reporta que hay diferencias asociadas con la edad de los sujetos, con actitudes más negativas conforme ésta aumenta.

Por su parte, Star (1959) investigó lo que piensa el público acerca de la salud y la enfermedad mental, por medio de 3500 entrevistas a la población general. Reporta que la mayoría de la población cree que las enfermedades mentales pueden ser curadas, pero a la vez piensa que la gente no cuenta con los recursos necesarios para pagar los tratamientos. Cohen y Struening (1962) indagaron las opiniones sobre la enfermedad mental en 1194 miembros del personal que trabajaba en dos grandes hospitales, y encontraron que la educación y la ocupación se correlacionan positivamente con las actitudes, en tanto que la edad y el género no se asocian con las mismas.

Lemkau y Crocetti (1962) en el mismo año realizaron una encuesta en 1738 sujetos de población urbana, encontrando, en concordancia con Star (1959), que la mayoría cree que las enfermedades mentales son curables. Giovannoni y Ullmann (1963) investigaron un año después las concepciones que tienen los pacientes psiquiátricos sobre la salud mental, en un grupo de 35 sujetos, comparándolos con no pacientes. Encontraron actitudes extremadamente negativas en ambos, así como similar falta de información.

Clark y Binks (1966) estudiaron la relación de las actitudes hacia la enfermedad mental con la edad y la educación, y reportan que sí hay una correlación, inversa en el caso de la primera y directa con respecto a la segunda. Dohrenwend y Chin-Shong (1967) buscaron la posible correlación entre las actitudes hacia los trastornos psicológicos y el estatus social, encontrando una correlación con mayor intolerancia y rechazo por parte de las clases sociales más bajas.

Fournet (1967) realizó una comparación intercultural en 200 sujetos de diferente origen cultural, en relación con las actitudes, la percepción, los conocimientos y la incidencia reportada de trastornos mentales, hallando actitudes más negativas en los anglosajones que en los franceses, pero ninguna diferencia en cuanto a los conocimientos y la percepción. Fischer (1971) investigó las creencias y actitudes acerca de los enfermos mentales entre estudiantes, encontrando que éstas son más benignas entre quienes prestan servicios como voluntarios.

Spiro, Siassi y Crocetti (1973), en un estudio acerca de la capacidad del público para reconocer las enfermedades mentales, encontraron que no hay una relación entre la habilidad para identificar la enfermedad mental y las actitudes hacia ella. Block (1974) desarrolló una investigación entre el personal de un centro de salud mental comunitaria, y concluyó que no existe consenso en torno a las creencias y actitudes acerca de la salud mental entre las diferentes disciplinas profesionales que la abordan.

Fracchia y cols. (1975, 1976) realizaron un experimento con 30 sujetos para determinar el efecto de la información sobre la percepción que tiene la comunidad de los ex pacientes mentales, encontrando que a mayor información, la percepción es más favorable. Coie, Costanzo y Cox (1975, 1980) investigaron las concepciones prevalcientes sobre las enfermedades mentales tanto en la comunidad, como en profesionales considerados como posibles contactos iniciales de pacientes potenciales, encontrando que todos los grupos investigados comparten concepciones similares, y que las diferencias se asocian con variables sociodemográficas y étnicas.

Del Gaudio, Stein, Ansley y Carpenter (1976) estudiaron las actitudes hacia los enfermos mentales y la salud mental comunitaria, en distintos tipos de terapeutas, encontrando que éstas son muy heterogéneas. Por su parte, Fandetti y Gelfand (1978) investigaron la identificación de trastornos y los conocimientos de los recursos para atención de trastornos mentales, entre sujetos pertenecientes a una comunidad multiétnica, concluyendo que prevalece una falta general de información y destacando la necesidad de educación. Gove (1982) en un estudio relacionado con la teoría de la etiquetación (Scheff, 1974), destaca que quienes han tenido contacto con los enfermos mentales los rechazan menos.

Hollinshead y Redlich (1985) buscaron estudiar la relación entre la clase social y la enfermedad mental en la comunidad, reportando una correlación significativa, con mayor tolerancia por parte de las clases más bajas, en contradicción con los resultados de Dohrenwend y Chin-Shong (1967).

Bissland y Munger (1985) realizaron un estudio en torno a la modificación de las actitudes hacia la enfermedad mental en sujetos de la población general y profesionales de la salud, y encontraron dos grupos de actitudes: pesimistas igualitarias y optimistas del estrés social. Reetz y Shemberg (1985) investigaron las creencias, actitudes e intenciones en escolares de quinto y sexto grados de primaria, encontrando que los niños tienen actitudes positivas, pero éstas no se reflejan en intenciones conductuales, por lo que sugieren intensificar las labores educativas.

## **Canadá**

En Canadá se han realizado varios estudios importantes sobre la materia, a partir de 1969, cuando Rootman y Lafave intentaron responder si las actitudes hacia los enfermos mentales se estaban modificando. En una muestra de 102 adultos encontraron diferencias asociadas con el nivel socioeconómico, con actitudes más tolerante en la clase social alta, así como un incremento del conocimiento y una reducción de la distancia social.

Brockman y D'Arcy, en 1978, investigaron los correlatos de la distancia social hacia el enfermo mental, y hallaron correlaciones positivas con la educación y negativas con la edad, en tanto que concluyeron que el sexo no influye.

Posteriormente, Trute, Tefft y Segall (1989) estudiaron el rechazo social al enfermo mental, y reportaron que aunque el público está cada vez más informado, las actitudes siguen siendo negativas, y persiste el rechazo al enfermo mental, asociado con las experiencias personales, que lo disminuyen. Encontraron además que conforme menor la edad hay menos rechazo, conforme mayor el nivel educativo, también es menor el rechazo y conforme mayores experiencias personales, se da más aceptación.

Kirkmayer, Fletcher y Boothroyd (1997) desarrollaron una investigación entre miembros de una comunidad indígena, encontrando que el comportamiento identificado como desviado es atribuido a acciones moralmente incorrectas y a los espíritus o demonios. Asimismo, detectaron una mayor distancia social asociada con el género femenino y mayor escolaridad.

## Europa

En diversos países europeos se han realizado estudios a este respecto, destacando el efectuado por Askenasy (1974) en Holanda en una muestra de 1170 sujetos. Sus resultados indican que la mayoría de la gente muestra intolerancia hacia el enfermo mental, aunque a mayor nivel educativo y jerarquía ocupacional, las actitudes manifestadas son más favorables.

Lehtinen y Väisänen (1977, 1978) investigaron en Finlandia varios aspectos sociodemográficos relacionados con las actitudes hacia la enfermedad mental, en una muestra de 1000 sujetos, hallando una correlación positiva de las actitudes favorables con la educación y el estatus social y negativa con la edad, así como diferencias asociadas con el género, con actitudes más negativas por parte de las mujeres y en la población rural.

Ayuso y Saiz (1978) en España compararon las actitudes de enfermeras psiquiátricas con las de estudiantes en un grupo de 378 sujetos, reportando que ambos comparten estereotipos similares, aunque las enfermeras son más tolerantes y manifiestan aceptar menor distancia social.

En Inglaterra Reda (1996) investigó las actitudes hacia los enfermos mentales en una comunidad donde se instaló un servicio psiquiátrico comunitario, y encontró que éstas se mantuvieron negativas después de que se mudaron al vecindario los enfermos mentales.

Angermeyer y Matschinger (1996a,b,c) realizaron una investigación en Alemania para determinar qué influencia tiene la opinión del público acerca de los tratamientos psiquiátricos, sobre sus conductas de búsqueda de atención. Encontraron rechazo a la farmacoterapia y preferencia por la psicoterapia, determinada por la visión popular del psicoanálisis. Posteriormente, los mismos autores resumieron los hallazgos de un total de 11 encuestas representativas desarrolladas en Alemania entre 1990 y 1993 (Angermeyer y Matschinger, 1997) y concluyeron que aún persiste un importante rechazo hacia los enfermos mentales. Reportaron una asociación entre las actitudes de una persona y su sistema de valores predominantes, así como una menor distancia social en relación con experiencias personales con enfermos mentales.

## Asia

Con relación al continente asiático, se localizaron estudios en Israel, la India, Filipinas, China y Turquía, en el periodo que va de 1971 a 1996. Shurka (1983) investigó las actitudes de 91 árabes israelíes hacia el enfermo mental, encontrando en general actitudes negativas y correlación positiva con el nivel educativo, así como actitudes más positivas asociadas con la religión cristiana.

Por su parte, Eker (1988, 1989) en Turquía evaluó diversas variables relacionadas con las actitudes en un grupo de estudiantes, encontrando que los trastornos más identificados como enfermedades mentales generan actitudes más negativas y mayor distancia social. Posteriormente, Arker y Eker (1994) en el mismo país, investigaron la influencia de etiquetas psiquiátricas específicas sobre las actitudes en población general, y encontraron que la etiquetación se asocia con mayor distancia social.

Yang (1989) aplica una encuesta a una muestra de 3028 sujetos en China para conocer las actitudes hacia la psicosis y los psicóticos, reportando haber encontrado predominio de actitudes positivas hacia el enfermo mental. Loo, Tong y True (1989) estudiaron una comunidad china en EUA, encontrando que los servicios son subutilizados por desconocimiento y por creer que los trastornos mentales no pueden prevenirse.

Chou, Mak, Chung y Ho (1996) realizaron una encuesta en la población general de Hong Kong, encontrando que la mayoría de los participantes están preocupados por su salud mental y tienen suficiente conocimiento sobre el tema, sin embargo sus actitudes hacia los enfermos mentales son negativas, independientemente de la edad, la educación y el nivel socioeconómico.

### **Australia**

En Australia Graves y cols. (1971) reportan una encuesta aplicada a 318 sujetos de la población general para conocer las actitudes hacia la enfermedad mental, teniendo como hallazgo fundamental que a mayor educación se reporta mayor distancia social. Más recientemente, Deane (1987) realizó un estudio transcultural en EUA y Nueva Zelanda en pacientes psiquiátricos y psiquiatras, hallando discrepancias entre las expectativas de atención de los primeros y la comprensión de estas expectativas por parte de los especialistas.

### **África**

Erinosho y Ayonride (1978) en Nigeria, realizaron un estudio comparativo de las opiniones y conocimientos en 771 sujetos pertenecientes a grupos culturales diferentes, hallando básicamente una notable falta de información.

En Sudáfrica Cheetham y Cheetham (1976, 1980) investigaron las concepciones populares de la enfermedad mental en la población rural, destacando que tales concepciones son radicalmente diferentes a las occidentales.

Bhana y Bhana (1984) realizaron también en Sudáfrica un estudio comparativo de las conceptualizaciones que sobre la enfermedad mental tienen adolescentes indígenas y sus madres, y encontraron que la conceptualización es diferente en cada grupo cultural, a lo que atribuyen que los instrumentos diseñados en países occidentales no funcionan en otros contextos. Reportan también que los adolescentes manifiestan más aceptación que sus madres.

### **Latinoamérica**

En América Latina hay poca información sobre el tema, que se reduce a los estudios realizados por León y Micklin (1971, 1978) en Colombia, Steffani (1977, 1979, 1984, 1985) en Argentina y Penayo, Jacobsson, Caldera y Bermann (1988) en Nicaragua. Un caso especial es el de algunos estudios efectuados en E.U. en relación con la comunidad México-americana (Heller, Chalfant, Rivera, Quesada y Bradfield, 1980; Parra y Yiu-Cheong, 1983, 1985).

León y Micklin (1971) en Cali, Colombia, investigaron las opiniones comunitarias sobre la enfermedad mental y su tratamiento, a través del método del informante. Entre sus hallazgos destacan una notable ignorancia sobre las causas y características del trastorno mental, confusión y nociones inciertas sobre su naturaleza, confianza en los psiquiatras, así como ignorancia sobre sus métodos. Reportan también que a menor edad y más elevada posición social, se cuenta con mejor información, en tanto que el sexo no influye en las actitudes.

Posteriormente los mismos autores (Micklin y León, 1978) indagaron acerca de las bases culturales de las imágenes sobre las causas del trastorno psicológico, comparando al público en general con los trabajadores de la salud. Reportaron que la comunidad enfatiza más las causas orgánicas, mientras que el personal médico y paramédico da igual énfasis a causas orgánicas y sociales.

Por su parte, Steffani (1977, 1979, 1984, 1985) en Argentina, desarrolla y valida una escala de actitudes hacia la enfermedad mental, y la utiliza posteriormente para investigar la influencia de diversas variables sociodemográficas sobre las actitudes hacia la enfermedad mental, reportando los siguientes hallazgos:

- En términos generales se encontraron actitudes levemente favorables;
- La edad no muestra relación con las actitudes;
- El sexo no influye en las actitudes;
- A mayor nivel educativo, actitudes más favorables;
- A jerarquía ocupacional más elevada, actitudes más favorables;
- A mayor nivel socioeconómico, actitudes más favorables;

Penayo y cols. (1988) estudiaron en Nicaragua las actitudes comunitarias hacia los trastornos mentales, utilizando el método del informante y la identificación de trastornos con viñetas describiendo 8 patologías: esquizofrenia, psicosis aguda, manía, neurosis, depresión, alcoholismo, epilepsia y retraso mental. Reportan que los factores culturales comunes parecen determinar las actitudes, sin influencia del tipo de ocupación laboral.

Finalmente, Parra y Yiu-Cheong (1983) realizaron estudios en la comunidad mexicano-americana en EUA, por teléfono, utilizando viñetas y una escala de distancia social, para comparar la percepción entre anglos y chicanos. Encontraron que los sujetos de mayor edad no difieren por su origen étnico, pero los jóvenes sí; el sexo, la edad y la educación se asocian con las actitudes: los chicanos más educados son más tolerantes con los enfermos mentales, en tanto que las mujeres de más edad y menos educadas, son menos tolerantes.

## México

Específicamente en nuestro país, existe poca información sobre las opiniones, las actitudes y los conocimientos de la población en torno a la enfermedad mental, la cual proveniente fundamentalmente de los estudios realizados por Casco (1986, 1990), Natera (1985, 1991) y Parra (1987). Adicionalmente, algunas tesis profesionales se han ocupado del asunto (Aguirre, 1983; De la Serna, 1982; González, 1986 y Gutiérrez, 1983).

El primer estudio sobre las actitudes hacia el enfermo y la enfermedad mental se realizó entre 1981 y 1982, con el propósito de comparar la percepción de la enfermedad mental en dos comunidades con diferente nivel socioeconómico (Natera y Casco, 1985). Se estudiaron 5 aspectos: información, causa, actividad del enfermo, pronóstico y tratamiento.

Las autoras utilizaron el método del informante y aplicaron el cuestionario de actitudes AMI (Attitudes Scale Toward Mental Illness) de Taylor y Dear (1981), así como siete viñetas desarrolladas con base en la CIE-9: debilidad mental, esquizofrenia, depresión, paranoia, histeria, trastorno obsesivo-compulsivo y alcoholismo. Encontraron una percepción similar en los dos niveles socioeconómicos, correspondiente al modelo médico vigente. Concluyeron que se había obtenido información muy amplia y que el interés despertado por el tema ameritaba continuar la investigación.

Posteriormente el mismo grupo aplicó técnicas e instrumentos similares para comparar la percepción de la población general con la de profesionales relacionados con el área (Casco y Natera, 1986). Los profesionistas perciben diferente el conocimiento que tiene la comunidad de la enfermedad mental. La comunidad confiere a la enfermedad mental una causalidad mágico-religiosa. Los profesionales menosprecian los conocimientos de la comunidad.

En 1987, Parra investigó las percepciones de la enfermedad mental en una muestra de 47 habitantes de la ciudad de Chihuahua, hallando que los hombres tienen una mejor percepción de los desórdenes mentales que las mujeres. Posteriormente, un estudio sobre la percepción y las actitudes prevalecientes entre estudiantes (Casco, 1990) encontró actitudes predominantemente positivas hacia la enfermedad y los enfermos mentales, así como conocimientos limitados acerca de las principales patologías.

El estudio más reciente, realizado por Natera y Casco (1991), evaluó las actitudes hacia la enfermedad mental en dos grupos de la población general con diferentes niveles socioeconómicos, encontrando que algunas variables socio demográficas están relacionadas con las actitudes hacia la enfermedad mental, de la siguiente manera:

- a más educación, más positivas
- a más edad, más rechazo de los enfermos
- a mayor NSE actitudes menos benevolentes.
- a menor NSE, más tolerancia.

Los estudios realizados en México han utilizado como métodos: la entrevista estandarizada (Parra, 1987), la identificación de patologías por medio de viñetas (Casco y Natera, 1986; Casco, 1990; Natera y Casco, 1985; Parra, 1987) y el método del informante (Natera y Casco, 1991) y como instrumento de medición la Escala de Actitudes hacia la Enfermedad Mental (AMI) de Taylor, Dear y Hall, (1979).

## HALLAZGOS PRINCIPALES

En cuanto a los resultados obtenidos, dada la gran diversidad de objetivos, métodos y procedimientos seguidos, resulta sumamente difícil tratar de hacer una síntesis general, ya que hay conclusiones contradictorias, sin embargo, se presentan a continuación los más importantes, agrupados en razón de sus hallazgos principales, destacando aquellos aspectos que son relevante en relación con las variables que serán consideradas en la presente investigación.

### Creencias

La mayor parte de los sujetos investigados creen que las enfermedades mentales pueden ser curadas, pero a la vez piensan que la gente no cuenta con los recursos necesarios para pagar los tratamientos (Lemkau y Crocetti, 1962; Star, 1959). Algunos autores han encontrado que los servicios son subutilizados por la creencia de que los trastornos mentales no pueden prevenirse (Loo y cols., 1989). En relación con la cantidad de información con que cuenta la población, los hallazgos son contradictorios: mientras autores como Chou y cols. (1996) han encontrado que la mayoría de los sujetos tienen suficiente conocimiento sobre el tema, otros como Erinosh y Ayonride (1978) hallaron básicamente una notable falta de información.

En América Latina, León y Micklin (1971) destacan haber encontrado ignorancia sobre las causas y características del trastorno mental, confusión y nociones inciertas sobre su naturaleza, confianza en los psiquiatras e ignorancia sobre sus métodos, mientras que Natera y Casco (1985) reportan haber encontrado amplios conocimientos, correspondientes al modelo médico vigente, así como creencias basadas en una causalidad mágico-religiosa de la enfermedad mental y conocimientos limitados acerca de las principales patologías (Casco, 1990). En resumen, a partir de los estudios revisados, hay consenso internacional en algunos aspectos: aunque se ha elevado el nivel de información, persisten la ignorancia y falta de información respecto a la naturaleza de la enfermedad mental, su etiología, las posibilidades de tratamiento y la forma en que éste puede llevarse a cabo.

### Actitudes

Los resultados reportados en torno a las actitudes son muy heterogéneos, ya que mientras algunos autores han detectado actitudes positivas (Casco, 1990; Lemkau y Crocetti, 1962; León y Micklin, 1971; Retz y Shemberg, 1985; Rootman y Lafave, 1969; Steffani, 1977, 1979, 1984, 1985; Yang, 1989) otros reseñan un predominio de actitudes negativas y persistencia del rechazo al enfermo mental (Angermeyer y Matschinger, 1996a,b,c, 1997; Chou y cols., 1996; Eker, 1988, 1989; Giovannoni y Ullmann, 1963; Nunnally, 1957; Shurka, 1983; Trute y cols., 1989).

En términos generales, las actitudes tienden a ser contradictorias, muestran inconsistencia y tendencia a estereotipar (Del Gaudio y cols., 1976). Las actitudes negativas suelen estar basadas en el temor (Nunnally, 1957) mostrando más rechazo que aceptación del enfermo mental, en relación con las características de agresividad, impredecibilidad e irresponsabilidad que se le atribuyen. Lemkau y Crocetti (1962) y Rootman y Lafave (1969) encontraron que las actitudes populares hacia la enfermedad mental y el enfermo mental se han ido modificando con el transcurso del tiempo, en un sentido positivo.

## **Intenciones conductuales**

Los estudios orientados a determinar las intenciones conductuales con respecto a la enfermedad y los enfermos mentales son muy escasos. Destaca particularmente el reportado por Reetz y Shemberg (1985), quienes investigaron las creencias, actitudes e intenciones en escolares de quinto y sexto grados de primaria, encontrando que los niños manifiestan actitudes positivas, pero éstas no se reflejan en intenciones conductuales.

## **Conducta o comportamiento**

En este aspecto son también pocos los hallazgos reportados que se refieran a conductas reales en relación con los temas estudiados. En torno al comportamiento con respecto a los enfermos mentales, Askenasy (1974) indica que la mayoría de la población muestra un comportamiento intolerante hacia el enfermo mental, en tanto que Angermeyer y Matschinger (1997), con base en los hallazgos de un total de 11 encuestas representativas desarrolladas en Alemania, concluyen que aún persiste un importante rechazo hacia los enfermos mentales.

En cuanto al comportamiento relacionado con la búsqueda activa de atención para los problemas de salud mental, Loo y cols. (1989) afirman que los servicios de atención para la salud mental son subutilizados por desconocimiento y por creer que los trastornos mentales no pueden prevenirse. Por su parte, Angermeyer y Matschinger (1996a,b,c) realizaron una investigación en torno a las conductas de búsqueda de atención, encontrando rechazo a la farmacoterapia y preferencia por la psicoterapia, determinada por la visión popular del psicoanálisis.

## **Variables sociodemográficas**

Es importante destacar que diversos estudios confirman la existencia de una correlación directa entre las actitudes y las principales variables sociodemográficas.

### **Sexo**

En relación con el sexo de los sujetos, la mayoría de los estudios no encuentran ninguna correlación (Brockman y D'Arcy, 1978; Cohen y Struening, 1962; León y Micklin, 1971; Steffani, 1977, 1979, 1984, 1985). Constituyen una excepción los trabajos de Lehtinen y Väisänen (1977, 1978), que reportan actitudes más negativas por parte de las mujeres, el de Kirkmayer y cols. (1997), quienes encontraron mayor distancia social asociada con el género femenino, y los estudios de Parra y Yiu-Cheong (1983) en la comunidad México-americana en EUA, quienes encontraron que entre los jóvenes el sexo sí se asocia con las actitudes.

## **Edad**

En relación con la edad, casi todas las investigaciones coinciden en señalar que las actitudes son más positivas conforme menor la edad (Brockman y D'Arcy, 1978; Clark y Binks, 1966; Lehtinen y Väisänen, 1977, 1978; León y Micklin, 1971; Natera y Casco, 1991; Nunnally, 1957; Parra y Yiu-Cheong, 1983; Trute y cols., 1989). Constituyen la excepción el trabajo de Cohen y Struening (1962) en el personal de dos grandes hospitales, en donde la edad no se asocia con las actitudes, el de Chou y cols. (1996), que reportaron actitudes negativas hacia los enfermos mentales, independientemente de la edad, y los de Steffani (1977, 1979, 1984, 1985) en Argentina, en que la edad no muestra relación con las actitudes. En el caso de México, Natera y Casco (1991) encontraron que la edad sí está relacionada con las actitudes hacia la enfermedad mental, con mayor rechazo hacia los enfermos mentales conforme mayor la edad.

## **Escolaridad**

En cuanto a la educación, múltiples investigaciones coinciden en que conforme más avanzado es el nivel de escolaridad alcanzado, es superior el nivel de información de los sujetos y sus actitudes manifiestan mayor comprensión (Askenasy 1974; Brockman y D'Arcy, 1978; Clark y Binks, 1966; Cohen y Struening, 1962; Kirkmayer y cols., 1997; Lehtinen y Väisänen, 1977, 1978; Natera y Casco, 1991; Parra y Yiu-Cheong, 1983; Ramsey y Seipp, 1948; Shurka, 1983; Steffani, 1977, 1979, 1984, 1985; Trute y cols., 1989).

El único hallazgo en sentido opuesto es el reportado por Chou y cols. (1996), quienes afirman que las actitudes hacia los enfermos mentales son negativas, independientemente de la educación.

## **Ocupación**

Con relación a la jerarquía ocupacional, existe consenso en el sentido de que conforme más elevada es ésta, mayor es el nivel de información de los sujetos y sus actitudes manifiestan mayor comprensión (Askenasy, 1974; Cohen y Struening, 1962; Ramsey y Seipp, 1948; Steffani, 1977, 1979, 1984, 1985). El único estudio que reporta hallazgos negativos en esta área es el de Penayo y cols. (1988), quienes destacan que los factores culturales comunes determinan las actitudes, sin influencia del tipo de ocupación laboral.

## **Nivel socioeconómico**

En el caso del nivel socioeconómico, se ha encontrado que conforme más elevado es éste, las actitudes son más favorables (Lehtinen y Väisänen, 1977, 1978; Steffani, 1977, 1979, 1984, 1985), hay mayor optimismo en cuanto a la recuperación de los enfermos mentales, así como un incremento del conocimiento (León y Micklin, 1971) y una reducción de la distancia social (León y Micklin, 1971; Rootman y Lafave, 1969).

Ramsey y Seipp (1948) agregan que en los niveles socioeconómicos más elevados, hay mayor optimismo en cuanto a la recuperación de los enfermos mentales, en tanto que Dohrenwend y Chin-Shong (1967) encuentran una correlación con mayor intolerancia y rechazo por parte de las clases sociales más bajas. En sentido opuesto, Hollinshead y Redlich (1985) reportan una correlación significativa, con mayor tolerancia por parte de las clases más bajas.

Por su parte, Chou y cols. (1996) encontraron actitudes negativas, independientemente del nivel socioeconómico, mientras que en México Natera y Casco (1985) encontraron percepción y conocimientos similares en dos niveles socioeconómicos diferentes. Estas mismas autoras, en un estudio posterior reportan que conforme menor el nivel socioeconómico, las actitudes son más tolerantes y benevolentes.

### **Fuentes de las creencias**

En cuanto a las fuentes de las cuales la población obtiene las creencias que manifiesta, destaca particularmente el estudio realizado por Nunnally en 1957 para comparar las opiniones de expertos y del público en general con respecto a la información que difunden los medios masivos de comunicación sobre salud mental. Él reporta que la población no está informada y que las respuestas que dan carecen de lógica y manifiestan inseguridad. Además encontró que las actitudes son negativas y están basadas en el temor. El autor describe que se percibe una especie de halo negativo impreciso, que genera actitudes inconsistentes.

### **Experiencias**

Por cuanto concierne a las experiencias reportadas por los sujetos, Gove (1982), a partir de un estudio relacionado con la teoría de la etiquetación (Scheff, 1974), destaca que quienes han tenido contacto con los enfermos mentales los rechazan menos. Por su parte, Trute y cols. (1989), quienes estudiaron el rechazo social al enfermo mental, reportan que persiste el rechazo, asociado con las experiencias personales, que lo disminuyen. Conforme mayores experiencias personales, se da más aceptación.

En este mismo sentido están las investigaciones de Angermeyer y Matschinger (1997), quienes encontraron una menor distancia social en relación con experiencias personales con enfermos mentales. Finalmente, en relación con esta variable, Reda (1996) investigó en Inglaterra las actitudes hacia los enfermos mentales en una comunidad donde se instaló un servicio psiquiátrico comunitario, y encontró que estas se mantuvieron negativas después de que se instalaron en el vecindario los enfermos mentales.

### **Disponibilidad percibida**

Loo y cols. (1989) afirman que los servicios de atención para la salud mental son subutilizados por desconocimiento.

## Información

A nivel descriptivo, Nunnally (1957) encontró que la población no está informada y que las respuestas que dan carecen de lógica y manifiestan inseguridad. Coinciden en el hecho de que falta información en la población Erinosh y Ayonride (1978), Fandetti y Gelfand (1978), Giovannoni y Ullmann (1963) y Loo y cols. (1989), quienes destacan la necesidad de educación. Por su parte León y Micklin (1971) reportan ignorancia sobre las causas y características del trastorno mental, confusión y nociones inciertas sobre su naturaleza y confianza en los psiquiatras, así como ignorancia sobre sus métodos.

Es importante destacar que algunos estudios confirman la existencia de una correlación directa entre las actitudes positivas y la cantidad de información que se tiene, como los desarrollados por Fracchia y cols. (1975, 1976), mediante el método experimental, para determinar el efecto de la información sobre la percepción que tiene la comunidad de los ex pacientes mentales, encontrando que a mayor información, la percepción es más favorable.

En sentido opuesto, Trute y cols. (1989) estudiaron el rechazo social al enfermo mental en Canadá, y reportan que aunque la población está cada vez más informada, las actitudes siguen siendo negativas. En esta dirección, estudios más recientes han encontrado que aunque hay más información, persiste un importante rechazo hacia los enfermos mentales (Angermeyer y Matschinger, 1996a,b,c).

## SÍNTESIS

A manera de resumen, León y Micklin (1971) sostienen, a partir de una revisión de la literatura en Latinoamérica, que parece haber una orientación negativa o de rechazo hacia la enfermedad mental, los enfermos mentales, los tratamientos psiquiátricos y los hospitales psiquiátricos, a la vez que una actitud ligeramente positiva hacia los psiquiatras.

En el caso específico de México, y contrario a lo anterior, Casco (1990) encontró actitudes predominantemente positivas hacia la enfermedad y los enfermos mentales, así como conocimientos limitados acerca de las principales patologías. Finalmente, en uno de los pocos estudios que ha investigado la relación entre actitudes e intenciones conductuales, Reetz y Shemberg (1985) reportan que los niños tienen actitudes positivas, pero éstas no se reflejan en intenciones conductuales.

Lemkau y Crocetti (1962) y Rootman y Lafave (1969) encontraron que las actitudes populares hacia la enfermedad mental y el enfermo mental se han ido modificando con el transcurso del tiempo, en un sentido positivo, lo que podría explicar los resultados obtenidos hasta la fecha en México. Como se puede apreciar, esta información aparentemente contradictoria genera nuevas interrogantes, que constituyen la base para proponer el desarrollo de la presente investigación.

### III. MARCO TEÓRICO

---

Como resulta evidente a partir de la revisión de la literatura, hay un predominio de estudios de tipo descriptivo y correlacional en términos de variables sociodemográficas, sin embargo, la mayor parte de ellos no aclarara cuál es el marco teórico en que se fundamentan en relación con el constructo "actitud", su formación, estructura y modificación. Por otra parte, no se encontró ningún estudio que intentara aproximarse a la relación entre las creencias, las actitudes y las intenciones conductuales, así como a cualesquiera otras variables intervinientes en esta relación. Para cubrir tal carencia, se consideró pertinente plantear un marco apropiado, que permitiera el diseño de un esquema o modelo teórico para dar fundamento coherente a la presente investigación.

#### EL ESTUDIO DE LAS ACTITUDES

A partir del surgimiento de la psicología social como una disciplina formal, las actitudes tuvieron su primer florecimiento entre 1920 y 1930, enfocado a su medición, con psicólogos como Bogardus (1925), Thurstone (1929) y Likert (1932). En 1935, Allport (1935) afirma que las actitudes son el concepto básico y más indispensable de la psicología social.

El interés en las actitudes declinó entre 1935 y 1955, era en que la psicología social se centró en el campo de las dinámicas de grupo, pero resurgió entre 1950 y 1960 en relación con el cambio de actitudes. De 1965 a 1985, considerada la era de la cognición social, las actitudes volvieron a ser relegadas, pero después de este último periodo, a partir de los años 80, han vuelto a ocupar un lugar central de interés para la psicología social, con base en la proposición de que las actitudes pueden ser indicadores o predictores de la conducta, si se considera que su relación es contingente a otras variables, como las diferencias individuales de personalidad, las circunstancias en las que se da la conducta y la naturaleza de las actitudes, entre otras.

McGuire (1989) afirma que el interés por las actitudes ha entrado en su tercera etapa de interés a partir de 1980 y adquirirá aún mayor relevancia en la última década del siglo, convirtiéndose en el foco central de la psicología social, partiendo de la concepción de las actitudes como sistemas, o sea, del complejo tópico del engranaje de múltiples actitudes organizadas en sistemas.

Bajo este enfoque, se consideran tres niveles de complejidad estructural:

- 1) El más simple, involucrando la estructura de las actitudes individuales;
- 2) El nivel intermedio, considerando los sistemas de actitudes, y
- 3) El nivel más complejo, que involucra sistemas de actitudes en relación con otros sistemas dentro de la persona.

De acuerdo con este enfoque, se plantea considerar como un sistema actitudinal el integrado por las actitudes hacia la enfermedad mental en general, hacia el enfermo mental como sujeto que las padece, y hacia el psiquiatra como principal responsable de su atención.

## PRINCIPALES CONCEPTOS RELACIONADOS

Bajo el título general de actitudes, la literatura consigna una gran cantidad de investigaciones sobre múltiples conceptos afines, como son las creencias, los estereotipos, los prejuicios, el estigma y las intenciones, entre otros, por lo que parece indispensable aclarar sus similitudes y diferencias.

### Creencia

Creencia es la información que se tiene acerca de un objeto; la creencia relaciona al objeto con algún atributo. Sobre las bases de la observación directa o de la información recibida de fuentes externas o por medio de diversos procesos de inferencia, una persona aprende o construye un número de creencias sobre un objeto. Fishbein (1967) define a las creencias como hipótesis concernientes a la naturaleza de los objetos y tipos de acciones que deben tomarse con respecto a ellos. De acuerdo con Fishbein y Ajzen (1975), las creencias se ubican exclusivamente en una dimensión cognitiva o cognoscitiva.

Generalmente carecemos de testimonios directos adecuados a la mayoría de nuestras creencias. Hay diferentes mecanismos de transmisión de información de los valores que genera la sociedad, los que crean y transmiten las creencias: la familia, la escuela, los medios masivos de comunicación. Entre los determinantes de las creencias están las normas grupales y culturales, la influencia familiar, las influencias educativas, socioeconómicas y religiosas, y ciertos rasgos de la personalidad.

Una fuente de las creencias es la observación directa, que conduce a la formación de creencias descriptivas. Las creencias generadas sin base en la experiencia directa se llaman creencias inferenciales. Hay otras dos maneras de adquirir creencias: haciendo uso de relaciones previamente aprendidas, el sujeto usa residuos de su experiencia pasada para hacer sus juicios, o usando sistemas de codificación formal o lógica. La distinción entre estos dos tipos de creencias es hasta cierto punto arbitraria y puede ser vista como los dos extremos de un continuo.

Adicionalmente hay un tercer tipo de creencias, basadas en información recibida de diversas fuentes externas, como otras personas y los medios de comunicación. Sobre estas bases, las creencias pueden clasificarse en:

- a) Creencias descriptivas: observación directa.
- b) Creencias inferenciales: proceso lógico.
- c) Creencias informacionales: aceptadas de otras fuentes.

Cabe aquí mencionar que la mayoría de la gente sostiene creencias erróneas acerca de muchos tópicos importantes que son ampliamente discutidos o presentados en los medios masivos de comunicación. Uno de estos es el sistema de actitudes relacionadas con la salud mental. Con base en un conjunto de creencias fundamentalmente informacionales, no constatadas por la experiencia directa, la gente suele construir estereotipos.

## **Estereotipo**

Un estereotipo es un conjunto de características que se asume que tiene una categoría de personas, esto es, un conjunto de creencias sobre determinado objeto, sujeto o grupo. Se infiere algo acerca de un grupo de personas, que no se obtiene directamente de la información que se tiene sobre ellas. Frecuentemente se aplican atributos negativos y erróneos, que constituyen sobregeneralizaciones (Harstorf, Schneider y Polefka, 1970).

La generación de estereotipos parte del proceso de formación de impresiones. Este se genera para la resolución de información contradictoria; se usa el conocimiento de algunas características de la persona para inferir otras (Harstorf y cols., 1970). Un estereotipo generalmente no está adecuadamente fundamentado. Los estereotipos sociales consisten esencialmente en un conjunto de características atribuidas a un grupo humano. Los individuos que pertenecen al grupo estereotipado se consideran similares (Lindzey y Aronson, 1969).

Un estereotipo es una asimilación ciega de las actitudes hacia un grupo social, basada en la transmisión cultural de datos frecuentes o clichés. Se trata de un fenómeno cultural; personas con una misma cultura tienen estereotipos similares de algunas categorías de personas. Cuando una persona identifica una categoría de individuos con ciertos atributos, atribuye una serie de rasgos o características a esa categoría de individuos y luego generaliza esas categorías a cualquiera (Maceda, 1985).

Los estereotipos se forman a través de un proceso de aprendizaje social, en tres etapas:

- a) Identificación de una categoría de personas
- b) Consenso en los rasgos atribuidos
- c) Generalización de las categorías (Maceda, 1985).

Los estereotipos, considerados como generadores de prejuicios, determinan una predisposición a reaccionar o actuar de determinada manera. El estereotipo condiciona la manera en que se va a proceder en la interacción con la persona o grupo estereotipado. Ello afecta la interacción social, y en el caso de estereotipos negativos, como presumimos que existe en el caso de los enfermos mentales, de los psiquiatras y los psicólogos, puede dificultar el establecimiento de buenas relaciones, por ejemplo, entre médicos y pacientes, o entre éstos y su entorno social (Valdez y Barrera, 1988; Webb y Speer, 1985).

## **Prejuicio**

Los prejuicios generalmente tienen una carga negativa, se les considera como actitudes desfavorables. Pettigrew (1979) afirma, tras analizar la investigación realizada en torno a los prejuicios, que la gente realiza a menudo un grave error de atribución, atribuir cualidades buenas o malas a los grupos de gente que le gustan o disgustan.

Devine (1989), por su parte, plantea que los estereotipos y prejuicios son parte de la herencia social que reciben los niños en su desarrollo. Son un componente del conocimiento acumulado por la sociedad. Los prejuicios son actitudes negativas aprendidas a través de un proceso muy sutil, en etapas tempranas del desarrollo, ya que las actitudes hacia otros grupos se forman conforme el niño empieza a comprender a que grupo pertenece y a cual no.

Los padres juegan un importante papel en la adquisición de los prejuicios y estereotipos, que están inexpugnablemente interrelacionados, a través de la instrucción directa o de la observación de su comportamiento con relación a determinados objetos. El prejuicio es una consecuencia inevitable del proceso ordinario de categorización, y resulta funcional para el individuo porque le permite racionalizar su prejuicio hacia un grupo. Los prejuicios y estereotipos son aprendidos y firmemente establecidos antes de que el individuo tenga la habilidad cognitiva y la flexibilidad requeridas para cuestionar o evaluar críticamente su validez.

### **Estigma**

El estigma es un atributo profundamente desacreditador que altera la percepción de la persona total y común y corriente, para reducirla a un ser desprestigiado y menospreciado (Goffman, 1963). Por definición, estigma es cualquier característica que se evalúa negativamente por un gran número de personas, y que es propia de determinado tipo de sujetos, por ejemplo, los negros, los judíos, los incapacitados o minusválidos, los homosexuales y los enfermos mentales.

Por lo general, se considera que la persona estigmatizada no es del todo humana, y sobre este supuesto, se ejerce la discriminación, se construye una teoría del estigma, una ideología para explicar su inferioridad y considerar el peligro que representa. Ello justifica el rechazo o maltrato hacia él (Goffman, 1963). De hecho se tiene un estereotipo del estigmatizado. Aunque algunas inferencias del estereotipo sean correctas, se le imputan muchas más que no lo son.

### **Intención**

La intención es la localización de una persona en una dimensión de probabilidad subjetiva que involucra una relación entre ella misma y alguna acción. Una intención de comportamiento se refiere a la probabilidad subjetiva de que una persona realizará cierto comportamiento. Generalmente no se hace distinción entre actitud e intención, asumiendo que conforme más favorable sea la actitud de una persona hacia cierto objeto, más tenderá a desarrollar comportamientos positivos respecto a tal objeto. Las intenciones han sido consideradas como el componente conativo de la actitud.

## EL CONCEPTO DE ACTITUD

Allport (1935) define a la actitud como un estado mental y neural de disposición, organizado a través de la experiencia, que ejerce una influencia directiva o dinámica sobre la respuesta del individuo hacia todas las situaciones u objetos con que está relacionado. Krech y Crutchfield (1948) plantean que se trata de una organización persistente de procesos motivacionales, emocionales, perceptuales y cognitivos, con respecto a algún aspecto del mundo del individuo.

Rosenberg (1960) establece que una actitud es una respuesta afectiva relativamente estable hacia un objeto, acompañada de una estructura cognitiva constituida por creencias acerca de las potencialidades de ese objeto para obtener o bloquear la realización de valores establecidos. Fishbein y Ajzen (1975) por su parte, afirman que se trata de una predisposición aprendida para responder de una manera consistentemente favorable o desfavorable con respecto a un objeto determinado.

Fazio R.H. (1989) afirma que una actitud es una asociación entre un objeto determinado y una evaluación dada. Hay una amplia variedad de objetos potenciales de actitud: tópicos sociales, categorías de situaciones, categorías de personas, individuos específicos, y objetos físicos. La evaluación es un concepto muy amplio, que puede variar desde una reacción emocional muy intensa hasta un juicio frío de favorabilidad o desfavorabilidad. La evaluación se puede basar en emociones que el objeto produce al individuo, creencias sobre él o experiencias previas al respecto. Por lo tanto, la fuerza de una actitud puede variar enormemente. Las actitudes basadas en la experiencia directa con el objeto suelen ser más fuertes o intensas en muchos sentidos, que las basadas en experiencias indirectas.

Todas estas definiciones se han desarrollado a partir de la primera, y más que contradecirse, se complementan entre sí y comparten ciertas premisas básicas. En general se asume que las actitudes son aprendidas, resultado de experiencias pasadas, y que son aprendidas por medio de un proceso complejo. Son determinadas multicausalmente y pueden ser funcionales para el individuo. La principal característica que distingue a la actitud de otros conceptos afines es su naturaleza afectiva o evaluativa, que es su aspecto más esencial (Ajzen, 1988, 1989). La actitud es un constructo hipotético, inaccesible a la observación directa, por lo que debe ser inferido a partir de respuestas medibles. Estas respuestas suelen clasificarse en tres tipos: cognitivas, afectivas y conativas, con base en una clasificación ampliamente utilizada por los psicólogos sociales, que distingue tres elementos en las actitudes: afectivos (sentimientos, evaluaciones), cognitivos (opiniones, creencias) y conativos (intenciones de comportamiento) (Hovland y Rosemberg, 1960).

La categoría cognitiva consiste en reacciones que reflejan las percepciones y la información acerca del objeto de actitud. La categoría afectiva se refiere a los sentimientos hacia el objeto de actitud. La categoría conativa tiene que ver con las inclinaciones conductuales, intenciones y acciones. Al referirse a la concepción tripartita de las actitudes, McGuire (1969) considera que el componente cognitivo corresponde a los estereotipos y creencias, el afectivo los factores de gusto o disgusto y el conativo la tendencia conductual.

Una actitud, siguiendo a Fishbein y Ajzen (1975), es la localización de una persona en una dimensión evaluativa o afectiva bipolar con respecto a algún objeto, acción o evento. Una actitud representa un sentimiento general de favorabilidad o desfavorabilidad hacia un objeto estímulo. Conforme la persona forma creencias acerca del objeto, automática y simultáneamente adquiere una actitud hacia ese objeto. Cada creencia relaciona el objeto con algún atributo y la actitud es función de sus evaluaciones de tales atributos. Aunque el número de creencias respecto a un objeto en particular puede ser muy elevado, en un momento determinado solo un número relativamente pequeño de ellas (de 5 a 9) es determinante para la actitud.

La actitud de una persona está determinada por sus creencias sobresalientes acerca de los atributos del objeto y por sus evaluaciones de tales atributos. En un momento determinado, una persona tiene un número limitado de creencias sobresalientes acerca de un objeto, acción o evento dados, y estas creencias sirven como determinantes primarios de su actitud hacia ese objeto, acción o evento. Generalmente las investigaciones desarrolladas para medir las actitudes hacia determinado objeto, parten en primera instancia de la medición de las creencias con respecto al mismo. De hecho, la mayoría de las escalas de actitud derivan la actitud de una persona de sus creencias acerca del objeto y de las evaluaciones de los atributos que le asocia. De esta manera, las respuestas a cualquier reactivo de creencias suelen utilizarse como indicadores de las actitudes de una persona.

#### IV. MODELO TEÓRICO

---

Comprender por qué una cosa es tal como es, exige una teoría. Una teoría consiste en una o más formulaciones o proposiciones funcionales, que versan acerca de la relación entre las variables y tiene como fin explicar un fenómeno o un conjunto de ellos. El propósito de una teoría es ayudar a comprender mejor un proceso social. Una teoría puede consistir en una sencilla analogía o bien en una compleja formulación matemática (Blalock, 1986; Bunge, 1980; Deutsch y Krauss, 1989).

El grado de amplitud con que representa el fenómeno de que se trata es variable. En el presente caso, se ha establecido un nivel medio de amplitud, donde a partir de una teoría de amplio alcance, ya probada (Fishbein y Ajzen, 1975), se formula un modelo teórico que elimina algunas variables e incorpora otras de carácter más específico, que limitan su alcance pero facilitan su aplicación en un problema específico de investigación, con lo cual se pretende dar una estructura más formal al proyecto de investigación y a la vez, realizar una modesta aportación al sustento empírico de la teoría original.

El modelo teórico que se propone es obviamente de alcance limitado, ya que en el campo de la conducta social la exhaustividad es francamente improbable y, por razones prácticas y metodológicas, han debido dejarse fuera algunas variables que, aunque importantes, complicaban en exceso el modelo e imposibilitaban la ejecución del trabajo de investigación.

Tal limitación en términos de selectividad de variables, si bien subraya la importancia de ciertos aspectos y minimiza otros, resulta indispensable para orientar la investigación y para interpretar sus resultados. Específicamente, en el presente caso el modelo enfatiza los factores correspondientes a la interacción social y elimina la consideración de los factores correspondientes a las características individuales, como serían los rasgos de personalidad y el sistema individual de valores.

De esta manera, se consideró como base un marco conceptual, desarrollado por Fishbein y Ajzen (1975), que plantea la existencia de una cadena causal conectando las creencias, formadas con base en la información disponible, las actitudes, las intenciones y el comportamiento. Bajo este marco conceptual, el término actitud se reserva estrictamente para la dimensión evaluativa, en tanto que la cognición y la conación (intención y conducta), son considerados como antecedentes o consecuentes respectivamente, conceptualmente distintos de la actitud. Las actitudes son de hecho una función de las creencias que son sobresalientes para el individuo, las cuales tienen efectos causales sobre las actitudes. Las actitudes, a su vez, ejercen una influencia dinámica o directiva sobre las intenciones y éstas, sobre el comportamiento.

Ajzen y Fishbein (1980) reservan el término actitud para la categoría afectiva, creencia para la cognitiva, intención para la conativa y comportamiento para la conductual. Así pues, actitud es la localización de una persona en una dimensión de afecto o evaluación, creencia es su localización en una dimensión de probabilidad que liga un objeto y un atributo, intención es también una dimensión de probabilidad, pero liga a la persona y alguna acción con respecto al objeto, y comportamiento es la respuesta observable de la persona.

Obviamente, se parte de considerar al ser humano como un organismo esencialmente racional y se sostiene un enfoque que ubica un proceso informacional como subyacente a la formación de las actitudes. La actitud de una persona hacia determinado objeto está determinada por sus creencias de que ese objeto tiene ciertos atributos y su evaluación de tales atributos.

Esta teoría postula lo que podría describirse mejor como un modelo de procesamiento de información; la información que se tiene acerca de un objeto u tópico o incluso acerca de uno mismo, conduce a la formación de creencias o actitudes. La persona procesa la información que tiene del objeto para llegar a una evaluación del mismo. Esta información es adquirida mediante observación directa o por medio de alguna comunicación.

Múltiples conceptos que han sido utilizados en el área de las actitudes parecen corresponder a alguno de los tres constructos fundamentales: conceptos como atracción, valor, sentimiento, valencia y utilidad parecen implicar una evaluación bipolar y por tanto corresponden a la categoría de las actitudes. Opinión, conocimiento, información, estereotipo, deben ser vistos como creencias sostenidas por un individuo.

Otros conceptos, como prejuicio y moral son definidos usualmente de manera tan amplia que pueden relacionarse con las tres categorías; por lo tanto, una persona puede tener creencias prejuiciosas, actitudes prejuiciosas e intenciones prejuiciosas. Para el modelo específico en que se ha basado este estudio, son cuatro los conceptos considerados como fundamentales: creencia, actitud, intención conductual y comportamiento.

## DEFINICIONES

Creencia es la probabilidad subjetiva de una relación entre el objeto de la creencia y otro objeto, valor, concepto, o atributo.

Actitud es la localización de una persona en una dimensión evaluativa o afectiva bipolar con respecto a algún objeto, acción o evento.

Intención es la localización de una persona en una dimensión de probabilidad subjetiva que involucra una relación entre ella misma y alguna acción.

Comportamiento se define como el conjunto de actos observables y se considera en gran parte determinado por su actitud hacia el objeto.

## RELACIONES ENTRE CONCEPTOS

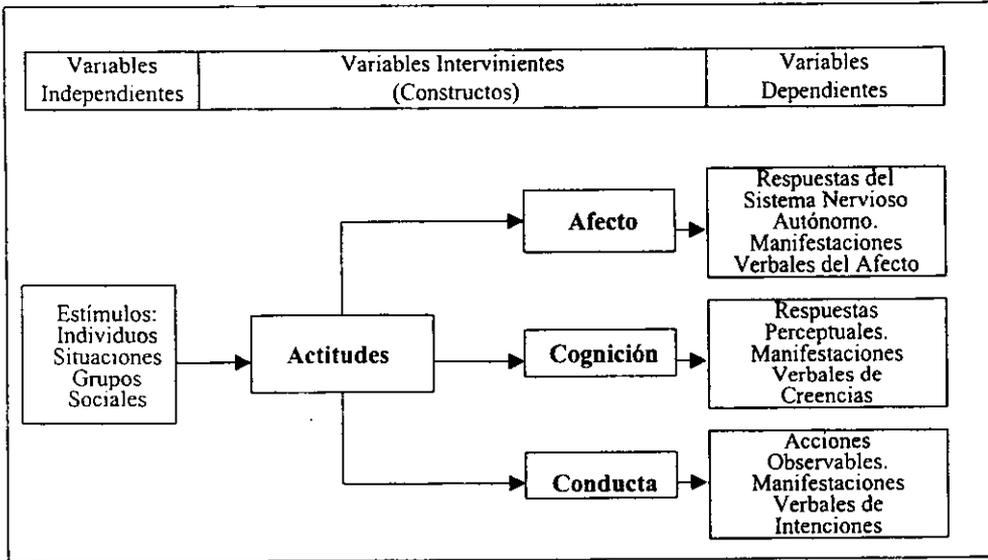
Se postula una cadena causal en la que el comportamiento está determinado por las intenciones de desarrollar una conducta determinada, éstas dependen de una evaluación general o actitud, y ésta a su vez, es función de las creencias sobresalientes. Las creencias acerca de un objeto proveen las bases para la formación de una actitud hacia tal objeto. La totalidad de las creencias de una persona constituye la base informacional que determina sus actitudes, intenciones y comportamientos. De manera sintética, es posible plantear las relaciones como sigue:

- A) Un individuo tiene diversas creencias acerca de un objeto determinado, esto es, lo relaciona con varios atributos.
- B) Asociada a cada atributo hay una respuesta evaluativa implícita, esto es, una actitud.
- C) A través del condicionamiento, la respuesta evaluativa se asocia con el objeto.
- D) Las respuestas evaluativas condicionadas se adicionan.
- E) Subsecuentemente, el objeto de actitud despertará esta respuesta evaluativa adicionada, o sea, la actitud completa.

De acuerdo con este planteamiento, la actitud de una persona hacia cualquier objeto es una función de sus creencias acerca del objeto y de las respuestas evaluativas implícitas asociadas con tales creencias.

FIGURA 1

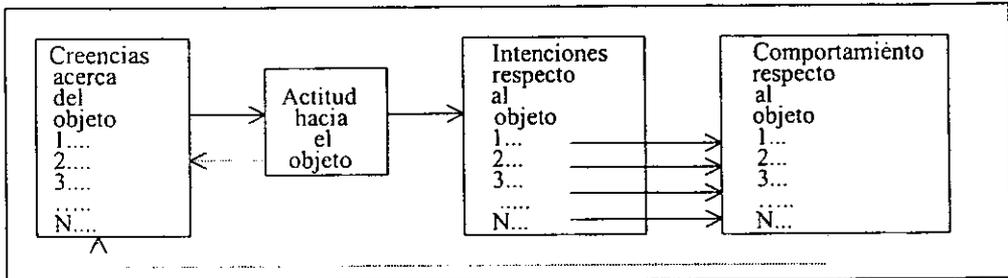
CONCEPCIÓN ESQUEMÁTICA DE LAS ACTITUDES  
(Hovland y Rosenberg, 1960).



De acuerdo con este esquema conceptual, una descripción completa de una actitud requiere conocer los tres tipos de componentes, midiendo respuestas correspondientes a cada uno. Las mediciones de los tres diferentes componentes están altamente intercorrelacionados y la medición de cualquiera de ellos es una alternativa de la misma dimensión evaluativa subyacente.

FIGURA 2

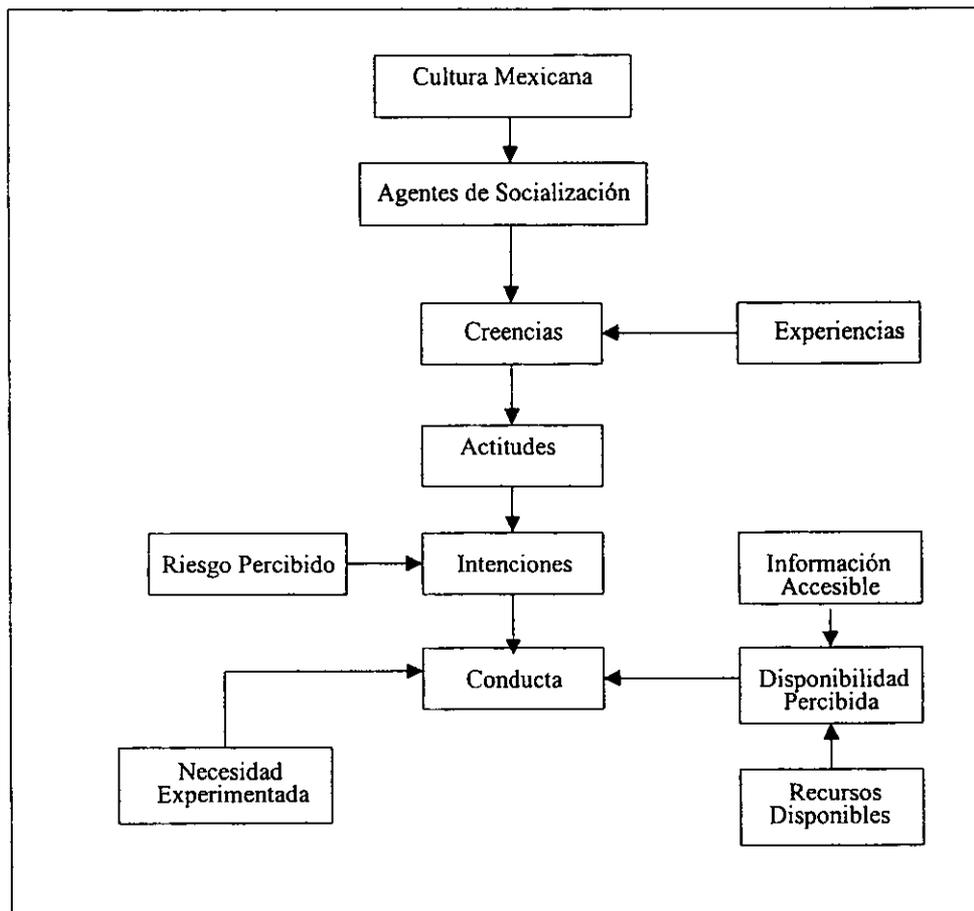
PRESENTACIÓN ESQUEMÁTICA DEL MARCO CONCEPTUAL



→ Influencia  
- -> Retroalimentación

FIGURA 3

ESQUEMA ESPECÍFICO DE RELACIONES ENTRE VARIABLES



## **AXIOMAS O POSTULADOS TEÓRICOS**

- A) La cultura es transmitida a los individuos a través de diversos agentes de socialización (familia, escuela, medios de comunicación).
- B) Las creencias de un sujeto, en relación con la salud y la enfermedad mental, forman parte de su cultura.
- C) Las creencias de un sujeto en relación con la salud y la enfermedad mental, son transmitidas socialmente.

## **HIPÓTESIS**

### **Generales**

- A) La conducta en relación con la enfermedad mental, es determinada por las intenciones, la necesidad experimentada y la disponibilidad percibida.
- B) La disponibilidad percibida en cuanto a los servicios para la atención de las enfermedades mentales, es función directa de la información accesible y los recursos disponibles.
- C) Las intenciones con respecto a la búsqueda de ayuda para las enfermedades mentales, están determinadas por las actitudes y el riesgo percibido.
- D) Las actitudes con respecto a la salud y la enfermedad mental, los enfermos mentales y los psiquiatras, constituyen un sistema actitudinal.
- E) Las actitudes con respecto a la salud y la enfermedad mental, los enfermos mentales y los psiquiatras, dependen de las creencias que se tengan sobre ellos.
- F) Las creencias dependen de las influencias culturales transmitidas por los agentes de socialización y de las experiencias vividas.
- G) Las experiencias vividas ejercen una influencia sobre las creencias y actitudes en torno a la salud mental.

## **Específicas**

- a) A mayor necesidad experimentada, conductas más activas de búsqueda de atención.
- b) A mayor disponibilidad percibida (más información accesible y más recursos disponibles), conductas más favorables a la búsqueda de atención.
- c) A mayor riesgo percibido, intenciones más extremas en relación con el sistema actitudinal frente a la salud y la enfermedad mental (positivas o negativas).
- d) A mayor número de creencias (+ ó -), actitudes más intensas o extremas (positivas o negativas, respectivamente).
- e) A más experiencias directas con el psiquiatra, la enfermedad mental o el enfermo mental, creencias más firmes al respecto.
- f) A mayor nivel educativo, creencias más positivas.
- g) A mayor exposición a medios masivos, creencias más firmes.

## V. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

---

El punto de partida para diseñar la presente investigación se ubica dentro del campo general de la investigación de la salud mental, cuyo propósito central consiste en reunir una base sólida de datos que permita establecer programas preventivos. Como complemento a dicho propósito, se requiere evaluar la utilización de los servicios de salud mental y los resultados de los programas que hacen uso de la educación como medio para lograr cambios de actitudes, patrones de conducta y estilos de vida poco saludables (De la Fuente, 1990).

A partir de este ámbito o contexto general, de amplio alcance, se concluye que los aspectos a estudiar son múltiples y están interrelacionados. Por un lado, es necesario conocer los conocimientos, creencias, opiniones, prejuicios, y actitudes, así como las intenciones conductuales y el comportamiento de los grupos sociales. Lo anterior son aspectos a estudiar tanto en la población general como en algunos sectores específicos de ella, como los diversos profesionistas relacionados con la materia, médicos de otras especialidades, enfermeras, maestros, trabajadores sociales, estudiantes, etc. (Roskin, 1988).

Por otra parte, es preciso conocer tal información en relación con las enfermedades mentales, los enfermos mentales, los especialistas dedicados a ella y los servicios de salud mental. Adicionalmente, son muy diversos los aspectos y relaciones a estudiar, por ejemplo, la relación entre los conocimientos o creencias y las opiniones y actitudes respecto al enfermo y a la enfermedad mental, al especialista y a los servicios de atención a la salud mental; la relación entre las actitudes y el contacto previo con enfermos mentales; los estereotipos prevalecientes y su origen; los conocimientos existentes y la fuente que los ha proveído; las actitudes y el uso de los servicios.

Frente a este amplio y complejo campo de estudio, ha sido necesario seleccionar sólo aquellos aspectos fundamentales que resultan viables para ser abordados, así como aquellas relaciones que pueden ser integradas en un modelo teórico y son susceptibles de ser probadas.

De esta manera, se determinó abordar el conocimiento de tres variables específicas: las creencias, las actitudes y las intenciones conductuales; la primera incluirá los conocimientos, las opiniones, los prejuicios, los estereotipos y las creencias propiamente dichas; las actitudes se orientarán a las manifestaciones con una carga afectiva, o que incluyan claramente una evaluación, y las intenciones conductuales a las declaraciones referentes a propósitos de comportamiento.

Las conductas propiamente dichas serán sólo marginalmente registradas, pero no se incluirán como una variable fundamental en vista de que no se espera que la población seleccionada, por tratarse de población general, tenga en forma mayoritaria experiencias que hayan precisado la manifestación de conductas activas relacionadas con la salud y la enfermedad mental.

Respecto a la población por abordar, como se acaba de mencionar, será la población general adulta, descartando la selección de grupos específicos relacionados con las enfermedades mentales, ya sea por padecerlas o por relacionarse profesionalmente con ellas.

Por lo que concierne a los objetos de las creencias y actitudes, en razón de la necesidad de limitar la extensión del proyecto, se reducen a tres:

- 1) Las enfermedades mentales, en general, sin partir de definiciones preconcebidas ni especificar tipos o niveles de gravedad.
- 2) Los enfermos mentales, considerados como aquellos sujetos que padecen una enfermedad mental.
- 3) El psiquiatra, como el principal responsable, en el ámbito profesional, de la atención de las enfermedades mentales.

Adicionalmente se incluirán las principales variables sociodemográficas estudiadas previamente en relación con la materia: edad, género, escolaridad, ocupación y nivel socioeconómico, a fin de enriquecer el análisis de los resultados que se obtengan.

Con base en este marco, se diseñó una investigación transversal, ex post facto y de campo, tendiente a determinar las principales creencias, actitudes e intenciones conductuales de la población general en relación con tres objetos actitudinales estrechamente relacionados: el enfermo mental, la enfermedad mental y el psiquiatra.

## **PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuales son las creencias, actitudes e intenciones conductuales prevaletentes en una muestra de la población general de la ciudad de México, en relación con la enfermedad mental, los enfermos mentales y los psiquiatras responsables de su atención?

## **OBJETIVOS**

Se establece como punto de partida el supuesto de que el público en general tiene una definición de la enfermedad mental, del sujeto que la padece y del profesional responsable de su atención, basados en un conjunto de conocimientos y creencias, los cuales determinan sus actitudes o predisposición a reaccionar en determinada forma frente a ellos.

Sobre esta base, el objetivo principal de la investigación es conocer las creencias, actitudes e intenciones conductuales prevaletentes en una muestra de la población general adulta de la ciudad de México, hacia tres objetos actitudinales estrechamente relacionados: el enfermo mental, la enfermedad mental y el psiquiatra.

Se pretende conocer lo que la gente sabe o cree acerca de las causas, los síntomas o manifestaciones y el tratamiento de las enfermedades mentales, y sobre las características de los enfermos mentales y de los psiquiatras.

Específicamente, se plantean como objetivos de esta investigación los siguientes:

- A) Determinar el tipo y nivel de información que tienen los sujetos investigados, sobre las enfermedades mentales y los servicios disponibles para su atención.
- B) Conocer las creencias, actitudes e intenciones conductuales del público en relación con las enfermedades mentales, los enfermos mentales y los profesionales relacionados con este campo.
- C) Conocer las posibles fuentes de las creencias, conocimientos y estereotipos prevalecientes en la población.
- D) Determinar posibles correlaciones entre las creencias, las actitudes y las intenciones de comportamiento en relación con la utilización de los servicios de salud mental.
- E) Probar el modelo teórico propuesto (ver Fig. 3).

## **VARIABLES**

En el campo de la psicología social es especialmente complicado categorizar las variables estudiadas, en razón de dos características fundamentales de la conducta social: su naturaleza multicausal y su historicidad (Hollander, 1982). Por tal razón es difícil categorizarlas en dependientes o independientes, ya que las relaciones entre variables no pueden reducirse a términos de estímulo-respuesta, o de causalidad. Más aún, es difícil establecer sus relaciones en una dimensión de temporalidad, esto es, aún comprobándose una relación entre dos variables, es difícil establecer, especialmente en investigaciones transversales, una direccionalidad en la relación.

Pese a tal limitación, el esquema teórico planteado propone una relación causal entre diversas variables, por lo que, teniendo presente el planteamiento anterior, las variables consideradas ocuparan en diferentes segmentos de los análisis a realizar, y para fines prácticos, el carácter de dependientes o independientes, no en términos de causalidad estricta, sino en un sentido descriptivo de antecedentes o consecuentes.

### **A) Principales**

- 1) Creencias
- 2) Actitudes
- 3) Intenciones conductuales
- 4) Conductas

## **B) Secundarias**

- 1) Agentes de socialización: fuentes de las creencias
- 2) Experiencias
- 3) Riesgo percibido
- 4) Necesidad experimentada
- 5) Disponibilidad percibida
  - 5.1) Información accesible
  - 5.2) Recursos disponibles

## **C) Sociodemográficas**

- 1) Género
- 2) Edad
- 3) Nivel Socioeconómico
- 4) Escolaridad
- 5) Ocupación

## **OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES**

### **Creencias**

Valores de las respuestas, en una escala tipo Likert de cinco opciones (TA = Totalmente de Acuerdo; A = de Acuerdo; NS = No estoy Seguro; D = en Desacuerdo; TD = Totalmente en Desacuerdo), a un conjunto de 60 afirmaciones con respecto a los temas investigados, que incluyen elementos descriptivos, no valorativos.

### **Actitudes**

Valores de las respuestas, en una escala tipo Likert de cinco opciones (TA = Totalmente de Acuerdo; A = de Acuerdo; NS = No estoy Seguro; D = en Desacuerdo; TD = Totalmente en Desacuerdo), a un conjunto de 42 afirmaciones con respecto a los temas investigados, en términos de reacciones afectivas, evaluativas o valorativas con respecto a los objetos de actitud.

### **Intenciones**

Valores de las respuestas, en una escala tipo Likert, de cinco opciones (TA = Totalmente de Acuerdo; A = de Acuerdo; NS = No estoy Seguro; D = en Desacuerdo; TD = Totalmente en Desacuerdo), a una serie de 18 afirmaciones con respecto a los temas investigados, en términos de intención de realizar determinadas conductas.

### **Conductas**

Valores de las respuestas a tres preguntas relacionadas con la búsqueda de ayuda para problemas emocionales o nerviosos, la primera de ellas dicotómica y las otras dos abiertas y codificadas, en términos de conductas reportadas.

### **Agentes de socialización - Fuentes de las creencias**

Respuestas a un cuestionario integrado por 14 reactivos dicotómicos sobre exposición a medios de comunicación y percepción, a través de ellos, de información sobre salud y enfermedad mental. Se consideran tres tipos de medios: familiares o amigos, escuela y medios masivos de comunicación; en este último caso se incluyeron periódicos, revistas, radio, televisión y cine.

### **Experiencias personales**

Respuestas a un cuestionario integrado por 5 preguntas concretas sobre contacto previo con enfermos mentales o especialistas de la salud mental y comportamientos concretos observados en tales situaciones; las primeras 2 preguntas son dicotómicas y las dos subsecuentes son abiertas.

### **Riesgo percibido**

Respuestas a cuatro preguntas cerradas en relación con la percepción del estado actual de salud y de la posibilidad de llegar a padecer problemas de salud mental; las primeras dos preguntas tienen cinco opciones de respuesta y las dos restantes son dicotómicas.

### **Necesidad experimentada**

Respuestas a 4 preguntas concretas en relación con problemas de salud mental experimentados y conducta subsecuente observados; las primeras dos preguntas son dicotómicas y las siguientes dos son abiertas.

### **Disponibilidad percibida**

Función conjunta de la información accesible y los recursos disponibles.

### **Información accesible**

Conocimientos manifestados en torno a los recursos existentes para la atención de las enfermedades mentales, por medio de tres reactivos, dos de tipo dicotómico y uno con cinco opciones de respuesta.

### **Recursos disponibles**

Nivel de ingresos familiares reportado por los sujetos.

### **Género**

Variable dicotómica: hombre - mujer.

### **Edad**

Años cumplidos del sujeto, clasificados en cuatro grupos etarios.

### **Nivel socioeconómico**

Clasificación en dos niveles, medio y bajo, de acuerdo con la ubicación de su domicilio y la clasificación del mapa mercadológico de BIMSA.

### **Escolaridad**

Años de estudio concluidos.

### **Ocupación**

Actividad laboral reportada por el sujeto, clasificada en 9 grupos.

## **VI. MÉTODO**

---

### **POBLACIÓN**

Población general de la zona metropolitana de la ciudad de México, entendiendo por población general aquella que no está comprometida directamente con el área de la salud y la enfermedad mental, excluyendo a quienes profesionalmente se relacionan con ella o a quienes son captados en consultas como pacientes psiquiátricos.

### **MUESTRA DE INVESTIGACIÓN**

Se seleccionó una muestra de 800 sujetos de la población general de la ciudad de México, estratificada en relación con su nivel socioeconómico, edad y género, de la siguiente manera:

- a) Nivel socioeconómico. Se consideraron dos niveles: medio y bajo, por ser los predominantes en la población mexicana (50% en cada caso).
- b) Edad. Se consideró cuatro grupos de edad: 18-24, 25-34, 35-44, 45-60 (25% en cada caso).
- c) Género. Masculino y femenino (50% en cada estrato).

Para la determinación y selección de la muestra, así como para la coordinación del trabajo de campo, se contó con la colaboración de la agencia de investigación mercadológica Moctezuma y Asociados.

### **INSTRUMENTO DE MEDICIÓN**

Se utilizó un instrumento de medición diseñado específicamente para este estudio, integrado por 120 reactivos, estructurados a manera de escala tipo Likert, con cinco opciones de respuesta, para medir las creencias, actitudes e intenciones conductuales. Las demás variables se evaluaron por medio de una sección adicional integrada por 30 reactivos de opción múltiple. Adicionalmente se incluyó una breve sección correspondiente a datos sociodemográficos (ANEXO 2).

El diseño del instrumento partió de una amplia revisión de los utilizados previamente. Se obtuvieron y analizaron ejemplares de los siguientes:

- Escala de opiniones acerca de la enfermedad mental (Opinions about Mental Illness Scale OMI). Cohen y Struening (1962). Está integrada por 51 reactivos tipo Likert de 5 opciones.
- Escala de Concepciones Populares acerca de la Enfermedad Mental (ECPEM). Cox, Costanzo y Coie (1976). Está integrada por 190 reactivos tipo Likert de 3 opciones.

Escala sobre atribución de enfermedad mental (ESAEM). Chavez (1982).

Community Attitudes Toward the Mentally Ill Scale (CAMI) Taylor y Dear (1981). Está integrada por 4 escalas con 10 reactivos c/u, tipo Likert de 5 opciones.

Cuestionario sobre actitudes hacia la enfermedad mental (AMI). Elaborado por Casco y Natera (1986), tiene 40 reactivos Likert de 5 opciones. Sus primeras tres escalas se tomaron de la de Cohen y Struening (1962) y la cuarta de Baker y Schulberg (1967).

Escala de actitudes hacia la enfermedad mental de Dorina Steffani (1977). Está integrada por 59 reactivos tipo Thurstone.

De tales instrumentos se seleccionaron aquellos reactivos que se consideraron adecuados para los propósitos del presente estudio, a los cuales se adicionaron nuevos reactivos elaborados a partir de la realización de una serie de sesiones tipo "grupo focal" (focus groups). Tales reuniones permitieron detectar los temas e inquietudes que con mayor frecuencia son mencionados por los sujetos al hacer referencia a la salud y la enfermedad mental.

### **Grupos Focales**

Se realizaron tres sesiones, con grupos de 10 sujetos, a manera de grupos de discusión con una guía temática a seguir. A continuación se presenta una síntesis de los principales conceptos expresados.

#### **Salud mental:**

- poder ser como uno quiere
- pensar, decidir y actuar como uno quiere
- tener libertad
- tener ideas propias y lógicas
- tener conciencia de la realidad

#### **Enfermo mental:**

- dificultad para pensar, decidir o aprender
- desligado de la realidad
- no poder estar en sociedad
- mente alterada
- traumas
- ideas ilógicas
- perder la conciencia de lo que se hace
- salir de las normas establecidas
- son los locos
- no tienen cura

## Causas de la enfermedad mental:

- traumas o experiencias negativas
- drogas, afectan el cerebro
- herencia
- la sociedad los reprime
- hay rechazo social
- el rechazo es inconsciente

Una fuente adicional para la integración de los reactivos del instrumento fueron los resultados de una investigación desarrollada para obtener una descripción del significado psicológico y social de la salud y la enfermedad mentales, por medio de la técnica de las redes semánticas (García, 1993a).

A partir de la revisión bibliográfica y de los elementos previamente descritos, se decidió construir un instrumento que abarcara los siguientes aspectos:

- 1) La enfermedad mental, el enfermo mental y el psiquiatra.
- 2) Las creencias, las actitudes, las intenciones conductuales y el riesgo percibido.
- 3) El psiquiatra como principal responsable de la atención de las enfermedades mentales.

- definición
- imagen general
- características personales
- características morales o éticas
- poder
- para qué sirve
- tratamientos que utilizan
- hospitales psiquiátricos
- riesgo percibido

## 4) La enfermedad mental:

- definición
- características
- síntomas
- epidemiología
- importancia social
- causas
- concepción moral de las causas
- pronóstico
- tratamiento
- disponibilidad y accesibilidad de servicios

## 5) El enfermo mental:

- características físicas
- características personales
- características morales
- culpabilidad o responsabilidad
- peligrosidad
- comportamiento social
- aspectos sociales
- autosuficiencia
- necesidad de ayuda
- encierro
- riesgo percibido

De esta manera, se reunió un total de 206 reactivos, correspondientes a cada uno de los tres objetos de actitud: 72 al psiquiatra, 74 a la enfermedad mental y 60 al enfermo mental, y de estos, la mitad positivos y la mitad negativos. Considerando que eran excesivos para integrar un sólo instrumento, se dividieron en dos cuestionarios de 103 reactivos cada uno, los cuales se aplicaron, a nivel de prueba piloto, a una muestra de 150 sujetos cada uno.

## **ESTUDIO PILOTO**

Se realizó un estudio exploratorio para conocer las creencias y actitudes sobre la enfermedad mental, los enfermos mentales y los psiquiatras. La muestra estuvo integrada por 300 sujetos seleccionados de la población general adulta de la ciudad de México, entrevistados en sus domicilios. El interés básico fue conocer la atmósfera general de creencias; por lo tanto, fue un estudio tipo sondeo de opinión pública, con un diseño de tipo transversal, exploratorio, ex post facto y de campo.

Los cuestionarios fueron aplicados por pasantes de psicología que colaboraron en esta etapa como parte de su servicio social; posteriormente se codificó y capturó la información obtenida. Una vez eliminados aquellos que resultaron incompletos o con errores, se obtuvo un total de 150 para el primero (CAPEMA) y 128 para el segundo (CAPEMB). A continuación se procedió al análisis estadístico de la información obtenida, cuyos resultados se reportan en García (1993c).

A partir del estudio piloto, se analizó el comportamiento del total de los reactivos en relación con su claridad, aplicabilidad, comprensión y capacidad de discriminación, a fin de seleccionar de ambos instrumentos aquellos reactivos que se utilizarían para integrar el instrumento definitivo.

Para la selección de los reactivos se tomaron dos tipos de criterios:

- 1) Análisis de discriminación: se formaron 2 grupos de sujetos integrados c/u por el 25% de la muestra con respuestas más positivas y el 25% más negativas y se elaboraron tablas cruzadas para cada uno de los reactivos, seleccionándose aquellos que mostraban una capacidad de discriminación significativa ( $p < .05$ ).
- 2) Análisis de contenido
  - se eliminaron los que resultaban duplicados por plantear un mismo concepto de dos maneras o en positivo y negativo
  - aquellos reportados como de difícil comprensión fueron modificados.

De esta manera se redujeron los 206 a 72 reactivos. La experiencia de la aplicación piloto aunada a una revisión teórica más detallada del modelo creencia-actitud-intención, permitió determinar la manera de construir los reactivos diferenciándolos específicamente en términos de redacción, por lo que se crearon 48 nuevos, especialmente para actitudes e intenciones, quedando el nuevo instrumento integrado 120 reactivos. Con la versión final del instrumento se efectuó una aplicación piloto a 30 sujetos, con el objeto de verificar la funcionalidad de la escala en términos de comprensión del lenguaje utilizado, secuencia de las preguntas, tiempo de aplicación y disponibilidad de cooperación.

Con base en este piloteo, se modificó la redacción de algunos reactivos y se cambiaron algunos términos que no eran bien comprendidos, se modificó el texto de presentación de los entrevistadores, ya que inicialmente se mencionaba que se trataba de una investigación del Instituto Mexicano de Psiquiatría, lo que generaba un efecto indeseable en los sujetos. Asimismo se modificó la presentación del cuestionario, a fin de facilitar su llenado por parte de los entrevistadores, y se prepararon tarjetas con las opciones de respuesta, para facilitar su recordación por parte de los sujetos entrevistados.

## PROCEDIMIENTO

Para el desarrollo del trabajo de campo se contrataron los servicios de la agencia de investigación de mercados Moctezuma y Asociados, bajo cuya coordinación se reclutó, seleccionó y entrenó al personal para la aplicación del instrumento. Se realizaron dos sesiones de entrenamiento para los entrevistadores. A la primera sesión asistieron 20 candidatos, a los que se les dio información de tipo general sobre el proyecto, se les proporcionaron ejemplares del instrumento, se les pidió que lo leyeran en silencio para que evaluaran su comprensión y la claridad del mismo.

A continuación se les sometió a prueba individualmente, por medio de una entrevista ficticia durante la cual se les presentaban algunas de las situaciones que en la realidad podrían tener que enfrentar, como negativa o rechazo, dificultades de comprensión, desviación del tema, etc. Terminada la sesión los supervisores, asesor y coordinadora realizaron una evaluación del desempeño en términos de habilidad para la lectura, pronunciación, entonación y manejo de situaciones especiales; con base en tal evaluación se seleccionaron 12 entrevistadores.

En la segunda sesión participaron los 12 entrevistadores seleccionados. En esta ocasión se les dio entrenamiento específico sobre el procedimiento a seguir, los errores por evitar, la información adicional por recabar (como anotar al final el domicilio y teléfono en su caso, así como comentarios sobre sucesos especiales). A continuación se les distribuyó por delegaciones y colonias y se les asignaron cuotas y tiempos específicos.

Para la determinación de los sujetos a entrevistar se partió de la selección de 80 colonias, 40 clasificadas como de clase media y 40 de clase baja, de acuerdo con el mapa mercadológico elaborado por BIMSA. Las 80 colonias se encuentran distribuidas en 12 delegaciones políticas del Distrito Federal y 6 municipios del Estado de México, ubicados en la zona conurbada de la ciudad de México. En cada colonia se realizaron 10 entrevistas, seleccionando los hogares de manera intencional. En cada domicilio se entrevistó sólo un sujeto. En ningún caso se entrevistaron sujetos en domicilios contiguos. En el caso de unidades habitacionales se consideró un máximo de 5 edificios por unidad y un máximo de 2 hogares por edificio. De esta manera se completó el total de las 800 entrevistas programadas (lista de entrevistadores, colonias y delegaciones en ANEXO 3).

El instrumento se aplicó en forma de entrevista a los sujetos seleccionados, de manera que se cubrieran las cuotas correspondientes a género y edad, quienes fueron visitados para este fin en su domicilio, por los aplicadores previamente entrenados. Con el propósito de supervisar la labor de los entrevistadores, se realizaron segundas visitas a un 25% de los sujetos entrevistados por cada persona, así como llamadas telefónicas confirmatorias al 50% de quienes reportaron número telefónico.

Posteriormente se revisaron manualmente todos los cuestionarios y se eliminaron y sustituyeron los incompletos o evidentemente mal contestados. Como método de control se correlacionaron algunos datos sociodemográficos, como nombre con sexo y colonia con nivel socioeconómico. Adicionalmente se revisaron direcciones para confirmar el cumplimiento de los criterios establecidos previamente. Como resultado de la revisión, se eliminaron 46 cuestionarios y se realizaron 80 entrevistas adicionales para sustituir los anteriores y tener una reserva adicional.

## VII. RESULTADOS

---

### CODIFICACIÓN Y CAPTURA

Para el proceso de codificación, revisión de captura y limpieza de datos se contó con el apoyo de dos pasantes de la Facultad de Psicología de la UNAM, Nora Angélica Martínez y Arturo Bautista, quienes colaboraron en esta etapa del proyecto como parte de su servicio social. El sistema de codificación utilizado se detalla en el ANEXO 3. Para la captura de datos se subcontrataron los servicios de DIGIDATA, Sistemas Avanzados en Captura de Datos, empresa especializada en este campo.

Una vez capturados los datos, se obtuvieron reportes de *missing cases* y se revisaron manualmente los cuestionarios correspondientes para efectuar las correcciones o sustituciones pertinentes. De la misma manera se revisó que los valores asignados a cada reactivo correspondieran a los parámetros asignados.

Los datos obtenidos fueron analizados estadísticamente por medio del paquete SPSS para Windows versión 6.1.2 (1995). Dada la gran cantidad de variables utilizadas en este estudio, los resultados son presentados en seis diferentes secciones.

### ANÁLISIS DESCRIPTIVOS

En primer lugar se obtuvieron los estadísticos básicos (frecuencias, medias, desviación estándar, sesgo y kurtosis) de todos los reactivos, con fines descriptivos. La obtención de frecuencias permitió conocer una descripción detallada de la muestra, según se reporta en la TABLA 1.

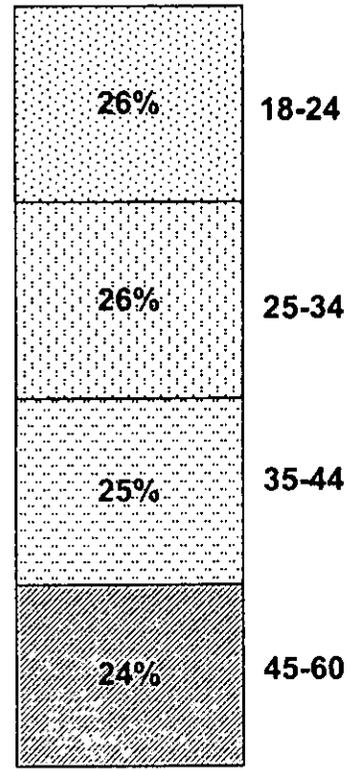
Como puede apreciarse, el sexo, la edad y el nivel socioeconómico resultaron bien distribuidos, de acuerdo con las cuotas preestablecidas (FIGURA 4). El nivel educativo predominante fue elevado, ya que el 56% de la muestra había cursado al menos preparatoria o carrera técnica completa. En cuanto a la ocupación, el 32.5% fueron amas de casa, el 16.9% estudiantes, el 13.8% empleados; el 9.9% profesionistas y el resto se distribuyó entre obreros, comerciantes, ejecutivos, desempleados y jubilados (FIGURA 5).

**TABLA 1: DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA (N=800)**

<b>VARIABLES</b>	<b>NIVELES</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>SEXO</b>	masculino	391	48.9%
	femenino	409	51.1%
<b>EDAD</b>	18-24 años	205	25.6%
	25-34 años	205	25.6%
	35-44 años	200	25.0%
	45-60 años	190	23.8%
<b>NSE</b>	medio	400	50.0%
	bajo	400	50.0%
<b>ESCOLARIDAD</b>	ninguna	5	0.6%
	primaria incompleta	32	4.0%
	primaria	79	9.9%
	secundaria incompleta	27	3.4%
	secundaria	112	14.0%
	preparatoria o técnica incompleta	99	12.4%
	preparatoria o técnica	165	20.6%
	profesional incompleta	115	14.4%
	profesional	166	20.8%
	<b>OCUPACIÓN</b>	ama de casa	260
estudiante		135	16.9%
empleado de oficina		110	13.8%
profesionista independiente		79	9.9%
comerciante		52	6.5%
jubilado o desempleado		37	4.6%
obrero		23	2.9%
ejecutivo o gerente		14	1.8%
otros		90	11.3%

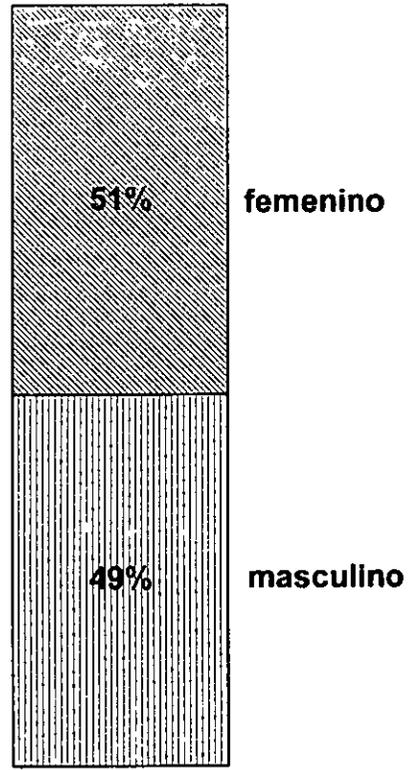
Figura 4

# MUESTRA

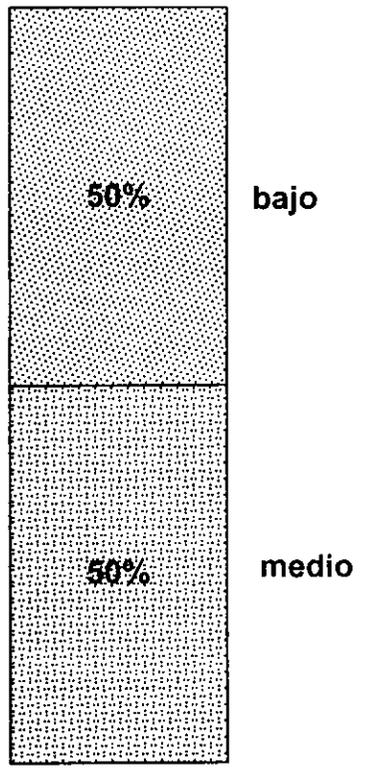


GRUPOS ETARIOS

N=800



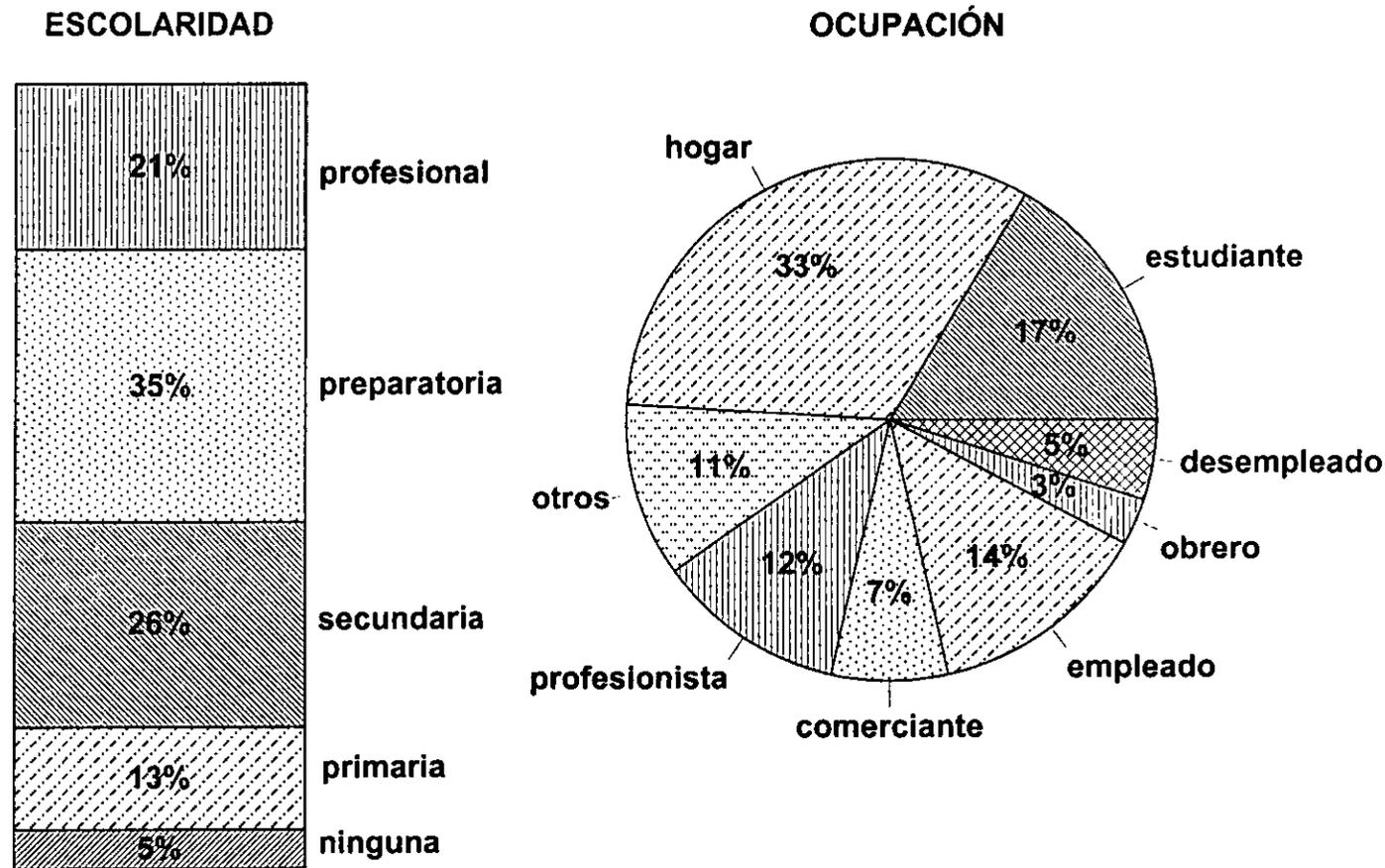
GENERO



NIVEL SOCIOECONOMICO

# DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

Figura 5



A partir del análisis de las frecuencias obtenidas para cada uno de los reactivos integrantes de las escalas, resultó posible responder de manera amplia a la pregunta que se planteó como problema general de investigación:

¿Cuales son las creencias, actitudes e intenciones conductuales prevalecientes en un sector de la población general de la ciudad de México, en relación con la enfermedad mental, los enfermos mentales y los psiquiatras responsables de su atención?

### **Creencias sobre el psiquiatra**

Más del 90% de la muestra considera que la psiquiatría es una profesión respetable y que cualquiera puede llegar a necesitar la ayuda de un psiquiatra, más del 80% califica a los psiquiatras como médicos capacitados para curar enfermedades mentales, cree que los psiquiatras mejoran a sus pacientes y piensa que aunque sus problemas no sean graves, un psiquiatra podría ayudarle, en tanto que alrededor del 75% de la muestra describe al psiquiatra como alguien que ayuda a resolver problemas, trata siempre de ayudar a sus pacientes y es un profesionista indispensable para la sociedad.

Un 69% de los entrevistados rechaza la creencia de que los psiquiatras son peligrosos y cerca de la mitad descarta que puedan controlar la mente de sus pacientes. Sin embargo, una tercera parte considera que los psiquiatras abusan del poder que tienen sobre sus pacientes, el 18% piensa que los psiquiatras en vez de curar, empeoran al paciente y un 13% los califica como charlatanes. En este contexto negativo, entre el 10 y el 20% piensan que la mayoría de los psiquiatras están locos, que sólo buscan sacar dinero y que culpan de todo al sexo.

Finalmente, una cuarta parte opina que sólo quienes tienen problemas mentales graves deben ir al psiquiatra y un 15% cree que sólo los locos necesitan ir al psiquiatra, en tanto que el 36% afirma que los psiquiatras siempre recetan medicinas y el 24% agrega que dan medicinas que atontan a la gente.

### **Creencias sobre la enfermedad mental**

Por lo que corresponde a las creencias sobre las enfermedades mentales, el 75% de los entrevistados considera que son enfermedades del sistema nervioso y que no son contagiosas, más de la mitad de la muestra afirmó que se pueden prevenir, un 41% cree que no son hereditarias y el 27% piensa que son incurables. En cuanto a la identificación de la enfermedad mental con la locura, cerca del 90% de los sujetos opina que se puede tener una enfermedad mental sin estar loco y el 78% asegura que tener una enfermedad mental no es lo mismo que estar loco.

En lo concerniente a las causas de las enfermedades mentales, más del 60% cree que se originan por problemas en la infancia y piensa que cuando alguien tiene demasiados problemas, se enferma de la mente. Un poco más de la mitad de los sujetos considera que las enfermedades mentales son causadas por los problemas sociales, en tanto que un 15% cree que se originan por problemas sexuales. Un porcentaje similar piensa que las enfermedades mentales son enfermedades del espíritu y el 6% supone que las enfermedades mentales son un castigo por haber pecado.

Con relación a los tratamientos para las enfermedades mentales, más de la mitad de los entrevistados considera que éstos son muy eficaces, en tanto que un 34% piensa que son muy peligrosos. Sólo un 12% manifestó que los tratamientos psiquiátricos son muy baratos, mientras que tres cuartas partes de la muestra consideraron que las enfermedades mentales se curan con afecto y apoyo familiar y 18% afirmaron que las enfermedades mentales se curan con operaciones del cerebro. Finalmente un 59% considera que las enfermedades mentales son un problema grave para la sociedad.

### **Creencias sobre el enfermo mental**

Al indagar las creencias con respecto a los enfermos mentales, el 43% de los entrevistados consideró que son muy raros, el 72% que son muy nerviosos, el 40% que son violentos y el 37% que son peligrosos. Respecto a su inteligencia, más de la mitad de la muestra piensa que los enfermos mentales son personas muy inteligentes, mientras que el 22% considera que casi siempre son retrasados mentales, el 14% que son tontos y un 15% que están locos.

Hubo un notable consenso en cuanto a que los enfermos mentales necesitan la ayuda de un psiquiatra (91%), pueden colaborar para su curación (88%) y no son culpables de lo que les pasa (81%). Cerca del 70% considera que los enfermos mentales no son responsables de sus actos, mientras que la mitad opina que no pueden bastarse a sí mismos.

Respecto a las creencias concernientes con la inserción social de los enfermos mentales, el 98% manifiesta que los enfermos mentales merecen el apoyo de la sociedad, el 53% piensa que pueden ser útiles para la sociedad e igual porcentaje cree que no deben estar encerrados. Mas del 60% afirma que los enfermos mentales pueden llevar una vida normal, el 80% piensa que cualquiera pueda llegar a ser un enfermo mental y un 91% asegura que hay muchas maneras de ayudar a un enfermo mental. Sin embargo, un importante 38% opina que los enfermos mentales terminan cometiendo delitos.

### **Actitudes hacia el psiquiatra**

La mayor parte de los entrevistados tendió a manifestar actitudes de respeto (80%), confianza (72%), simpatía (71%), agrado (69%) y admiración (63%) hacia los psiquiatras. Asimismo, manifestaron que en caso de requerirlo, les tranquilizaría (89%) contar con la ayuda de un psiquiatra. En el aspecto negativo, entre el 10% y el 25% de la muestra reportó sentimientos de temor, angustia, disgusto y vergüenza en relación con la atención psiquiátrica.

## **Actitudes hacia la enfermedad mental**

En relación con las enfermedades mentales, el 59% de la muestra manifestó mucho interés en el tema, en tanto que un 21% declaró no interesarse en él. Entre las actitudes positivas, el 85% consideró que si llegara a tener una enfermedad mental, tendría esperanzas de curarse y el 60% declaró sentirse capaz de enfrentar una enfermedad mental, mientras que el 98% afirmó sentir admiración por quienes logran superar este tipo de enfermedades.

Más de la mitad de los entrevistados rechazó sentir vergüenza (59%) o miedo (57%) en relación con estas enfermedades y un 39% dijo no sentir preocupación ante la posibilidad de llegar a padecer una. Dos terceras partes de los sujetos consideran terrible la posibilidad de llegar a padecer una enfermedad mental y un 58% experimentan miedo ante tal posibilidad, en tanto que al 36% les desagrada pensar en las enfermedades mentales. Finalmente, el 11% afirmó que sentiría vergüenza de que algún familiar suyo tuviera una enfermedad mental y el 12% cree que si llegara a tener una enfermedad mental, se sentiría culpable.

## **Actitudes hacia el enfermo mental**

En relación con los enfermos mentales, tres cuartas partes de los entrevistados afirmaron sentir preocupación por su suerte, el 85% declaró que le gustaría apoyar a los enfermos mentales y un 18% afirmó incluso sentirse responsable por la suerte de los enfermos mentales. Las actitudes hacia los enfermos mentales fueron caracterizadas por el respeto (92%), la simpatía (51%), la confianza (39%), la lástima (27%) y la compasión (21%), mientras que en el aspecto negativo un 36% manifestó sentir desconfianza, el 18% desinterés, el 15% miedo, el 14% molestia ante la presencia de un enfermo mental, el 8% desprecio y un 7% asco.

## **Intenciones conductuales respecto al psiquiatra**

En lo concerniente a las intenciones conductuales con relación a la búsqueda de ayuda psiquiátrica en caso de requerirla, alrededor del 90% de los entrevistados manifestó una disposición positiva, en tanto que el porcentaje de quienes rechazaron tal posibilidad fluctuó entre el 10 y el 15%.

## **Intenciones conductuales respecto a la enfermedad mental**

Las intenciones conductuales con relación a la enfermedad mental se manifestaron mayoritariamente en un sentido positivo de proporcionar ayuda a quien la padece (96%), y de acciones tendientes a la recuperación de la salud (alrededor del 90%). Una tercera parte de los sujetos reportó desconocimiento de las posibles acciones a tomar en caso de presentarse una enfermedad mental, en tanto que un porcentaje mínimo de la muestra reconoció intenciones de ocultar el hecho (si uno de mis hijos tuviera una enfermedad mental, no se lo diría a nadie 12%) y de rechazar a quien lo padeciera (si algún familiar o amigo mío tuviera una enfermedad mental, me alejaría de él 7%).

## **Intenciones conductuales respecto al enfermo mental**

Con relación más específica al contacto personal y el posible involucramiento con los enfermos mentales, los porcentajes más elevados de aceptación correspondieron a situaciones de mayor distancia social, con un 79% aceptando la posibilidad de establecer relaciones de amistad y un 67% relaciones de trabajo, mientras que un 32% declaró que preferiría evitar cualquier trato con un enfermo mental y un 17% afirmó que no aceptaría como vecino a un enfermo mental. En el caso de relaciones de mayor intimidad, más de la mitad de los sujetos rechazó la posibilidad de casarse con un enfermo mental y sólo un 21% aseguró que aceptaría que uno de sus hijos se casara con un enfermo mental.

## **LIMPIEZA DE REACTIVOS**

A partir del análisis de distribución de frecuencias, considerando la asimetría presentada, se eliminaron aquellos reactivos en los que se acumulaba más del 84% de respuesta en 2 categorías adyacentes (27 reactivos en total). Los 93 reactivos restantes se sometieron a una prueba de correlación ítem-total, por escalas, y se eliminaron aquellos con correlaciones inferiores a .20. De esta manera se eliminaron 46 reactivos más, restando 47 reactivos distribuidos en las tres escalas utilizadas, a partir de los cuales se efectuaron los análisis estadísticos posteriores. Antes de proceder a tales análisis se invirtieron los valores correspondientes a los reactivos negativos.

## **VALIDEZ**

En primer lugar, se procedió a evaluar la validez del instrumento, considerada ésta como el grado en que la escala usada representa el concepto medido (Summers, 1986). Kerlinger y Kaya (En Summers, 1986), plantean que, en términos generales, la etapa de validez lógica de la medición de actitudes ha sido por lo común una etapa a priori. El investigador procura determinar la naturaleza de la variable que quiere medir. En la mayoría de los casos, la determinación resume sus juicios y los de otras personas. Sin embargo, proponen el análisis factorial como un instrumento estadístico de validez lógica.

Kerlinger y Pedhazur (1973) y Comrey y Lee (1992) establecen que el análisis factorial es un método para reducir un gran número de variables a un número menor de unidades presumiblemente subyacentes llamadas factores. La premisa básica del análisis factorial es que existen dimensiones subyacentes, o factores, que pueden ser usados para explicar fenómenos complejos. La meta del análisis factorial consiste en identificar esos factores, que no son directamente observables (Norusis, 1988).

Con base en tales criterios, se realizaron análisis factoriales para verificar la validez de constructo, siguiendo las cuatro etapas o pasos usualmente utilizados (Norusis, 1988):

- 1) Elaboración de una matriz de correlaciones entre reactivos.
- 2) Extracción de factores.

Para decidir el número de factores a ser extraído en la segunda etapa, se tomó como base inicial el criterio de Kaiser (1974), que consiste en considerar solamente los factores que tienen valores Eigen mayores que 1, como factores comunes. La selección de los reactivos en los factores obtenidos tuvo como criterio la presencia de cargas factoriales iguales o superiores a .40. El peso o carga factorial expresa la correlación entre el reactivo y el factor; es la medida en que una prueba o reactivo cuantifica o mide un factor (Kerlinger, 1988).

- 3) Rotación.

El tipo de rotación elegida fue ortogonal varimax, dado que las correlaciones entre variables fueron de moderadas a bajas en la mayoría de los casos. El método de rotación varimax es un método derivado, de rotación ortogonal, donde los factores derivados de la primera solución directa se toman como vectores de referencia, que son rotados alternativamente, hasta encontrar posiciones que permitan eliminar las ambigüedades de algunas variables y proporciona nuevos valores para las cargas de las variables.

- 4) Cómputo de puntajes para cada factor.

Para cada uno de los análisis factoriales efectuados se presentan los resultados en una tabla que incluye los factores obtenidos, el porcentaje de varianza explicado por cada uno, la lista de reactivos que integran cada factor, así como la carga factorial correspondiente a cada reactivo.

#### **Análisis factorial de la escala de creencias.**

Los 19 reactivos correspondientes a esta escala se sometieron al análisis factorial de componentes principales con rotación varimax. Se encontraron 4 factores con valores Eigen superiores a 1.0, que explicaron el 45.2% de la varianza total de la escala. En la TABLA 2 se reportan los reactivos correspondientes a cada uno de los factores obtenidos, con sus correspondientes cargas factoriales.

**TABLA 2: ANÁLISIS FACTORIAL DE LA ESCALA DE CREENCIAS**

<b>FACTOR 1: Creencias positivas del psiquiatra</b>		<b>varianza=17%</b>
<b>No.</b>	<b>Reactivo</b>	<b>carga factorial</b>
24	Los psiquiatras son indispensables para la sociedad.	.67
38	Los psiquiatras tratan siempre de ayudar a sus pacientes.	.67
19	Un psiquiatra es alguien que ayuda a resolver problemas.	.65
44	Los tratamientos psiquiátricos son muy eficaces.	.65
93	Los tratamientos para las enfermedades mentales son muy eficaces.	.62
105	Aunque mis problemas no sean graves, un psiquiatra podría ayudarme.	.54
113	Los psiquiatras mejoran a sus pacientes.	.47
<b>FACTOR 2: Creencias sobre la enfermedad mental</b>		<b>varianza=15.3%</b>
<b>No.</b>	<b>Reactivo</b>	<b>carga factorial</b>
62	Solo los locos necesitan ir al psiquiatra.	.73
36	Solo quienes tienen problemas mentales graves deben ir al psiquiatra.	.72
79	Los enfermos mentales casi siempre son retrasados mentales.	.64
91	Los enfermos mentales están locos.	.57
<b>FACTOR 3: Creencias negativas del psiquiatra</b>		<b>varianza= 7%</b>
<b>No.</b>	<b>Reactivo</b>	<b>carga factorial</b>
99	Los psiquiatras dan medicinas que atontan a la gente.	.71
65	Los psiquiatras abusan del control que tienen sobre sus pacientes.	.70
14	Los psiquiatras, en vez de curar, empeoran al paciente.	.51
70	Los tratamientos psiquiátricos son muy peligrosos.	.50
49	Los psiquiatras sólo buscan sacar dinero.	.48
<b>FACTOR 4: Creencias del enfermo mental</b>		<b>varianza= 5.9%</b>
<b>No.</b>	<b>Reactivo</b>	<b>carga factorial</b>
95	Los enfermos mentales son violentos.	.75
18	Los enfermos mentales son peligrosos.	.67
26	Los enfermos mentales terminan cometiendo delitos.	.65

Como se aprecia, se encontraron cuatro factores conceptual y estadísticamente congruentes. El primero reúne 7 reactivos correspondientes todos a enunciados de carácter positivo en relación con el psiquiatra y los tratamientos psiquiátricos. El segundo factor se integra por cuatro reactivos que hacen referencia a las características de la enfermedad mental. El tercero se constituyó por 5 reactivos correspondientes a características negativas en torno a los psiquiatras y los tratamientos psiquiátricos, y el cuarto incluyó 3 reactivos con descripciones de las características de los enfermos mentales.

### Análisis factorial de la escala de actitudes.

Los 20 reactivos seleccionados para esta escala se sometieron al análisis factorial de componentes principales, con rotación varimax. Se encontraron 4 factores con valores Eigen superiores a 1.0, que explicaron el 42.3% de la varianza total de la escala. En la TABLA 3 se reportan reactivos correspondientes a cada uno de los factores obtenidos, con sus correspondientes cargas factoriales.

**TABLA 3: ANÁLISIS FACTORIAL DE LA ESCALA DE ACTITUDES**

<b>FACTOR 1: Actitudes hacia el psiquiatra.</b>		<b>varianza=16.5%</b>
<b>No.</b>	<b>Reactivo</b>	<b>carga factorial</b>
102	Los psiquiatras me agradan.	.78
92	Los psiquiatras me inspiran confianza.	.76
71	Los psiquiatras me inspiran respeto.	.72
56	Admiro a los psiquiatras.	.71
5	Los psiquiatras me caen bien.	.49
<b>FACTOR 2: Actitudes negativas en general.</b>		<b>varianza=11.9%</b>
<b>No.</b>	<b>Reactivo</b>	<b>carga factorial</b>
37	Me da miedo cuando veo a un enfermo mental.	.62
47	Si fuera con un psiquiatra, preferiría que nadie lo supiera	.59
25	Los psiquiatras me ponen nervioso.	.55
50	Los enfermos mentales me dan lástima.	.47
35	Si llegara a tener una enfermedad mental, me sentiría culpable.	.47
33	Me avergonzaría necesitar un tratamiento psiquiátrico.	.46
7	Me molesta la presencia de un enfermo mental.	.46
41	Si un familiar tuviera una enf. m., no me gustaría que lo atendiera un psiquiatra.	.37
<b>FACTOR 3: Actitudes hacia el enfermo mental.</b>		<b>varianza=8.3%</b>
<b>No.</b>	<b>Reactivo</b>	<b>carga factorial</b>
39	Me preocupa la suerte de los enfermos mentales.	.68
23	Los enfermos mentales no me interesan.	.66
29	Las enfermedades mentales no me interesan	.65
69	Me interesan mucho las enfermedades mentales.	.49
<b>FACTOR 4: Actitudes hacia la enfermedad mental.</b>		<b>varianza=5.5%</b>
<b>No.</b>	<b>Reactivo</b>	<b>carga factorial</b>
106	Me da miedo pensar en la posibilidad de padecer una enfermedad mental.	.76
52	La posibilidad de padecer una enfermedad mental me parece terrible.	.70
94	Me desagrada pensar en las enfermedades mentales.	.63

En este caso también se encontraron cuatro factores conceptual y estadísticamente congruentes. El primero reúne 5 reactivos correspondientes todos a actitudes hacia los psiquiatras. El segundo factor se integra por 8 reactivos que hacen referencia a las actitudes negativas hacia los tres objetos de actitud: el psiquiatra, la enfermedad mental y el enfermo mental. El tercero se constituyó por 4 reactivos correspondientes a las actitudes hacia los enfermos mentales y el cuarto incluyó 3 reactivos que evalúan actitudes en torno a la enfermedad mental.

#### **Análisis factorial de la escala intenciones conductuales.**

Por el reducido número de reactivos conservados, se decidió manejar por separado los reactivos correspondientes a cada uno de los tres objetos de intención.

#### **Intenciones hacia el psiquiatra**

Los tres reactivos correspondientes a esta escala se sometieron al análisis factorial de componentes principales, con rotación varimax. Se integraron en un factor con valor Eigen superior a 1.0, que explicó el 44.2% de la varianza total. En la TABLA 4 se reportan los reactivos correspondientes al factor obtenido, así como sus cargas factoriales.

**TABLA 4: ANÁLISIS FACTORIAL ESCALA DE INTENCIONES HACIA EL PSIQUIATRA**

<b>FACTOR ÚNICO: Intenciones hacia el psiquiatra</b>		<b>varianza 44.2%</b>
<b>No.</b>	<b>Reactivo</b>	<b>carga factorial</b>
119	No iría al psiquiatra, aunque tuviera problemas mentales.	.81
11	Si conociera a un enfermo mental, le recomendaría que no fuera al psiquiatra.	.63
73	Si estuviera mal de los nervios, no dudaría en ir al psiquiatra	.53

#### **Intenciones hacia la enfermedad mental**

Se conservó sólo un reactivo correspondiente a esta escala, por lo que se le consideró como indicador aislado de la intención conductual hacia la enfermedad mental.

<b>No.</b>	<b>Reactivo</b>
48	Si llegara a padecer una enfermedad mental, no sabría que hacer.

#### **Intenciones hacia el enfermo mental**

Los seis reactivos correspondientes a esta escala se sometieron al análisis factorial de componentes principales, con rotación varimax. Se seleccionaron 4 de los 6 reactivos iniciales, que conformaron 1 factor conceptualmente claro, con valor Eigen superior a 1.0, que explicó el 36.8% de la varianza total de la escala. En la TABLA 5 se reportan los reactivos correspondientes, con sus cargas factoriales.

**TABLA 5: ANÁLISIS FACTORIAL DE LA ESCALA INTENCIONES HACIA EL ENFERMO MENTAL**

<b>FACTOR ÚNICO: Intenciones hacia el enfermo mental</b>		<b>varianza=36.8%</b>
<b>No.</b>	<b>Reactivo</b>	<b>carga factorial</b>
83	No aceptaría como vecino a un enfermo mental.	.68
104	Sería amigo de un enfermo mental.	.67
45	Prefiero evitar cualquier trato con un enfermo mental.	.54
117	No me molestaría tener como compañero de trabajo a un enfermo mental.	.52

## CONFIABILIDAD

A continuación se procedió a evaluar la confiabilidad de las escalas y factores midiendo su consistencia interna por medio del alpha de Cronbach, como se reporta en la TABLA 6.

**TABLA 6: CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO**

<b>ESCALAS</b>	<b>Número de Reactivos</b>	<b>Alpha de Cronbach</b>
Escala General	47	.8460
Escala de Creencias	19	.7185
Factor 1. Creencias positivas sobre el psiquiatra	7	.7410
Factor 2. Creencias sobre la enfermedad mental	4	.6640
Factor 3. Creencias negativas sobre el psiquiatra	5	.6045
Factor 4. Creencias sobre el enfermo mental	3	.5608
Escala de Actitudes	20	.7173
Factor 1. Actitudes hacia el psiquiatra	5	.7485
Factor 2. Actitudes negativas en general	8	.6204
Factor 3. Actitudes hacia el enfermo mental	4	.5789
Factor 4. Actitudes hacia la enfermedad mental	3	.5517
Escala de Intenciones Conductuales	8	.4151
Intenciones hacia el psiquiatra	3	.3466
Intenciones hacia la enfermedad mental	1	
Intenciones hacia el enfermo mental	4	.4138

Como puede apreciarse, solo resultó satisfactoria ( $\alpha > .70$ ) la confiabilidad de la escala general y las correspondientes a las creencias, las creencias positivas sobre el psiquiatra, las actitudes y las actitudes hacia el psiquiatra. Las escalas correspondientes a las creencias sobre la enfermedad mental, las creencias negativas sobre el psiquiatra y las actitudes negativas en general tuvieron una confiabilidad apenas aceptable ( $\alpha > .60$ ) y las otras escalas obtuvieron índices bajos de confiabilidad. Esta situación, como puede apreciarse, se explica directamente por el número de reactivos considerados en cada escala, ya que, como señalan Nunnally y Bernstein, (1995), la confiabilidad está relacionada de manera directa con la cantidad de reactivos en una prueba, lo cual explica que los índices más bajos en términos generales corresponden a las escalas integradas por menos reactivos. Esta situación plantea una limitación que será considerada en lo sucesivo para la interpretación de los resultados que se obtengan.

## COMPARACIONES ENTRE GRUPOS

Posteriormente se efectuaron pruebas t de student y anova para comparar a los grupos integrados por cada uno de los estratos de la muestra, a fin de detectar las posibles diferencias asociadas con características sociodemográficas y otras variables investigadas.

### Género

Con relación al género, se encontraron diferencias significativas en las creencias positivas sobre el psiquiatra y sobre el enfermo mental, en las actitudes hacia el psiquiatra, el enfermo mental y la enfermedad mental (TABLA 7). Como se aprecia, las diferencias más importantes se registraron en torno a las actitudes hacia la enfermedad mental y las creencias sobre el enfermo mental, resultando ambas más negativas en el caso de las mujeres.

TABLA 7: DIFERENCIAS POR GENERO \*

ESCALAS	Masculino σ (X)	Femenino σ (X)	Valor T	Significancia
Escala general	3.4605	3.4384	1.18	no sign.
Creencias	3.4453	3.4261	1.01	no sign.
Creencias positivas sobre el psiquiatra	3.5349	3.6203	1.95	p<.05
Creencias sobre la enfermedad mental	3.7366	3.7304	0.12	no sign.
Creencias negativas sobre el psiquiatra	3.4297	3.3897	0.91	no sign.
Creencias sobre el enfermo mental	3.2319	3.0807	2.72	p<.007
Actitudes	3.4894	3.4662	0.99	no sign.
Actitudes hacia el psiquiatra	3.5008	3.6020	2.13	p<.03
Actitudes negativas en general	3.8021	3.7485	1.50	no sign.
Actitudes hacia el enfermo mental	3.5237	3.6222	2.12	p<.03
Actitudes hacia la enfermedad mental	2.9991	2.7889	3.71	p<.000
Intenciones conductuales	3.4455	3.4117	1.17	no sign.
Intenciones hacia el psiquiatra	3.8201	3.8484	0.61	no sign.
Intenciones hacia la enfermedad mental	3.3274	3.2665	0.80	no sign.
Intenciones hacia el enfermo mental	3.6125	3.5813	0.75	no sign.
Conducta	1.0230	1.2445	1.53	no sign.

\* Prueba T de Student

## Nivel socioeconómico

Con relación al nivel socioeconómico de los sujetos, las diferencias encontradas entre los grupos sólo fueron significativas en el caso de las creencias sobre el psiquiatra y sobre la enfermedad mental, así como en la escala de actitudes y en particular en las actitudes hacia el psiquiatra, siendo en todos estos casos más positivas en el nivel socioeconómico bajo. Como se aprecia en la TABLA 8, al observar las medias obtenidas por cada grupo, aún en estos casos las diferencias son mínimas.

TABLA 8: DIFERENCIAS POR NIVEL SOCIOECONÓMICO \*

ESCALAS	Medio (X)	Bajo (X)	Valor T	Significancia
Escala general	3.4390	3.4593	1.08	no sign.
Creencias	3.4373	3.4337	0.19	no sign.
Creencias positivas sobre el psiquiatra	3.5282	3.6289	2.30	p<.02
Creencias sobre la enfermedad mental	3.7863	3.6806	2.10	p<.03
Creencias negativas sobre el psiquiatra	3.3850	3.4335	1.11	no sign.
Creencias sobre el enfermo mental	3.2000	3.1092	1.63	no sign.
Actitudes	3.4509	3.5041	2.29	p<.02
Actitudes hacia el psiquiatra	3.4770	3.6280	3.18	p<.002
Actitudes negativas en general	3.7853	3.7641	0.59	no sign.
Actitudes hacia el enfermo mental	3.5419	3.6063	1.38	no sign.
Actitudes hacia la enfermedad mental	2.9033	2.8800	0.41	no sign.
Intenciones conductuales	3.4100	3.4465	1.26	no sign.
Intenciones hacia el psiquiatra	3.7992	3.8700	1.53	no sign.
Intenciones hacia la enfermedad mental	3.3675	3.2250	1.88	no sign.
Intenciones hacia el enfermo mental	3.5819	3.6113	0.70	no sign.
Conducta	1.0750	1.1975	0.84	no sign.

\* Prueba T de Student

## Edad

En cuanto a la edad de los sujetos, se encontraron diferencias significativas entre los 4 grupos establecidos, en todas las escalas y factores, con excepción de las creencias positivas sobre el psiquiatra, las actitudes hacia el psiquiatra, las intenciones hacia la enfermedad mental y la conducta reportada (TABLA 9). En términos generales, se aprecia una tendencia hacia creencias más positivas y actitudes e intenciones más favorables, conforme menor la edad; este fue el caso de la escala total, las creencias sobre la enfermedad mental y sobre el enfermo mental, la escala total de actitudes y las actitudes hacia la enfermedad mental, la escala total de intenciones conductuales y las intenciones hacia el enfermo mental.

Las creencias en general resultaron más positivas en el grupo de 25 a 34 años, disminuyendo paulatinamente la media en el grupo de 18 a 24, de 35 a 44 y de 45 a 60. El mismo patrón se aprecia en las actitudes negativas en general y en las intenciones conductuales respecto al psiquiatra. Las creencias negativas sobre el psiquiatra, al igual que las actitudes hacia el enfermo mental, fueron menos negativas en el grupo de 18 a 24 años, volviéndose más negativas al aumentar la edad hasta el grupo de 35 a 44 años, experimentando un ligero retroceso en el grupo de edad más avanzada.

**TABLA 9: DIFERENCIAS POR GRUPOS DE EDAD \***

ESCALAS	18-24	25-34	35-44	45-60	Diferencia
Escala general	3.5054	3.4877	3.4116	3.3866	F= 9.6861 p<.000
Creencias	3.4819	3.4901	3.3973	3.3668	F=10.8415 p<.000
Creencias positivas sobre el psiquiatra	3.5686	3.6111	3.5536	3.5805	F= 0.3140 no sign.
Creencias sobre la enfermedad mental	3.8317	3.8220	3.6888	3.5789	F= 5.6986 p<.001
Creencias negativas sobre el psiquiatra	3.5278	3.4683	3.2980	3.3347	F= 6.3203 p<.000
Creencias sobre el enfermo mental	3.2862	3.2732	3.0750	2.9684	F= 7.8265 p<.000
Actitudes	3.5377	3.4925	3.4420	3.4339	F= 4.3673 p<.005
Actitudes hacia el psiquiatra	3.5112	3.5659	3.5390	3.5968	F= 0.5822 no sign.
Actitudes negativas en general	3.8293	3.8305	3.7400	3.6921	F= 3.6728 p<.01
Actitudes hacia el enfermo mental	3.6524	3.6146	3.4875	3.5368	F= 2.5816 p<.05
Actitudes hacia la enfermedad mental	3.0276	2.8813	2.8533	2.7965	F= 3.0062 p<.03
Intenciones conductuales	3.5220	3.4600	3.3870	3.3363	F= 8.1170 p<.000
Intenciones hacia el psiquiatra	3.8976	3.9171	3.7800	3.7351	F= 3.6657 p<.01
Intenciones hacia la enfermedad mental	3.2829	3.4244	3.2550	3.2158	F= 1.4439 no sign.
Intenciones hacia el enfermo mental	3.6976	3.6171	3.5650	3.4987	F= 4.0655 p<.007
Conducta	0.8976	1.1951	1.2350	1.2263	F= 1.2548 no sign.

\* ANOVA

## Escolaridad

Con relación a la escolaridad, reclasificada en 5 grupos, también se encontraron diferencias significativas entre los grupos, en casi todas las escalas, con excepción de las correspondientes a las actitudes hacia los enfermos mentales, las intenciones hacia el psiquiatra y la conducta reportada (TABLA 10) En términos generales, las diferencias apuntaron en el sentido de manifestaciones más positivas conforme mayor la escolaridad, hasta el nivel de preparatoria, retrocediendo ligeramente la media en el grupo correspondiente a estudios profesionales. Este es el caso de las creencias en general, de las creencias sobre la enfermedad mental, las creencias negativas sobre el psiquiatra y las creencias sobre el enfermo mental, de las actitudes negativas en general y de las intenciones hacia el psiquiatra. En la escala general, las diferencias por grupos tuvieron un comportamiento irregular, con las manifestaciones más positivas en el nivel de preparatoria, seguidas por los grupos de secundaria y profesional; las manifestaciones menos favorables se dieron en los dos grupos de menor escolaridad. En el caso de las creencias positivas sobre el psiquiatra y de las actitudes hacia el mismo, el acuerdo disminuyó progresivamente conforme aumentó la escolaridad.

La escala total de actitudes mostró que estas son más positivas en el grupo con preparatoria, seguido por quienes concluyeron la secundaria y después por aquéllos sin estudios. Las menos positivas fueron reportadas por los que concluyeron estudios de primaria, seguidas por el grupo de profesional. Un comportamiento similar se dio en la escala de intenciones conductuales en general. Las escalas restantes tuvieron un comportamiento aún más irregular, pero manteniendo cierta tendencia global a manifestaciones más positivas en niveles de mayor escolaridad, con excepción de las actitudes hacia el enfermo mental, caso en que el mayor acuerdo surgió del grupo sin ninguna escolaridad y el menor en el grupo de profesional.

TABLA 10: DIFERENCIAS POR ESCOLARIDAD\*

ESCALAS	Sin	Prim.	Secun.	Prep./ Técnica	Profes.	Diferencias
Escala general	3.3532	3.3455	3.4628	3.5033	3.4367	F= 8.6290 p<.000
Creencias	3.2776	3.3080	3.4417	3.4995	3.4409	F=13.7494 p<.000
C. positivas sobre el psiquiatra	3.7455	3.6563	3.6391	3.5689	3.4337	F= 3.8102 p<.005
C. sobre la enfermedad mental	3.1250	3.3844	3.7299	3.9339	3.7590	F=19.5524 p<.000
C. negativas sobre el psiquiatra	3.2500	3.2755	3.4445	3.4707	3.3843	F= 2.7071 p<.03
C. sobre el enfermo mental	2.6146	2.7579	3.1738	3.3274	3.2108	F=14.9660 p<.000
Actitudes	3.4580	3.4180	3.4981	3.5142	3.4445	F= 2.4109 p<.05
Act. hacia el psiquiatra	3.8000	3.6736	3.6038	3.5236	3.4229	F= 3.9642 p<.003
Act. negativas en general	3.5625	3.6309	3.7826	3.8295	3.8276	F= 4.9725 p<.001
Act. hacia el enfermo mental	3.6953	3.5307	3.5758	3.6375	3.4910	F= 1.6966 no sign.
Act. hacia la enfermedad mental	2.6563	2.6730	2.9589	2.9226	2.9337	F= 3.2528 p<.01
Intenciones conductuales	3.4031	3.3047	3.4578	3.4875	3.3904	F= 4.7082 p<.001
Int. hacia el psiquiatra	3.7500	3.8491	3.8215	3.8905	3.7791	F= 0.9717 no sign.
Int. hacia la enfermedad mental	3.1875	2.9811	3.2986	3.3714	3.4036	F= 3.1644 p<.01
Int. hacia el enfermo mental	3.5313	3.3514	3.6268	3.6938	3.5828	F= 7.0083 p<.000
Conducta	1.5313	1.0094	.9573	1.3429	1.0181	F= 1.6453 no sign.

\* ANOVA

## Ocupación

En cuanto a la ocupación, clasificada en 9 grupos, se encontraron diferencias significativas en la mayoría de las escalas, con excepción de las creencias positivas sobre el psiquiatra, las actitudes hacia el mismo, las actitudes hacia la enfermedad mental, las intenciones respecto al psiquiatra y la conducta reportada. En términos generales, las diferencias encontradas indican creencias, actitudes e intenciones más positivas en los grupos de ejecutivos, estudiantes, profesionistas y empleados, y las menos positivas entre los jubilados y obreros. (TABLA 11).

TABLA 11: DIFERENCIAS POR OCUPACIÓN\*

ESCALAS	ama de casa	estu- diante	jubi- lado	obrero	emplea- do	comer- ciante	ejecu- tivo	profe- sionista	otros	Diferencias
Escala general	3.4181	3.5235	3.3609	3.3572	3.4759	3.4471	3.5622	3.4679	3.4219	F=3.334 p<.001
Creencias	3.4048	3.4985	3.3556	3.3231	3.4627	3.4306	3.5546	3.4674	3.4142	F=3.051 p<.002
C. positivas sobre el psiquiatra	3.6489	3.5640	3.5946	3.6522	3.5065	3.5687	3.6429	3.5154	3.5111	F=0.911 no sign
C. sobre la enfermedad mental	3.6606	3.9167	3.5270	3.7174	3.8273	3.6442	3.8036	3.7975	3.6278	F=2.572 p<.009
C. negativas sobre el psiquiatra	3.3662	3.5674	3.3297	3.3217	3.4273	3.3115	3.5429	3.4633	3.3178	F=1.988 p<.04
C. sobre el enfermo mental	3.0000	3.3556	3.0631	3.5217	3.2273	3.2372	3.4762	3.2658	3.2148	F=5.192 p<.000
Actitudes	3.4512	3.5586	3.3877	3.4103	3.5048	3.4760	3.5670	3.4798	3.4378	F=2.107 p<.03
Act. hacia el psiquiatra	3.6392	3.5244	3.5568	3.5217	3.5073	3.4615	3.6000	3.4886	3.5067	F=0.901 no sign
Act. negativas en general	3.7048	3.8537	3.6655	3.4783	3.8648	3.7788	3.9018	3.8497	3.7806	F=3.069 p<.002
Act. hacia el enfermo mental	3.6202	3.7667	3.5270	3.3804	3.5159	3.5433	3.5714	3.5000	3.3750	F=3.200 p<.001
Act. hacia la enfermedad mental	2.7859	3.0025	2.7568	3.0435	2.8909	2.9167	3.1190	2.9705	2.9296	F=1.377 no sign
Intenciones conductuales	3.3796	3.5393	3.3027	3.3609	3.4500	3.4385	3.5857	3.4329	3.4100	F=2.593 p<.008
Int. hacia el psiquiatra	3.8128	3.9481	3.6216	3.7391	3.8394	3.8205	3.8810	3.8186	3.8481	F=1.114 no sign
Int. hacia la enfermedad mental	3.1808	3.3185	3.2432	3.5652	3.3909	3.4038	3.6429	3.5823	3.0667	F=2.175 p<.02
Int. hacia el enfermo mental	3.5327	3.7019	3.4595	3.3913	3.6523	3.6010	3.8036	3.5981	3.6278	F=1.903 p<.05
Conducta	1.1038	1.2667	1.4324	0.7391	1.0545	0.9808	0.7857	1.4557	0.9778	F=0.693 no sign

\* ANOVA

## Experiencias

Posteriormente se analizaron las respuestas de la sección relativa a las experiencias con los objetos de actitud; de la muestra total, 266 personas (33%) manifestaron haber padecido algún tipo de problemas emocionales o nerviosos y de éstos, el 55% dijo haber buscado ayuda para ellos. Al preguntar con quién han buscado ayuda, 53% hicieron referencia a especialistas de la salud mental (psiquiatra, psicólogo, psicoanalista), 21% con médicos generales o de otras especialidades, 17% con familiares y amigos, 3% con grupos de autoayuda, 3% buscó apoyo en la religión y 2% con otros (medicina alternativa, guías espirituales) (FIGURA 6).

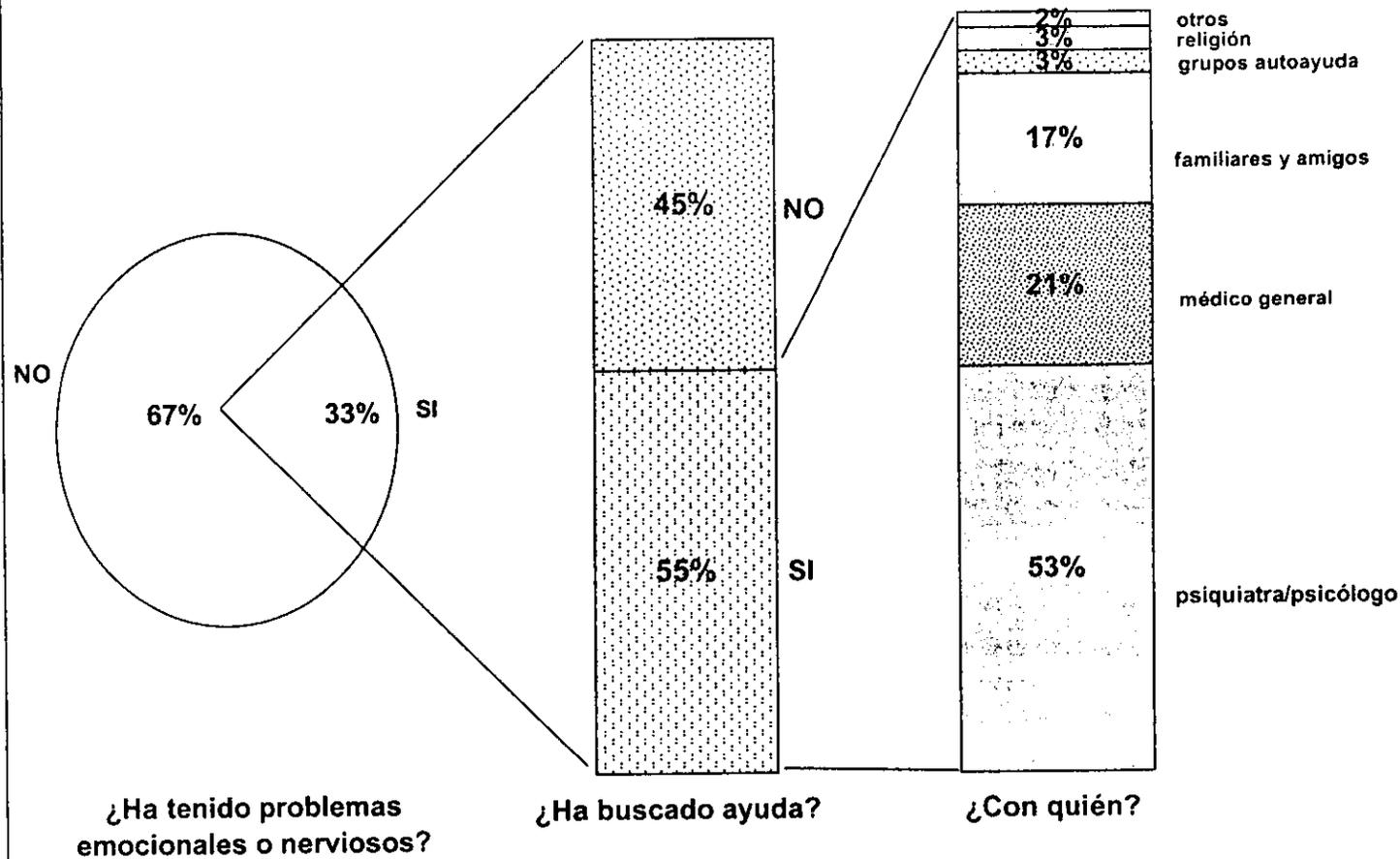
De los 147 sujetos que dijeron que sí habían buscado ayuda, 50 dijeron que era porque deseaban curarse de los nervios, 34 porque necesitaban ayuda y orientación, 15 por problemas emocionales, 15 mencionaron problemas específicos de salud mental, 14 para sentirse mejor, 13 para resolver problemas, 4 para desahogarse y los restantes por otras causas diversas, en tanto que de los 119 que no buscaron ayuda, destacan como causas: que no lo consideraron necesario (85), por ignorancia (4), por problemas económicos (3), por desconfianza (3) y otras (FIGURA 7).

Por otra parte, 162 sujetos (20.3%) tuvieron contacto con la enfermedad mental de algún familiar o amigo, de los cuales 123 sí habían buscado ayuda y 18 no; en cuanto a los motivos para ello destacan, cuando sí han buscado ayuda, la necesidad de ayuda y orientación (26.6%), para sentirse mejor y curarse (27.3%), y por problemas específicos de salud mental (12.2%), y cuando no la han buscado, los problemas económicos, la desconfianza, o la creencia de que los problemas pueden resolverse solos o no tienen remedio. En este grupo de quienes sí habían buscado ayuda, el 82.4% acudió con diversos especialistas en salud mental, y el resto con familiares o amigos, otros médicos e instituciones de educación especial, entre otros.

Figura 6

# EXPERIENCIA PERSONAL

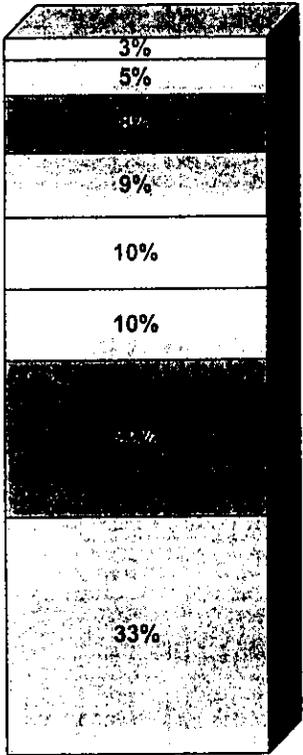
## Problemas emocionales o nerviosos



# BÚSQUEDA DE AYUDA

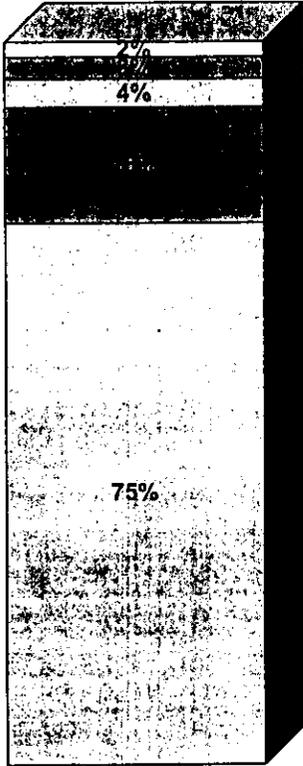
## Motivos Principales

Figura 7



- desahogarse
- otros
- resolver problemas
- sentirse mejor
- enfermedad mental
- problemas emocionales
- ayuda y orientación
- curar los nervios

Sí buscó ayuda



- desconfianza
- problemas economicos
- ignorancia
- otros
- no fue necesario

No buscó ayuda

A continuación se analizaron, por medio de la prueba t de Student, las diferencias en términos de creencias, actitudes e intenciones conductuales, entre quienes manifestaron haber o no haber tenido experiencias en la materia (TABLAS 12 a 16).

Se encontraron diferencias significativas entre los sujetos que manifestaron haber tenido problemas emocionales y los que no, tanto en la escala general, como en la de creencias, en particular en la de creencias sobre la enfermedad mental, pero no en la de actitudes y la de intenciones conductuales. A nivel específico, solo resultaron significativas las diferencias en el caso de las actitudes hacia el psiquiatra y hacia el enfermo mental, así como las intenciones hacia el psiquiatra, siendo estas más positivas entre quienes manifestaron que sí habían tenido problemas emocionales o mentales.

**TABLA 12: ¿HA TENIDO PROBLEMAS EMOCIONALES O NERVIOSOS?\***

ESCALAS	Si X	No X	Valor T	Significancia
Escala general	3.4767	3.4355	T = 2.08	p < .03
Creencias	3.4662	3.4202	T = 2.30	p < .02
Creencias positivas sobre el psiquiatra	3.6273	3.5543	T = 1.57	no sign.
Creencias sobre la enfermedad mental	3.8167	3.6919	T = 2.34	p < .019
Creencias negativas sobre el psiquiatra	3.4361	3.3959	T = 0.87	no sign.
Creencias sobre el enfermo mental	3.1566	3.1536	T = 0.05	no sign.
Actitudes	3.4975	3.4676	T = 1.21	no sign.
Actitudes hacia el psiquiatra	3.6383	3.5097	T = 2.55	p < .011
Actitudes negativas en general	3.7904	3.7669	T = 0.62	no sign.
Actitudes hacia el enfermo mental	3.6400	3.5412	T = 2.00	p < .046
Actitudes hacia la enfermedad mental	2.8296	2.9226	T = 1.54	no sign.
Intenciones conductuales	3.4635	3.4107	T = 1.73	no sign.
Intenciones hacia el psiquiatra	3.9311	3.7865	T = 2.95	p < .003
Intenciones hacia la enfermedad mental	3.2594	3.3146	T = 0.69	no sign.
Intenciones hacia el enfermo mental	3.6137	3.5880	T = 0.58	no sign.

\* Prueba T de student

Entre los que dijeron haber buscado ayuda para ellos, las actitudes fueron más positivas que entre los que no, con diferencias significativas en la escala general, en todas las de creencias con excepción de aquellas sobre el enfermo mental, en las de actitudes con excepción de las actitudes negativas en general, y en las de intenciones conductuales en general y hacia el psiquiatra.

**TABLA 13: ¿HA BUSCADO AYUDA PARA ELLOS?\***

ESCALAS	SI X	No X	Valor T	Significancia
Escala general	3.5145	3.4345	T = 3.33	p<.02
Creencias	3.5019	3.4205	T = 3.36	p<.001
Creencias positivas sobre el psiquiatra	3.7298	3.5445	T = 3.29	p<.001
Creencias sobre la enfermedad mental	3.8486	3.7075	T = 2.18	p<.030
Creencias negativas sobre el psiquiatra	3.5143	3.3856	T = 2.28	p<.023
Creencias sobre el enfermo mental	3.1567	3.1451	T = 0.16	no sign.
Actitudes	3.5383	3.4639	T = 2.48	p<.03
Actitudes hacia el psiquiatra	3.7333	3.5118	T = 3.62	p<.000
Actitudes negativas en general	3.8342	3.7613	T = 1.58	no sign.
Actitudes hacia el enfermo mental	3.7262	3.5398	T = 3.11	p<.002
Actitudes hacia la enfermedad mental	2.7710	2.9188	T = 2.01	p<.045
Intenciones conductuales	3.5027	3.4115	T = 2.46	p<.01
Intenciones hacia el psiquiatra	3.9796	3.8019	T = 2.98	p<.003
Intenciones hacia la enfermedad mental	3.3878	3.2757	T = 1.15	no sign.
Intenciones hacia el enfermo mental	3.6480	3.5850	T = 1.17	no sign.

\* Prueba T de student

Así mismo, las diferencias fueron significativas entre quienes habían tenido contacto anterior con un psiquiatra o psicólogo y quienes no, en la mayoría de las escalas, con actitudes más favorables por parte de los primeros.

**TABLA 14: ¿HA IDO ALGUNA VEZ CON UN PSICÓLOGO O PSIQUIATRA?\***

ESCALAS	SI X	No X	Valor T	Significancia
Escala general	3.5316	3.4344	T = 3.76	p<.000
Creencias	3.5170	3.4208	T = 3.69	p<.000
Creencias positivas sobre el psiquiatra	3.6780	3.5607	T = 1.93	p<.054
Creencias sobre la enfermedad mental	3.9242	3.6991	T = 3.23	p<.001
Creencias negativas sobre el psiquiatra	3.5475	3.3844	T = 2.69	p<.007
Creencias sobre el enfermo mental	3.3333	3.1224	T = 2.73	p<.007
Actitudes	3.5548	3.4636	T = 2.83	p<.005
Actitudes hacia el psiquiatra	3.7098	3.5242	T = 2.81	p<.005
Actitudes negativas en general	3.8893	3.7541	T = 2.73	p<.006
Actitudes hacia el enfermo mental	3.6619	3.5583	T = 1.60	no sign.
Actitudes hacia la enfermedad mental	2.9317	2.8845	T = 0.59	no sign.
Intenciones conductuales	3.5311	3.4097	T = 3.04	p<.002
Intenciones hacia el psiquiatra	3.9836	3.8078	T = 2.74	p<.006
Intenciones hacia la enfermedad mental	3.5000	3.2596	T = 2.29	p<.023
Intenciones hacia el enfermo mental	3.6947	3.5789	T = 2.00	p<.046

\* Prueba T de student

También se encontraron diferencias significativas entre quienes manifestaron tener algún conocido o familiar que padece una enfermedad mental y quienes no, en la escala total, en la de creencias, en la de actitudes, en la de intenciones y en la conducta reportada.

Entre los factores de creencias, la diferencia sólo fue significativa en las positivas sobre el psiquiatra; en los de actitudes, las actitudes hacia el psiquiatra y hacia el enfermo mental, así como en las intenciones con respecto a este último. Las manifestaciones en todos los casos fueron más positivas entre quienes sí tienen algún conocido que padece una enfermedad mental (TABLA 15).

**TABLA 15: ¿ALGÚN FAMILIAR HA TENIDO UNA ENFERMEDAD MENTAL?\***

ESCALAS	Si X	No X	Valor T	Significancia
Escala general	3.5043	3.4352	T = 2.98	p<.003
Creencias	3.4710	3.4265	T = 1.89	p<.059
Creencias positivas sobre el psiquiatra	3.6914	3.5499	T = 2.60	p<.009
Creencias sobre la enfermedad mental	3.8025	3.7159	T = 1.38	no sign.
Creencias negativas sobre el psiquiatra	3.3654	3.4204	T = 1.01	no sign.
Creencias sobre el enfermo mental	3.1811	3.1479	T = 0.48	no sign.
Actitudes	3.5588	3.4569	T = 3.55	p<.000
Actitudes hacia el psiquiatra	3.6790	3.5204	T = 2.68	p<.007
Actitudes negativas en general	3.8380	3.7586	T = 1.79	no sign.
Actitudes hacia el enfermo mental	3.6867	3.5455	T = 2.44	p<.015
Actitudes hacia la enfermedad mental	2.9856	2.8678	T = 1.66	no sign.
Intenciones conductuales	3.5000	3.4100	T = 2.51	p<.01
Intenciones hacia el psiquiatra	3.8724	3.8250	T = 0.82	no sign.
Intenciones hacia la enfermedad mental	3.3889	3.2727	T = 1.23	no sign.
Intenciones hacia el enfermo mental	3.6759	3.5764	T = 1.92	p<.055

\* Prueba T de student

Con el objeto de efectuar una comparación global se integró una escala dicotómica a partir de los reactivos correspondientes las experiencias, correspondiendo el valor 0 a quienes no habían tenido ninguna experiencia y el 1 a quienes tuvieron una o más (ver ANEXO 3).

A nivel de la escala global de experiencias, las diferencias resultaron significativas en todos los casos, con excepción de las creencias negativas sobre el psiquiatra y las actitudes hacia la enfermedad mental, con manifestaciones más positivas por parte de quienes reportaron haber tenido algún tipo de experiencia en relación con los tópicos investigados (TABLA 16).

**TABLA 16: DIFERENCIAS ENTRE GRUPOS SEGÚN EXPERIENCIAS \***

ESCALAS	Si X	No X	Valor T	Significancia
Escala general	3.5106	3.4147	T = 4.33	p<.000
Creencias	3.4843	3.4265	T = 3.39	p<.001
Creencias positivas sobre el psiquiatra	3.6647	3.5419	T = 2.57	p<.010
Creencias sobre la enfermedad mental	3.8766	3.6725	T = 3.74	p<.000
Creencias negativas sobre el psiquiatra	3.4485	3.3925	T = 1.17	no sign.
Creencias sobre el enfermo mental	3.2385	3.1188	T = 1.96	p<.05
Actitudes	3.5553	3.4444	T = 4.41	p<.000
Actitudes hacia el psiquiatra	3.6770	3.4995	T = 3.43	p<.001
Actitudes negativas en general	3.8645	3.7364	T = 3.30	p<.001
Actitudes hacia el enfermo mental	3.6789	3.5294	T = 2.94	p<.003
Actitudes hacia la enfermedad mental	2.9512	2.8663	T = 1.36	no sign.
Intenciones conductuales	3.5021	3.3968	T = 3.36	p<.001
Intenciones hacia el psiquiatra	3.9247	3.7962	T = 2.54	p<.011
Intenciones hacia la enfermedad mental	3.4351	3.2371	T = 2.40	p<.017
Intenciones hacia el enfermo mental	3.6789	3.5615	T = 2.58	p<.01
Conducta	2.5900	0.5169	T = 14.72	p<.000

\* Prueba T de student

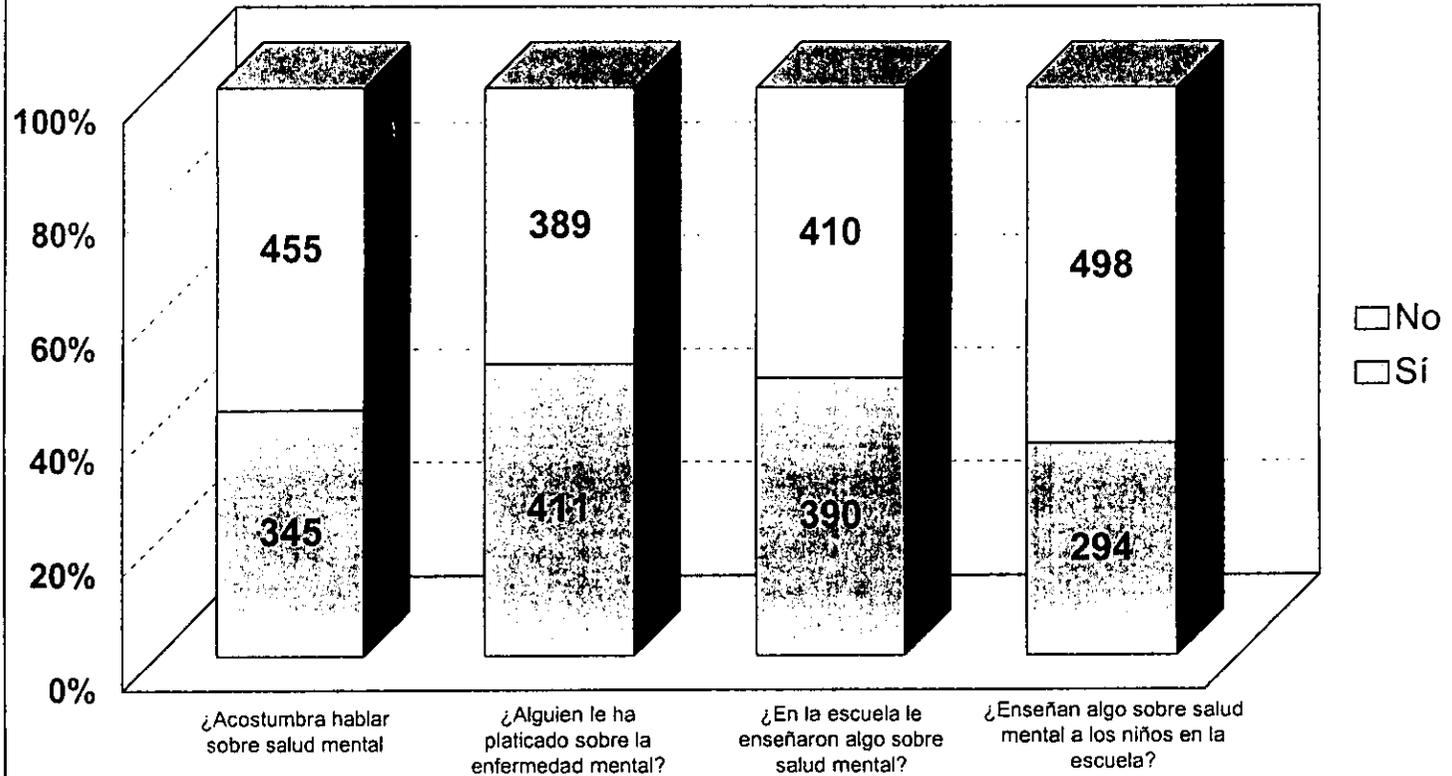
### Agentes de socialización

Con respecto a las probables fuentes de información sobre salud y enfermedad mental, se indagó sobre las tres principales fuentes en el proceso de socialización: la familia o los amigos, la escuela y los medios de comunicación.

Más del 40% de la muestra afirmó que acostumbra hablar sobre salud mental y un 51.4% informó haber platicado con otras personas sobre las enfermedades mentales (FIGURA 8). A partir de los reactivos relacionados con este tema se integró una escala de tres niveles, correspondientes a la apreciación personal de la cantidad de información recibida de esta forma, tal como se reporta en la TABLA 17.

Figura 8

## FUENTES DE INFORMACIÓN Vía Interpersonal



Las diferencias entre los grupos fueron significativas en la escala general, la de creencias, el factor de creencias acerca de la enfermedad mental, en las actitudes hacia el enfermo mental y hacia la enfermedad mental, en la escala de intenciones conductuales, el factor de intenciones hacia el enfermo mental y en la conducta reportada. Las diferencias en todos los casos fueron en un sentido positivo, esto es, hubo manifestaciones más favorables entre quienes recibieron mayor información por este medio (TABLA 17).

**TABLA 17: DIFERENCIAS POR INFORMACIÓN INTERPERSONAL PROVENIENTE DE LA FAMILIA \***

ESCALAS	Ninguna	Poca	bastante	Diferencias
Escala general	3.4212	3.4468	3.4834	F= 4.1388 p<.01
Creencias	3.4120	3.4284	3.4679	F= 3.3645 p<.03
Creencias positivas sobre el psiquiatra	3.5848	3.5368	3.6019	F= 0.6692 no sign.
Creencias sobre la enfermedad mental	3.6589	3.7748	3.7897	F= 2.9787 p<.05
Creencias negativas sobre el psiquiatra	3.3664	3.4287	3.4448	F= 1.3270 no sign.
Creencias sobre el enfermo mental	3.1007	3.1782	3.1998	F= 1.2904 no sign.
Actitudes	3.4523	3.4742	3.5093	F= 2.2480 no sign.
Actitudes hacia el psiquiatra	3.5321	3.5079	3.6087	F= 1.5504 no sign.
Actitudes negativas en general	3.7298	3.8045	3.8051	F= 2.1260 no sign.
Actitudes hacia el enfermo mental	3.5016	3.6795	3.5812	F= 4.5625 p<.01
Actitudes hacia la enfermedad mental	2.8806	2.7657	2.9964	F= 4.8728 p<.05
Intenciones conductuales	3.3682	3.4530	3.4798	F= 6.1248 p<.002
Intenciones hacia el psiquiatra	3.8235	3.7970	3.8748	F= 0.8988 no sign.
Intenciones hacia la enfermedad mental	3.1994	3.3020	3.4043	F= 2.7315 no sign.
Intenciones hacia el enfermo mental	3.5156	3.6436	3.6561	F= 5.1302 p<.05
Conducta	0.8879	1.2079	1.3718	F= 4.3240 p<.01

\* ANOVA

Con respecto a la educación formal en torno a la salud mental, 390 sujetos (48.8%) dijeron que en la escuela les habían enseñado algo sobre la salud mental y la enfermedad mental, y 294 (36.8%) afirmaron que actualmente se da información al respecto en las escuelas (FIGURA 8).

En este caso se integró una escala similar a la anterior, pero solo se encontraron diferencias significativas en el caso de las actitudes hacia la enfermedad mental (TABLA 18).

**TABLA 18: DIFERENCIAS POR INFORMACIÓN INTERPERSONAL PROVENIENTE DE LA ESCUELA \***

ESCALAS	Ninguna	Poca	bastante	Diferencias
Escala general	3.4456	3.4463	3.4602	F= 0.2010 no sign.
Creencias	3.4388	3.4309	3.4382	F= 0.0779 no sign.
Creencias positivas sobre el psiquiatra	3.6186	3.5359	3.5888	F= 1.4038 no sign.
Creencias sobre la enfermedad mental	3.7214	3.7368	3.7472	F= 0.8007 no sign.
Creencias negativas sobre el psiquiatra	3.4013	3.4012	3.4365	F= 0.2255 no sign.
Creencias sobre el enfermo mental	3.1156	3.1242	3.2726	F= 2.6289 no sign.
Actitudes	3.4637	3.4769	3.5014	F= 0.7378 no sign.
Actitudes hacia el psiquiatra	3.5589	3.5410	3.5624	F= 0.0797 no sign.
Actitudes negativas en general	3.7424	3.7915	3.7977	F= 0.9713 no sign.
Actitudes hacia el enfermo mental	3.5833	3.6126	3.4903	F= 2.0365 no sign.
Actitudes hacia la enfermedad mental	2.8496	2.8458	3.0424	F= 4.1132 p<.01
Intenciones conductuales	3.4222	3.4270	3.4403	F= 0.1128 no sign.
Intenciones hacia el psiquiatra	3.9046	3.7878	3.8029	F= 2.7339 no sign.
Intenciones hacia la enfermedad mental	3.2458	3.2888	3.3923	F= 1.0622 no sign.
Intenciones hacia el enfermo mental	3.5724	3.6141	3.6050	F= 0.4098 no sign.
Conducta	1.0909	1.1770	1.1381	F= 0.1354 no sign.

\* ANOVA

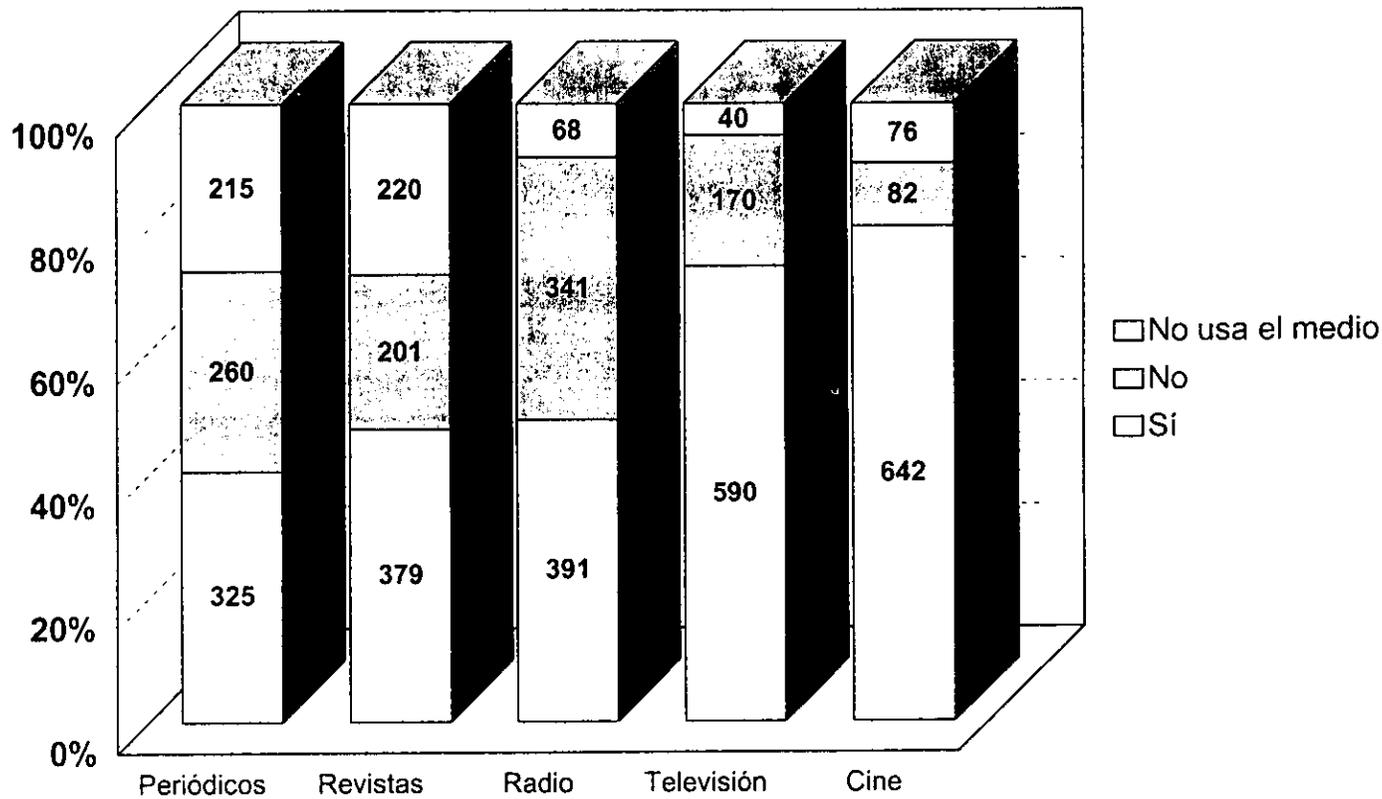
En cuanto a la información recibida a partir de los medios masivos de comunicación, entre el 70% y el 95% de los entrevistados afirmaron tener la costumbre de leer periódicos y revistas, escuchar la radio y ver televisión y cine, y entre el 40% y el 80% aseguraron haber recibido por tales medios información sobre el tema (FIGURA 9). Como se aprecia, en coincidencia con los niveles conocidos de penetración de los diversos medios, los porcentajes más elevados corresponden a la radio, la televisión y cine, con más de 90% de contacto, y en el caso de los últimos dos, 74% y 80% de la muestra afirman haber recibido información sobre el tema por estas vías.

Las diferencias en términos de recepción de información sobre salud mental por tales vías se reportan en las TABLAS 19 a 24. No se encontró ninguna diferencia relacionada con los periódicos, pero sí en relación con los otros cuatro medios investigados.

Figura 9

# MEDIOS MASIVOS DE COMUNICACIÓN

## ¿Ha recibido información sobre salud y enfermedad mental?



**TABLA 19: DIFERENCIAS EN RELACIÓN CON FUENTES DE INFORMACIÓN MASIVA\*  
PERIÓDICOS**

ESCALAS	si	no	Periódicos
Escala general	3.4548	3.4453	T = 0.50 no sign.
Creencias	3.4396	3.4327	T = 0.36 no sign.
Creencias positivas sobre el psiquiatra	3.6101	3.5570	T = 1.19 no sign.
Creencias sobre la enfermedad mental	3.5570	3.7416	T = 0.39 no sign.
Creencias negativas sobre el psiquiatra	3.4117	3.4117	T = 0.09 no sign.
Creencias sobre el enfermo mental	3.1190	3.1789	T = 1.05 no sign.
Actitudes	3.4876	3.4707	T = 0.71 no sign.
Actitudes hacia el psiquiatra	3.5926	3.5251	T = 1.39 no sign.
Actitudes negativas en general	3.7627	3.7829	T = 0.56 no sign.
Actitudes hacia el enfermo mental	3.5423	3.5958	T = 1.13 no sign.
Actitudes hacia la enfermedad mental	2.9569	2.8470	T = 1.90 no sign.
Intenciones conductuales	3.4277	3.4286	T = 0.03 no sign.
Intenciones hacia el psiquiatra	3.8421	3.8295	T = 0.27 no sign.
Intenciones hacia la enfermedad mental	3.2954	3.2968	T = 0.02 no sign.
Intenciones hacia el enfermo mental	3.5792	3.6084	T = 0.69 no sign.
Conducta	1.1908	1.0989	T = 0.62 no sign.

\* Prueba T de student

Para el caso de las revistas, las diferencias entre quienes sí habían recibido información sobre el tema y quienes no fueron significativas solamente en la escala general, en la de creencias, particularmente aquellas sobre la enfermedad mental y sobre el enfermo mental y en la de actitudes, específicamente en las negativas en general y hacia la enfermedad mental. Las diferencias se dirigieron hacia manifestaciones más positivas por parte de quienes sí habían estado expuestos a información sobre el tema por tal medio.

**TABLA 20: DIFERENCIAS EN RELACIÓN CON FUENTES DE INFORMACIÓN MASIVA\*  
REVISTAS**

ESCALAS	si	no	Diferencias
Escala general	3.4826	3.4191	T= 3.40 p<.001
Creencias	3.4673	3.4068	T= 3.21 p<.001
Creencias positivas sobre el psiquiatra	3.6031	3.5565	T = 1.06 no sign.
Creencias sobre la enfermedad mental	3.7988	3.6746	T = 2.47 p<.014
Creencias negativas sobre el psiquiatra	3.4348	3.3862	T = 1.11 no sign.
Creencias sobre el enfermo mental	3.2304	3.0863	T = 2.59 p<.010
Actitudes	3.5162	3.4428	T= 3.17 p<.002
Actitudes hacia el psiquiatra	3.5916	3.5173	T = 1.56 no sign.
Actitudes negativas en general	3.8107	3.7423	T = 1.92 p<.056
Actitudes hacia el enfermo mental	3.5983	3.5523	T = 0.98 no sign.
Actitudes hacia la enfermedad mental	2.9604	2.8298	T = 2.29 p<.022
Intenciones conductuales	3.4530	3.4059	T= 1.63 no sign.
Intenciones hacia el psiquiatra	3.8575	3.8139	T = 0.94 no sign.
Intenciones hacia la enfermedad mental	3.3351	3.2613	T = 0.97 no sign.
Intenciones hacia el enfermo mental	3.6253	3.5707	T = 1.31 no sign.
Conducta	1.2480	1.0356	T = 1.46 no sign.

\* Prueba T de student

En el caso de la radio las diferencias entre quienes sí habían recibido información sobre el tema y quienes no fueron significativas solamente en la escala general, en la de creencias sobre la enfermedad mental, en la de actitudes, específicamente en las negativas en general y hacia la enfermedad mental, y en la de intenciones conductuales, en particular con relación al enfermo mental.

Las diferencias, al igual que en el caso anterior, fueron en el sentido de manifestaciones más positivas por parte de quienes sí habían estado expuestos a información sobre el tema por tal medio.

**TABLA 21: DIFERENCIAS EN RELACIÓN CON FUENTES DE INFORMACIÓN MASIVA \*  
RADIO**

ESCALAS	...	Diferencias
Escala general	3.4756	3.4240 T = 2.76 p<.006
Creencias	3.4519	3.4198 T = 1.70 no sign.
Creencias positivas sobre el psiquiatra	3.5893	3.5683 T = 0.48 no sign.
Creencias sobre la enfermedad mental	3.8063	3.6638 T = 2.84 p<.005
Creencias negativas sobre el psiquiatra	3.4266	3.3927 T = 0.77 no sign.
Creencias sobre el enfermo mental	3.1867	3.1239 T = 1.12 no sign.
Actitudes	3.5133	3.4433 T = 3.02 p<.003
Actitudes hacia el psiquiatra	3.5801	3.5262 T = 1.13 no sign.
Actitudes negativas en general	3.8254	3.7262 T = 2.79 p<.005
Actitudes hacia el enfermo mental	3.5927	3.5562 T = 0.78 no sign.
Actitudes hacia la enfermedad mental	2.9514	2.8346 T = 2.05 p<.041
Intenciones conductuales	3.4754	3.3831 T = 3.22 p<.001
Intenciones hacia el psiquiatra	3.8406	3.8289 T = 0.25 no sign.
Intenciones hacia la enfermedad mental	3.3350	3.2592 T = 1.00 no sign.
Intenciones hacia el enfermo mental	3.6579	3.5379 T = 2.89 p<.004
Conducta	1.1279	1.1443 T = 0.11 no sign.

\* Prueba T de student

En lo concerniente a la televisión, las diferencias entre quienes sí habían recibido información sobre el tema y quienes no fueron significativas en la escala general, en la de creencias, particularmente aquellas sobre la enfermedad mental, en la de actitudes, específicamente en las negativas en general y hacia el enfermo mental, en todas las de intenciones conductuales con excepción de las relativas al psiquiatra, en la conducta.

Las diferencias también se dirigieron hacia manifestaciones más positivas por parte de quienes sí habían estado expuestos a información sobre el tema por tal medio, con excepción del factor de intenciones hacia la enfermedad mental, en que el sentido fue inverso.

**TABLA 22: DIFERENCIAS EN RELACIÓN CON FUENTES DE INFORMACIÓN MASIVA \*  
TELEVISIÓN**

ESCALAS	si	no	Diferencias
Escala general	3.4639	3.4079	T = 2.64 p<.009
Creencias	3.4467	3.4039	T = 2.00 p<.04
Creencias positivas sobre el psiquiatra	3.5952	3.5320	T = 1.27 no sign.
Creencias sobre la enfermedad mental	3.7665	3.6405	T = 2.21 p<.028
Creencias negativas sobre el psiquiatra	3.3942	3.4514	T = 1.15 no sign.
Creencias sobre el enfermo mental	3.1757	3.0952	T = 1.27 no sign.
Actitudes	3.4943	3.4304	T = 2.43 p<.01
Actitudes hacia el psiquiatra	3.5783	3.4800	T = 1.82 no sign.
Actitudes negativas en general	3.7960	3.6760	T = 2.00 p<.046
Actitudes hacia el enfermo mental	3.6110	3.4702	T = 2.66 p<.008
Actitudes hacia la enfermedad mental	2.8893	2.8984	T = 0.14 no sign.
Intenciones conductuales	3.4539	3.3562	T = 2.99 p<.003
Intenciones hacia el psiquiatra	3.8554	3.7762	T = 1.50 no sign.
Intenciones hacia la enfermedad mental	3.2492	3.4286	T = 2.09 p<.037
Intenciones hacia el enfermo mental	3.6428	3.4667	T = 3.75 p<.000
Conducta	1.2373	.8524	T = 2.34 p<.020

\* Prueba T de student

Finalmente para el caso del cine, las diferencias entre quienes sí habían recibido información sobre el tema y quienes no fueron significativas solamente en la escala general, en la de creencias, particularmente aquellas sobre la enfermedad mental y sobre el enfermo mental, en la de actitudes negativas en general, hacia el enfermo y la enfermedad mental, en la de intenciones hacia el enfermo mental y en la conducta.

Las diferencias se dirigió hacia manifestaciones más positivas por parte de quienes sí habían estado expuestos a información sobre el tema por tal medio.

**TABLA 23: DIFERENCIAS EN RELACIÓN CON FUENTES DE INFORMACIÓN MASIVA \* CINE**

	si	no	Diferencias
Escala general	3.4634	3.3913	T = 3.08 p<.002
Creencias	3.4511	3.3719	T = 3.36 p<.001
Creencias positivas sobre el psiquiatra	3.5628	3.6429	T = 1.46 no sign.
Creencias sobre la enfermedad mental	3.7870	3.5158	T = 4.34 p<.000
Creencias negativas sobre el psiquiatra	3.4025	3.4367	T = 0.62 no sign.
Creencias sobre el enfermo mental	3.1900	3.0105	T = 2.57 p<.010
Actitudes	3.4880	3.4349	T = 1.82 no sign.
Actitudes hacia el psiquiatra	3.5358	3.6203	T = 1.41 no sign.
Actitudes negativas en general	3.7979	3.6804	T = 2.63 p<.009
Actitudes hacia el enfermo mental	3.6009	3.4652	T = 2.32 p<.021
Actitudes hacia la enfermedad mental	2.8962	2.8734	T = 0.32 p<.751
Intenciones conductuales	3.4474	3.3506	T = 2.68 p<.008
Intenciones hacia el psiquiatra	3.8499	3.7722	T = 1.34 no sign.
Intenciones hacia la enfermedad mental	3.3100	3.2405	T = 0.73 no sign.
Intenciones hacia el enfermo mental	3.6250	3.4810	T = 2.76 p<.006
Conducta	1.2072	.8481	T = 1.97 p<.049

\* Prueba T de student

Al agrupar en una sola escala todos los medios de comunicación masiva evaluados, las diferencias fueron significativas en la escala general, en la de creencias, particularmente aquellas sobre la enfermedad mental y sobre el enfermo mental, en la de actitudes, en la de intenciones en general y hacia el enfermo mental y en la conducta. Las diferencias se dirigieron en términos generales hacia manifestaciones más positivas por parte de quienes manifestaron haber recibido información sobre el tema por más medios, hasta cuatro, disminuyendo al agregar el quinto.

**TABLA 24: DIFERENCIAS POR INFORMACIÓN PROVENIENTE DE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN MASIVA\***

<b>ESCALAS</b>	<b>Ninguna</b>	<b>1 medio</b>	<b>2 medios</b>	<b>3 medios</b>	<b>4 medios</b>	<b>5 medios</b>	<b>Diferencias</b>
Escala general	3.3515	3.3992	3.4208	3.4539	3.5035	3.4806	F= 3.9724 p<.001
Creencias	3.3499	3.3905	3.4097	3.4437	3.4832	3.4578	F= 2.9786 p<.01
Creencias positivas sobre el psiquiatra	3.5333	3.6226	3.5449	3.5296	3.6509	3.6068	F= 0.9875 no sign.
Creencias sobre la enfermedad mental	3.4556	3.6142	3.6742	3.7593	3.8484	3.8058	F= 3.2575 p<.01
Creencias negativas sobre el psiquiatra	3.4222	3.4049	3.3416	3.4595	3.4650	3.3438	F= 1.2455 no sign.
Creencias sobre el enfermo mental	3.0815	3.8642	3.1929	3.2016	3.1854	3.1956	F= 2.6430 p<.02
Actitudes	3.3833	3.4309	3.4377	3.4775	3.5342	3.5276	F= 3.1349 p<.01
Actitudes hacia el psiquiatra	3.5289	3.5383	3.4966	3.4940	3.6888	3.5769	F= 1.9348 no sign.
Actitudes negativas en general	3.5972	3.7361	3.7360	3.7930	3.8258	3.8233	F= 2.0350 no sign.
Actitudes hacia el enfermo mental	3.4111	3.5340	3.5829	3.5593	3.6125	3.6240	F= 0.8813 no sign.
Actitudes hacia la enfermedad mental	2.7740	2.8848	2.8333	2.8667	2.8875	3.0771	F= 1.7192 no sign.
Intenciones conductuales	3.2578	3.3420	3.4236	3.4302	3.5087	3.4463	F= 3.6495 p<.002
Intenciones hacia el psiquiatra	3.6815	3.7654	3.8596	3.8264	3.9062	3.8209	F= 1.1220 no sign.
Intenciones hacia la enfermedad mental	3.3556	3.4198	3.2472	3.1814	3.3688	3.3719	F= 1.0774 no sign.
Intenciones hacia el enfermo mental	3.3167	3.4537	3.5955	3.6419	3.6938	3.5888	F= 4.1834 p<.001
Conducta	0.4667	0.7531	1.2809	1.0884	1.4875	1.0496	F= 2.7255 p<.01

\* ANOVA

## Autopercepción del estado de salud

En cuanto al estado de salud de los sujetos, según su propia apreciación, 66% de la muestra manifestó que su salud general era entre buena y excelente y 77%, lo mismo en relación con su salud mental; en ambos casos el porcentaje de sujetos que consideraron que su salud era entre mala y pésima resultó inferior al 1% (FIGURA 10).

En relación con la salud general, las creencias, actitudes e intenciones fueron más favorables para quienes consideraron que su salud era mejor, sin embargo tales diferencias sólo resultaron significativas en el caso de la escala general, la de creencias, específicamente las relativas a la enfermedad mental y el enfermo mental y la de actitudes negativas en general. (TABLA 25).

**TABLA 25: ESTADO DE SALUD GENERAL**

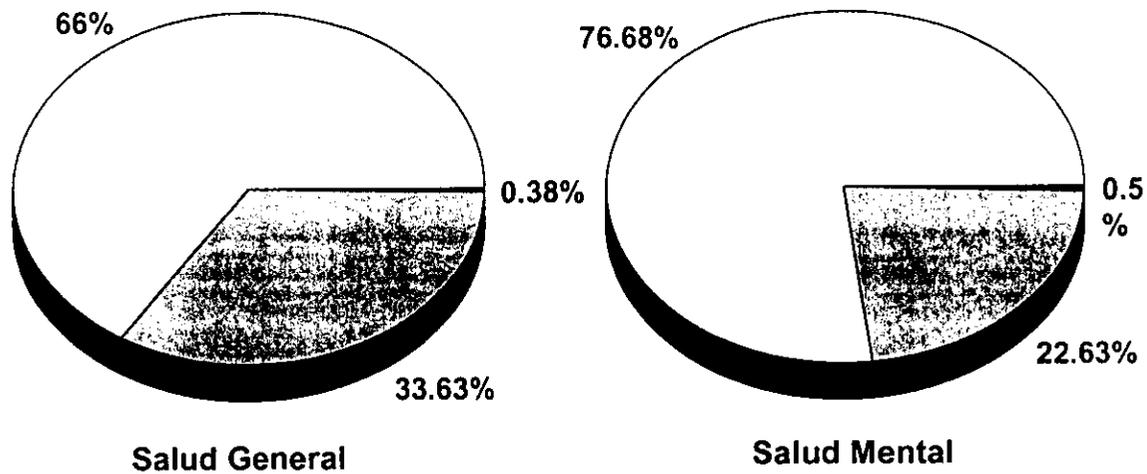
ESCAEAS	Mala	Regular	Buena	Diferencias
Escala general	3.2473	3.4204	3.4653	F = 2.8602 p<.05
Creencias	3.2941	3.3887	3.4608	F = 6.7164 p<.001
Creencias positivas sobre el psiquiatra	4.0000	3.5741	3.5793	F = 0.2369 no sign.
Creencias sobre la enfermedad mental	2.5000	3.6450	2.5000	F = 4.9649 p<.05
Creencias negativas sobre el psiquiatra	2.8000	3.3606	3.4371	F = 1.8506 no sign.
Creencias sobre el enfermo mental	2.0000	3.0359	3.2191	F = 5.9242 p<.002
Actitudes	3.1875	3.4718	3.1875	F = 0.4704 no sign.
Actitudes hacia el psiquiatra	4.0000	3.5836	4.0000	F = 0.6302 no sign.
Actitudes negativas en general	3.2500	3.7179	3.8068	F = 3.3250 p<.03
Actitudes hacia el enfermo mental	4.0000	3.5716	3.5733	F = 0.2088 no sign.
Actitudes hacia la enfermedad mental	2.0000	2.8686	2.9047	F = 0.7893 no sign.
Intenciones conductuales	3.2000	3.4175	3.4356	F = 0.3330 no sign.
Intenciones hacia el psiquiatra	4.0000	3.8055	3.8504	F = 0.4487 no sign.
Intenciones hacia la enfermedad mental	4.0000	3.2119	3.3352	F = 1.3947 no sign.
Intenciones hacia el enfermo mental	3.0000	3.5697	3.6146	F = 1.0345 no sign.
Conducta	2.0000	1.2565	1.0777	F = 0.7610 no sign.

\*ANOVA

Figura 10

# ESTADO DE SALUD

□ Excelente/buena □ Regular ■ Mala Pésima



Específicamente en relación con la salud mental, las creencias, actitudes e intenciones también fueron más favorables para quienes consideraron que su salud era mejor, sin embargo tales diferencias sólo resultaron significativas en el caso de la escala de creencias, específicamente las relativas al enfermo mental y la de conducta, en este último caso, las diferencias fueron en sentido inverso, esto es, conductas menos favorables conforme mejor consideran su estado de salud mental. (TABLA 26).

**TABLA 26: ESTADO DE SALUD MENTAL.**

ESCALAS	Mala	Regular	Buena	Diferencias
Escala general	3.3978	3.4188	3.4594	F = 1.6825 no sign.
Creencias	3.3431	3.3909	3.4503	F = 3.6232 p<.02
Creencias positivas sobre el psiquiatra	3.2857	3.6148	3.5707	F = 0.5821 no sign.
Creencias sobre la enfermedad mental	4.0000	3.6699	3.7533	F = 1.0972 no sign.
Creencias negativas sobre el psiquiatra	3.3000	3.3249	3.4345	F = 2.2291 no sign.
Creencias sobre el enfermo mental	3.0000	3.0055	3.1973	F = 4.1877 p<.01
Actitudes	3.4375	3.4670	3.4375	F = 0.1452 no sign.
Actitudes hacia el psiquiatra	3.7000	3.5503	3.5538	F = 0.0491 no sign.
Actitudes negativas en general	3.5000	3.7023	3.7974	F = 2.7767 no sign.
Actitudes hacia el enfermo mental	4.0000	3.5939	3.5671	F = 0.5302 no sign.
Actitudes hacia la enfermedad mental	0.0241	2.8969	2.8894	F = 0.0241 no sign.
Intenciones conductuales	3.5500	3.4066	3.4353	F = 2.8894 no sign.
Intenciones hacia el psiquiatra	4.1667	3.7735	4.1667	F = 1.3165 no sign.
Intenciones hacia la enfermedad mental	2.5000	3.1878	3.3317	F = 1.8157 no sign.
Intenciones hacia el enfermo mental	3.5000	3.5594	3.6098	F = 0.5367 no sign.
Conducta	2.5000	1.6409	0.9870	F = 7.6311 p<.0005

\* ANOVA

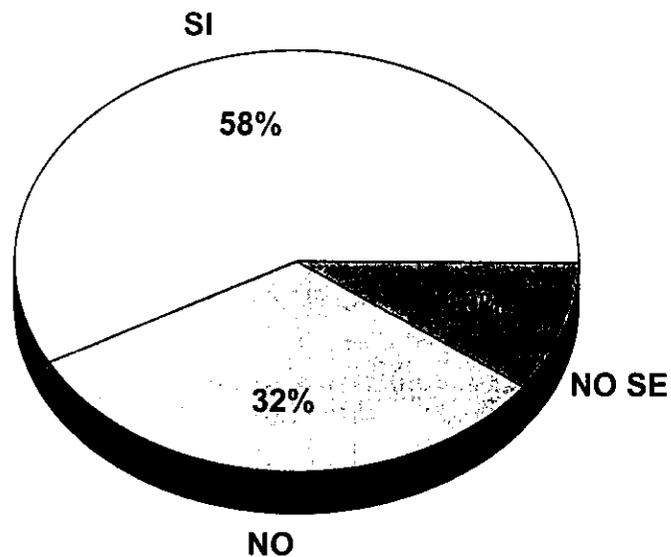
### Riesgo percibido

Por lo que respecta al riesgo percibido de padecer una enfermedad mental, más de la mitad de la muestra, 465 sujetos (58%), consideraron que podrían llegar a padecer una enfermedad mental en su persona o en la de algún familiar y 533 (67%), que podrían llegar a necesitar la ayuda de un profesional de la salud mental (FIGURA 11)

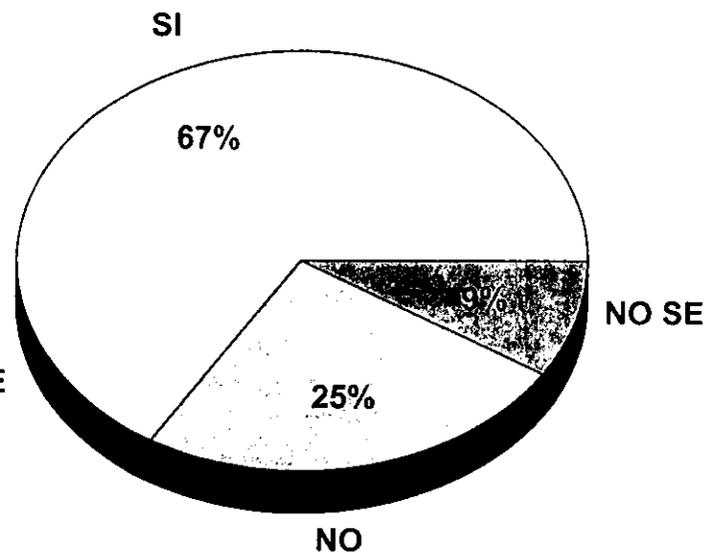
# PERCEPCION DE RIESGO

Figura 11

¿Cree que podría llegar a padecer una enfermedad mental?



¿Cree que podría necesitar la ayuda de un psiquiatra?



En este caso, las diferencias resultaron significativas en todas las escalas y en la mayor parte de los factores, con excepción de los correspondientes a las creencias sobre el psiquiatra y el enfermo mental, las actitudes hacia la enfermedad mental y las intenciones hacia la enfermedad mental, con manifestaciones más favorables conforme mayor el riesgo percibido de llegar a tener una enfermedad y/o a requerir atención por parte de un psiquiatra (TABLA 27).

**TABLA 27: DIFERENCIAS ENTRE GRUPOS SEGÚN RIESGO PERCIBIDO \***

ESCALAS	MÍNIMO	REGULAR	MÁXIMO	RIESGO
Escala general	3.2386	3.3766	3.5172	F = 5.3676 p<.0000
Creencias	3.2096	3.3763	3.5005	F = 4.9620 p<.0000
Creencias positivas sobre el psiquiatra	3.2679	3.4989	3.6803	F = 1.7556 no sign.
Creencias sobre la enfermedad mental	3.2188	3.5346	3.7143	F = 4.1821 p<.0001
Creencias negativas sobre el psiquiatra	3.2000	3.4446	3.4667	F = 1.4782 no sign.
Creencias sobre el enfermo mental	2.9792	3.2154	3.3810	F = 1.6659 no sign.
Actitudes	3.3008	3.3846	3.5283	F = 3.4456 p<.001
Actitudes hacia el psiquiatra	3.4125	3.4738	3.8190	F = 2.1657 p<.02
Actitudes negativas en general	3.4531	3.6702	3.9226	F = 3.1398 p<.002
Actitudes hacia el enfermo mental	3.3594	3.3769	3.6071	F = 2.5330 p<.01
Actitudes hacia la enfermedad mental	2.8542	2.8923	2.9841	F = 0.2435 no sign.
Intenciones conductuales	3.1875	3.3523	3.5667	F = 4.2054 p<.0001
Intenciones hacia el psiquiatra	3.4583	3.6667	3.8730	F = 4.6180 p<.0000
Intenciones hacia la enfermedad mental	3.0000	3.2308	3.7143	F = 1.2315 no sign.
Intenciones hacia el enfermo mental	3.3281	3.5077	3.7976	F = 2.9535 p<.003
Conducta	.8125	.6615	1.2857	F = 2.6449 p<.01

\* ANOVA

### Necesidad experimentada

Tanto en la escala general como en la de creencias se encontraron diferencias significativas en el sentido de respuestas más positivas por parte de quienes habían experimentado mayor necesidad de atención por problemas de salud mental. También se encontraron diferencias significativas, en igual sentido, en las creencias sobre la enfermedad mental, en las actitudes hacia el psiquiatra y el enfermo mental, al igual que en las intenciones con respecto al psiquiatra. (TABLA 28).

**TABLA 28: DIFERENCIAS ENTRE GRUPOS SEGÚN NECESIDAD EXPERIMENTADA \***

ESCALAS	no	si	Diferencia	
Escala general	3.4355	3.4767	T = 2.08	p<.04
Creencias	3.4202	3.4662	T = 2.30	p<.02
Creencias positivas sobre el psiquiatra	3.5543	3.6273	T = 1.57	no sign.
Creencias sobre la enfermedad mental	3.6919	3.8167	T = 2.34	p<.02
Creencias negativas sobre el psiquiatra	3.3959	3.4361	T = 0.87	no sign.
Creencias sobre el enfermo mental	3.1536	3.1566	T = 0.05	no sign.
Actitudes	3.4676	3.4975	T = 1.21	no sign.
Actitudes hacia el psiquiatra	3.5097	3.6383	T = 2.55	p<.01
Actitudes negativas en general	3.7669	3.7904	T = 0.62	no sign.
Actitudes hacia el enfermo mental	3.5412	3.6400	T = 2.00	p<.05
Actitudes hacia la enfermedad mental	2.9226	2.8296	T = 1.54	no sign.
Intenciones conductuales	3.4107	3.4635	T = 1.73	no sign.
Intenciones hacia el psiquiatra	3.7865	3.9311	T = 2.95	p<.003
Intenciones hacia la enfermedad mental	3.3146	3.2594	T = 0.69	no sign.
Intenciones hacia el enfermo mental	3.5880	3.6137	T = 0.58	no sign.

\* Prueba T de student

### Información disponible

Finalmente, un porcentaje muy elevado (86.1%) afirmó saber de la existencia de servicios para la atención de la salud mental en México y 85.3% aseguró que sabría a dónde acudir para recibir ayuda en caso de requerirla (FIGURA 12); entre estos últimos, sólo la escala de intenciones y en especial las correspondientes al psiquiatra, así como la conducta reportada, resultaron significativamente más positivas (TABLA 29).

**TABLA 29: DIFERENCIAS ENTRE GRUPOS SEGÚN INFORMACIÓN DISPONIBLE \***

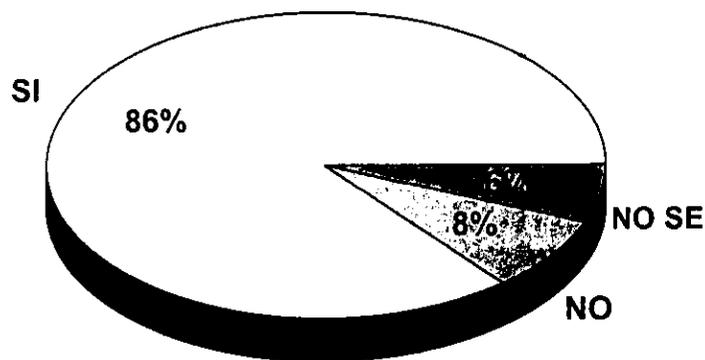
ESCALAS	NINGUNA	REGULAR	MÁXIMA	INFORMACIÓN	
Escala general	3.4087	3.4336	3.4273	F = 1.4539	no sign.
Escala creencias	3.4010	3.4191	3.4328	F = 1.1116	no sign.
Creencias positivas sobre el psiquiatra	3.6633	3.5465	3.5093	F = 1.3714	no sign.
Creencias sobre la enfermedad mental	3.6888	3.7081	3.8442	F = 0.9558	no sign.
Creencias negativas sobre el psiquiatra	3.3776	3.4092	3.3768	F = 0.2523	no sign.
Creencias sobre el enfermo mental	3.0408	3.0724	3.1884	F = 2.0173	no sign.
Escala Actitudes	3.4404	3.4589	3.4497	F = 1.0894	no sign.
Actitudes al psiquiatra	3.5531	3.5026	3.5362	F = 0.9336	no sign.
Actitudes negativas en general	3.6875	3.7706	3.7482	F = 1.0288	no sign.
Interés por el enfermo mental	3.5842	3.5469	3.4783	F = 0.7757	no sign.
Actitudes hacia la enfermedad mental	2.8129	2.8158	2.9130	F = 1.3082	no sign.
Intenciones conductuales	3.3469	3.4266	3.3275	F = 2.3593	p<.02
Intenciones Psiquiatra	3.8707	3.8070	3.6377	F = 2.6433	p<.01
Intenciones Enfermedad Mental	3.0918	3.3125	3.3043	F = 0.8351	no sign.
Intenciones Enfermo mental	3.4515	3.6168	3.5181	F = 1.5280	no sign.
Conducta	.5204	.9342	1.1739	F = 4.5853	p<.0001

\* ANOVA

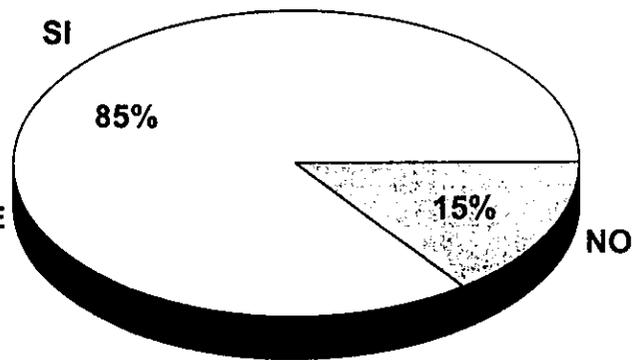
Figura 12

## INFORMACIÓN SOBRE SERVICIOS

¿Sabe si hay en México servicios para atención de enfermos mentales?



Si requiriera atención, ¿sabría a dónde acudir?



## PRUEBA DE HIPÓTESIS

Posteriormente se procedió a realizar análisis más específicos que permitieran probar las hipótesis planteadas.

### Generales

A) La conducta en relación con la enfermedad mental, es determinada por las intenciones, la necesidad experimentada y la disponibilidad percibida.

Para probar esta hipótesis se efectuó un análisis de regresión múltiple considerando como variable dependiente la conducta e incluyendo como independientes las escalas correspondientes a las intenciones, la necesidad experimentada y la disponibilidad percibida; se obtuvo un valor para la  $R_m = .78656$  y una  $R^2 = .61868$ , lo que indica que las variables independientes consideradas explican en su conjunto el 61.87% del total de la varianza. La  $R^2_{aj}$  fue de .61725 y el error estándar obtenido fue de 1.27136, lo que significa que al predecir puntajes de esta variable a partir de la ecuación de regresión, se tendrá un error de  $\pm 1.27136$  respecto al puntaje promedio.

Este modelo obtuvo una  $F = 430.49953$  ( $p < .0000$ ), siendo la necesidad experimentada la variable de mayor poder predictivo en relación con la conducta evaluada, seguida a considerable distancia por la disponibilidad y las intenciones conductuales. (TABLA 30).

TABLA 30: ANÁLISIS DE REGRESIÓN SOBRE LA CONDUCTA

Variable	B	SE B	SE	T	Sig. T
Necesidad	3.410449	.095616	.782341	35.668	.0000
Disponibilidad	.052893	.024448	.047430	2.164	.0308
Intención	.208496	.110536	.041420	1.886	.0596
Constante	-1.054523	.404954		-2.604	.0094

Con base en estos resultados, la hipótesis se consideró comprobada en la medida en que las tres variables independientes propuestas resultaron ser predictores significativos de la conducta, explicando un porcentaje elevado de su varianza.

B) La disponibilidad percibida en cuanto a los servicios para la atención de las enfermedades mentales, es función directa de la información accesible y los recursos disponibles.

Este teorema no requirió comprobación en vista de que la construcción misma de la variable "disponibilidad percibida" se efectuó en función de los reactivos correspondientes a la evaluación de la información accesible y los recursos disponibles.

C) Las intenciones con respecto a la búsqueda de ayuda para las enfermedades mentales, están determinadas por las actitudes y el riesgo percibido.

Para probar esta hipótesis se efectuó un análisis de regresión múltiple considerando como variable dependiente la escala de intenciones conductuales e incluyendo como independientes las escalas correspondientes a las actitudes y el riesgo percibido; considerando la escala total de actitudes, se obtuvo un valor para la  $R_m = .58049$  y una  $R^2 = .33697$ , lo que indica que las variables independientes consideradas explican en su conjunto el 33.69% del total de la varianza. La  $R^2_{aj}$  fue de .33531 y el error estándar obtenido fue de .33283, lo que significa que al predecir puntajes de esta variable a partir de la ecuación de regresión, se tendrá un error de  $\pm .33531$  respecto al puntaje promedio.

Este modelo obtuvo una  $F = 202.53050$  ( $p < .0000$ ), siendo las actitudes en su conjunto la variable de mayor poder predictivo en relación con la conducta evaluada. (TABLA 31).

**TABLA 31: ANÁLISIS DE REGRESIÓN SOBRE LAS INTENCIONES CONDUCTUALES**

Variable	B	SE B	Beta	T	Sig.
Actitud	.700403	.036308	.564592	19.291	.0000
Riesgo	.015798	.006636	.069673	2.381	.0175
Constante	.829421	.133566		6.210	.0000

A continuación se efectuó otro análisis de regresión múltiple, incluyendo ahora los cuatro factores de la escala de actitudes, además del riesgo percibido, como variables independientes. En este caso se obtuvo un valor para la  $R_m = .57732$  y una  $R^2 = .33330$ , lo que indica que las variables independientes consideradas explican en su conjunto el 33.30% del total de la varianza.

La  $R^2_{aj}$  fue de .32910 y el error estándar obtenido fue de .33438, lo que significa que al predecir puntajes de esta variable a partir de la ecuación de regresión, se tendrá un error de  $\pm .33438$  respecto al puntaje promedio.

Este modelo obtuvo una  $F = 79.38638$  ( $p < .0000$ ), resultando los cuatro factores actitudinales las variables de mayor poder predictivo en relación con las intenciones conductuales, seguidos por el riesgo percibido. (TABLA 32).

**TABLA 32: ANÁLISIS DE REGRESIÓN SOBRE LAS INTENCIONES CONDUCTUALES**

Variable	B	SE B	Beta	T	Sig.
Actitudes negativas en general	.275429	.026028	.340917	10.582	.0000
Actitudes hacia el Enfermo Mental	.140046	.020380	.226575	6.872	.0000
Actitudes hacia el Psiquiatra	.110715	.018373	.182937	6.026	.0000
Actitudes hacia la enfermedad mental	.045594	.014795	.090114	3.082	.0021
Riesgo	.013224	.006705	.058325	1.972	.0489
Constante	1.226325	.120397		10.186	.0000

A partir de los análisis de regresión múltiple realizados, se comprobó la hipótesis planteada en relación a las intenciones conductuales, al resultar significativamente explicadas por las variables independientes consideradas en conjunto.

D) Las actitudes con respecto a la salud y la enfermedad mental, los enfermos mentales y los psiquiatras, constituyen un sistema actitudinal.

Para probar esta hipótesis se obtuvieron en primera instancia correlaciones entre los cuatro factores de la escala de actitudes. Como se aprecia en la TABLA 33, las actitudes con respecto a los tres objetos actitudinales tuvieron correlaciones aceptables y significativas ( $p < .000$ ) con la escala global, sin embargo las correlaciones entre los factores, esto es, entre los tres tipos de actitudes, fueron demasiado bajas, por lo que se rechaza esta hipótesis.

No obstante, es importante destacar que el análisis factorial correspondiente a las actitudes separó tres factores de acuerdo a los tres tipos de actitudes, pero integró en otro (Factor 2: Actitudes negativas en general) reactivos correspondientes a los tres, lo que indica que ciertas dimensiones del constructo sí podrían constituir un sistema actitudinal.

**TABLA 33: CORRELACIONES ENTRE FACTORES ACTITUDINALES\***

ESCALAS	Actitudes Global	Actitudes Masculina	Actitudes negativa en general	Actitudes Enfermo Mental	Actitudes Enferm. Mental
Escala actitudes	1.000				
Actitudes hacia el psiquiatra	.5242 ( $p < .000$ )	1.000			
Actitudes negativas en general	.6965 ( $p < .000$ )	.0865 ( $p < .01$ )	1.000		
Actitudes hacia el enfermo mental	.6405 ( $p < .000$ )	.2832 ( $p < .000$ )	.4056 ( $p < .000$ )	1.000	
Actitudes hacia la enfermedad mental	.4007 ( $p < .000$ )	.0141 (no sign.)	.1327 ( $p < .000$ )	.0660 ( $0 < .062$ )	1.000

\*Coeficiente de correlación de Pearson

E) Las actitudes con respecto a la salud y la enfermedad mental, los enfermos mentales y los psiquiatras, dependen de las creencias que se tengan sobre ellos.

Para probar esta hipótesis se efectuó en primer lugar un análisis de regresión lineal considerando como variable dependiente la escala de actitudes y como independiente la escala correspondiente a las creencias; se obtuvo un valor para la  $R_m = .63489$  y una  $R^2 = .40309$ , lo que indica que la variable independiente explica el 40.30% del total de la varianza. La  $R^2_{aj}$  fue de .40234 y el error estándar obtenido fue de .25441. Este modelo obtuvo una  $F = 538.87761$  ( $p < .0000$ ). (TABLA 34).

**TABLA 34: ANÁLISIS DE REGRESIÓN SOBRE LAS ACTITUDES**

Variable	B	SE B	Beta	T	Sig. T
Creencias	.781452	.033663	.634891	23.214	.0000
Constante	.792869	.115999		6.835	.0000

A continuación se efectuó un análisis de regresión múltiple, incluyendo ahora los cuatro factores de la escala de creencias, como variables independientes. En este caso se obtuvo un valor para la  $R_m = .63815$  y una  $R^2 = .40723$ , lo que indica que las variables independientes consideradas explican en su conjunto el 40.72% del total de la varianza.

La  $R_{2aj}$  fue de .40425 y el error estándar obtenido fue de .25400, lo que significa que al predecir puntajes de esta variable a partir de la ecuación de regresión, se tendrá un error de  $\pm .25400$  respecto al puntaje promedio. Este modelo obtuvo una  $F = 136.54041$  ( $p < .0000$ ), resultando los cuatro factores de creencias variables de poder predictivo en relación con el sistema actitudinal en su conjunto. (TABLA 35).

**TABLA 35: ANÁLISIS DE REGRESIÓN SOBRE LAS ACTITUDES**

Variable	B	SE B	Beta	T	Sig. T
Creencias positivas sobre el psiquiatra	.187164	.015419	.352816	12.138	.0000
Creencias sobre la enfermedad mental	.147244	.013794	.318643	10.675	.0000
Creencias sobre el enfermo mental	.084566	.012540	.202990	6.744	.0000
Creencias negativas sobre el psiquiatra	.095938	.016431	.180503	5.839	.0000
Constante	1.664186	.078659		21.157	.0000

A partir de los análisis efectuados y en vista de que en ambos casos la escala de actitudes resultó significativamente explicada, en términos de varianza, en un 40%, se considera que la hipótesis resultó satisfactoriamente probada.

F) Las creencias dependen de las influencias culturales transmitidas por los agentes de socialización y de las experiencias vividas.

Para probar esta hipótesis se efectuó un análisis de regresión múltiple considerando como variable dependiente la escala total de creencias e incluyendo como independientes las escalas correspondientes a los agentes de socialización y a las experiencias.

Se obtuvo un valor para la  $R_m = .15482$  y una  $R^2 = .02397$ , lo que indica que las variables independientes consideradas explican en su conjunto el 2.40% del total de la varianza. La  $R_{2aj}$  fue de .02152 y el error estándar obtenido fue de .26447, lo que significa que al predecir puntajes de esta variable a partir de la ecuación de regresión, se tendrá un error de  $\pm .26447$  respecto al puntaje promedio. Este modelo obtuvo una  $F = 9.78582$  ( $p < .0001$ ). (TABLA 36).

**TABLA 36: ANÁLISIS DE REGRESIÓN SOBRE LAS CREENCIAS**

Variable	B	SE B	Beta	T	Sig. T
Experiencias	.062572	.020579	.107187	3.041	.0024
Agentes de socialización	.012172	.004312	.099511	2.823	.0049
Constante	3.359480	.022525		149.146	.0000

A continuación se efectuó un análisis de regresión múltiple, incluyendo ahora los tres tipos de agentes de socialización como variables independientes. En este caso se obtuvo un valor para la  $R_m = .17707$  y una  $R^2 = .03135$ , lo que indica que las variables independientes consideradas explican en su conjunto el 3.14% del total de la varianza. La  $R^2_{aj}$  fue de .02648 y el error estándar obtenido fue de .26380.

Este modelo obtuvo una  $F = 6.43300$  ( $p < .0000$ ), resultando las experiencias personales y la información recibida a partir de los medios de comunicación, las variables de mayor poder predictivo en relación con el sistema de creencias en su conjunto. (TABLA 37).

**TABLA 37: ANÁLISIS DE REGRESIÓN SOBRE LAS CREENCIAS**

Variable	B	SE B	Beta	T	Sig. T
Experiencias	.061221	.020550	.104873	2.979	.0030
Medios de comunicación	.021139	.007177	.109923	2.945	.0033
Familia	.017987	.011447	.058085	1.571	.1165
Escuela	-.017611	.012902	-.050042	-1.365	.1726
Constante	3.353770	.023025		145.658	.0000

A partir de estos análisis, se rechaza la hipótesis propuesta, ya que aunque en los dos análisis los modelos de regresión resultaron estadísticamente significativos, tanto los porcentajes de varianza explicada como los coeficientes obtenidos por las variables independientes, son demasiado bajos para considerar que tengan alguna relevancia como factores explicativos de las creencias.

G) Las experiencias vividas ejercen una influencia sobre las creencias y actitudes en torno a la salud mental.

Para probar esta hipótesis se analizaron los resultados obtenidos al investigar las diferencias entre grupos en relación con las experiencias, tal como fueron reportados en la TABLA 16. Como se aprecia en ella, las diferencias resultaron significativas para el caso de las creencias y las actitudes en general, y en específico para las creencias positivas sobre el psiquiatra, las de la enfermedad y las del enfermo mental, así como para las actitudes hacia el psiquiatra y hacia el enfermo mental, siendo estas más positivas en el grupo de quienes reportaron haber tenido algún tipo de experiencia en relación con los tópicos investigados.

Adicionalmente se efectuó un análisis de regresión lineal considerando como variable dependiente la escala de actitudes y como independiente la escala correspondiente a las experiencias vividas, y posteriormente otro considerando como variable dependiente la escala de creencias. En el primer caso se obtuvo un valor para la  $R_m = .15435$  y una  $R^2 = .02382$ , lo que indica que la variable independiente explica el 2.38% de la varianza. La  $R_{2aj}$  fue de  $.02260$  y el error estándar fue de  $.02260$ . Este modelo obtuvo una  $F = 19.47449$  ( $p < .0000$ ). (TABLA 38).

**TABLA 38: ANÁLISIS DE REGRESIÓN SOBRE LAS ACTITUDES**

Variable	B	SE-B	Beta	T	Sig. T
Experiencias	.110901	.025131	.154346	4.413	.0000
Constante	3.444407	.013736		250.759	.0000

En el caso de las creencias, se obtuvo un valor para la  $R_m = .11921$  y una  $R^2 = .01421$ , lo que indica que la variable independiente explica el 1.42% del total de la varianza. La  $R_{2aj}$  fue de  $.01297$  y el error estándar obtenido fue de  $.26562$ . Este modelo obtuvo una  $F = 11.50318$  ( $p < .0007$ ). (TABLA 39).

**TABLA 39: ANÁLISIS DE REGRESIÓN SOBRE LAS CREENCIAS**

Variable	B	SE-B	Beta	T	Sig. T
Experiencias	.069588	.020518	.119206	3.392	.0007
Constante	3.414701	.011215		304.488	.0000

Como se aprecia, tanto a partir de las pruebas t de student como de las regresiones, se obtuvieron resultados positivos y significativos, sin embargo, la magnitud de las diferencias entre las medias, en el primer caso, y de las varianzas explicadas en el segundo, son muy bajas, por lo que se rechaza la hipótesis.

### Específicas

a) A mayor necesidad experimentada, conductas más activas de búsqueda de atención.

Para probar esta hipótesis, se realizó un análisis de correlación\* entre la necesidad experimentada por los sujetos y las conductas reportadas, en términos de búsqueda de atención. Se obtuvo un coeficiente de correlación  $R = .7839$  ( $p < .000$ ), suficientemente elevado para considerar probada la hipótesis.

b) A mayor disponibilidad percibida (más información accesible y más recursos disponibles), conductas más favorables a la búsqueda de atención.

Para probar esta hipótesis, se realizó un análisis de correlación\* entre la disponibilidad percibida por los sujetos y las conductas reportadas, en términos de búsqueda de atención. Se obtuvo un coeficiente de correlación  $R = .0338$ , no significativo.

\*Coeficiente de correlación de Pearson

Considerando que la disponibilidad percibida estuvo medida en función de los recursos económicos y la información disponible manifestada, se obtuvo adicionalmente la correlación de estas dos variables por separado. En el primer caso, el coeficiente fue de  $R=-.0275$ , no significativo, en tanto que para la información disponible, fue de  $R=.1309$  ( $p<.000$ ). Aunque esta última correlación es estadísticamente significativa, el coeficiente de correlación es demasiado bajo, por lo que la hipótesis se rechaza.

c) A mayor riesgo percibido, intenciones más extremas en relación con el sistema actitudinal frente a la salud y la enfermedad mental (positivas o negativas).

Para probar esta hipótesis, se realizó un análisis de correlación\* entre las intenciones conductuales reportadas por los sujetos y el riesgo percibido. Se obtuvo un coeficiente de correlación  $R=.1655$ , ( $p<.000$ ). A mayor riesgo, intenciones más positivas. Aunque la correlación es significativa, el coeficiente es demasiado bajo como para probar la hipótesis.

d) A mayor número de creencias (+ ó -), actitudes más intensas o extremas (positivas o negativas, respectivamente).

Para probar esta hipótesis, se realizó un análisis de correlación\* entre las creencias reportadas por los sujetos y las actitudes manifestadas. Se obtuvo un coeficiente de correlación  $R=.6349$  ( $p<.000$ ). A nivel más específico, se correlacionaron cada uno de los cinco factores de creencias y los tres de actitudes. Los resultados se observan en la TABLA 40.

**TABLA 40: CORRELACIONES ENTRE ESCALAS \***

FACTORES	Creencias	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Actitudinal	Factor 1	Factor 2	Factor 3
Creencias	1.000								
C. positivas sobre el psiquiatra	.5178 <sup>1</sup>	1.000							
C. sobre enfermedad mental	.5301 <sup>1</sup>	-.0617	1.000						
C. negativas sobre el psiquiatra	.6123 <sup>1</sup>	.2771 <sup>1</sup>	.2828 <sup>1</sup>	1.000					
C. sobre el enfermo mental	.4536 <sup>1</sup>	-.085 <sup>3</sup>	.3424 <sup>1</sup>	.2931 <sup>1</sup>	1.000				
Actitudes	.6349 <sup>1</sup>	.3658 <sup>1</sup>	.4174 <sup>1</sup>	.4279 <sup>1</sup>	.3347 <sup>1</sup>	1.000			
Act. Hacia el psiquiatra	.4324 <sup>1</sup>	.6673 <sup>1</sup>	.0016	.3354 <sup>1</sup>	-.0285	.5242 <sup>1</sup>	1.000		
Act. Negativas en general	.4688 <sup>1</sup>	.0172	.4850 <sup>1</sup>	.3178 <sup>1</sup>	.3509 <sup>1</sup>	.6965 <sup>1</sup>	.0865 <sup>3</sup>	1.000	
Act. Por el enfermo mental	.4253 <sup>1</sup>	.2294 <sup>1</sup>	.3354 <sup>1</sup>	.1947 <sup>1</sup>	.1204 <sup>2</sup>	.6405 <sup>1</sup>	.2832 <sup>1</sup>	.4056 <sup>1</sup>	1.000
Act. hacia enfermedad mental	.1294 <sup>1</sup>	.0257	.0855 <sup>3</sup>	.1371 <sup>1</sup>	.1980 <sup>1</sup>	.4007 <sup>1</sup>	.0141	.1327 <sup>1</sup>	.0660

\*Coeficiente de correlación de Pearson

<sup>1</sup>( $p<.000$ ) <sup>2</sup>( $p<.001$ ) <sup>3</sup>( $p<.01$ )

Como puede apreciarse, la mayoría de las correlaciones resultaron significativas, sin embargo las más elevadas son las reportadas entre el factor 1 de las creencias (positivas sobre el psiquiatra) y las actitudes hacia el psiquiatra ( $R=.6673$ ;  $p<.000$ ), y entre el factor 2 de las creencias (sobre la enfermedad mental) y las actitudes negativas en general ( $R=.4850$ ;  $p<.000$ ). Las actitudes hacia el enfermo mental tuvieron además correlaciones importantes con las creencias sobre la enfermedad mental ( $R=.3354$ ;  $p<.000$ ).

\*Coeficiente de correlación de Pearson

El resultado de las correlaciones, aunado a la comprobación de la hipótesis general E (Las actitudes con respecto a la salud y la enfermedad mental, los enfermos mentales y los psiquiatras, dependen de las creencias que se tengan sobre ellos), permite considerar probada ésta hipótesis específica.

e) A más experiencias directas con el psiquiatra, la enfermedad mental o el enfermo mental, creencias más firmes al respecto.

Para probar esta hipótesis, se realizó un análisis de correlación\* entre las creencias y las experiencias. Para el caso de la escala total de creencias, se obtuvo un coeficiente de correlación  $R=.1192$ , ( $p<.001$ ). A nivel más específico, se correlacionaron cada uno de los cuatro factores de creencias, resultando significativas las correlaciones en el caso de las creencias positivas sobre el psiquiatra ( $R=.0907$ ,  $p<.01$ ), las creencias sobre la enfermedad mental ( $R=.1313$ ,  $P<.000$ ), y las creencias sobre el enfermo mental ( $R=.0694$ ,  $p<.05$ ). Aun cuando las correlaciones resultaron estadísticamente significativas, en razón del tamaño de la muestra, los coeficientes son demasiado bajos, por lo que, se rechaza la hipótesis.

f) A mayor nivel educativo, creencias más positivas.

Para probar esta hipótesis, se realizó un análisis de correlación de Spearman entre las creencias reportadas por los sujetos y su nivel de escolaridad. Para el caso de la escala total de creencias, se obtuvo un coeficiente de correlación  $R=.1963$ , ( $p<.000$ ).

A nivel más específico, se correlacionaron cada uno de los cinco factores de creencias, resultando significativas las correlaciones en con los cuatro factores de creencias: creencias positivas sobre el psiquiatra ( $R=.1154$ ,  $P<.000$ ), sobre la enfermedad mental ( $R=.2241$ ;  $P<.000$ ), negativas sobre el psiquiatra ( $R=.0736$ ;  $P<.03$ ) y sobre el enfermo mental ( $R=.1964$ ,  $P<.000$ ). Aunque los coeficientes no son muy elevados, el hecho de en todos los casos sean significativos, aunado al hecho de que se encontraron diferencias significativas asociadas con la escolaridad en todas las escalas de creencias (TABLA 10), permite considerar probada la hipótesis.

g) A mayor exposición a medios masivos, creencias más firmes.

Para probar esta hipótesis, se realizó un análisis de correlación\* entre las creencias reportadas por los sujetos y la exposición a los medios masivos de comunicación. Para el caso de la escala total de creencias, se obtuvo un coeficiente de correlación  $R=.1228$ , ( $p<.000$ ). A nivel más específico, se correlacionaron cada uno de los cinco factores de creencias, resultando significativas las correlaciones solo en el caso de las creencias sobre la enfermedad mental ( $R=.1306$ ,  $P<.000$ ) y sobre el enfermo mental ( $R=.0740$ ;  $P<.03$ ), pero no así en los otros dos casos. Estos resultados coinciden con los obtenidos al analizar las diferencias entre grupos en relación con la información proveniente de los medios masivos de comunicación (TABLA 24), que resultaron significativas en los mismos casos. Los resultados no son lo suficientemente satisfactorios como para considerar probada la hipótesis.

\*Coeficiente de correlación de Pearson

## PRUEBA DEL MODELO PROPUESTO

A continuación se procedió a cubrir el último de los objetivos planteado para esta investigación, esto es, determinar la capacidad predictiva del modelo propuesto, que postula una cadena causal en la que el comportamiento estará determinado por las intenciones de desarrollar una conducta determinada, éstas dependerán de una evaluación general o actitud, y ésta a su vez, será función de las creencias sobresalientes.

Mediante la realización de una serie de análisis de regresión múltiple, se trató de determinar la contribución de las diferentes variables a la predicción de la variable subsecuente en la cadena causal, de acuerdo con la estructura propuesta en el modelo teórico (FIGURA 3).

Para cada modelo de regresión, se señala la R múltiple ( $R_m$ ), la  $R^2$ , la  $R^2$  ajustada ( $R^2_{aj}$ ) y el error estándar (ES) obtenidos, así como su F y su significancia estadística respectivas. Se presentan las variables que entraron al modelo de regresión, sus puntajes B y Beta, el error estándar que aportaron cada una a la B, sus T's y significancia estadística.

### Creencias

Se efectuó una regresión considerando como variable dependiente la escala general de creencias y como independientes los agentes de socialización y las experiencias; se obtuvo un valor para la  $R_m=.15482$  y una  $R^2=.02397$ , lo que indica que las variables independientes consideradas explican en su conjunto el 2.40% del total de la varianza.

La  $R^2_{aj}$  fue de .02152 y el error estándar de .26447, lo que significa que al predecir puntajes de esta variable a partir de la ecuación de regresión, se tendrá un error de  $\pm .26447$  respecto al puntaje promedio. Este modelo obtuvo una  $F=9.78582$  ( $p<.0001$ ). (TABLA 41).

TABLA 41: VARIABLES PREDICTORAS DE LAS CREENCIAS

Variable	B	SE B	Beta	T	Sig. T
Experiencias	.062572	.020579	.107187	3.041	.0024
Agentes de socialización	.012172	.004312	.099511	2.823	.0049
Constante	3.359480	.022525		149.146	.0000

(Este análisis corresponde al efectuado para probar la hipótesis F: "Las creencias dependen de las influencias culturales transmitidas por los agentes de socialización y de las experiencias vividas").

Aun cuando el modelo resultó significativo y las dos variables independientes mostraron tener capacidad predictiva estadísticamente significativa, tanto el porcentaje de varianza explicada como los coeficientes obtenidos, similares para ambas variables, son demasiado bajos para considerar que tengan alguna relevancia como factores explicativos de las creencias.

## Actitudes

Se efectuó un análisis de regresión lineal considerando como variable dependiente la escala de actitudes y como independiente la de creencias; este modelo tuvo un valor para la  $R_m = .63489$  y una  $R^2 = .40309$ , lo que indica que la variable independiente explica el 40.30% del total de la varianza. La  $R_{2aj}$  fue de .40234 y el error estándar obtenido fue de .25441. Este modelo obtuvo una  $F = 538.87761$  ( $p < .0000$ ). (TABLA 42).

**TABLA 42: VARIABLES PREDICTORAS DE LAS ACTITUDES**

Variable	B	SE B	Beta	T	Sig. T
Creencias	.781452	.033663	.634891	23.214	.0000
Constante	.792869	.115999		6.835	.0000

(Este análisis corresponde al efectuado para probar la hipótesis E: "Las actitudes con respecto a la salud y la enfermedad mental, los enfermos mentales y los psiquiatras, dependen de las creencias que se tengan sobre ellos").

## Intenciones conductuales

A continuación se realizó un análisis de regresión múltiple, considerando ahora como variable dependiente la escala de intenciones conductuales e incluyendo como independientes las actitudes y el riesgo percibido; este modelo obtuvo un valor para la  $R_m = .58049$  y una  $R^2 = .33697$ , lo que indica que las variables independientes consideradas explican en su conjunto el 33.69% del total de la varianza. La  $R_{2aj}$  fue de .33531 y el error estándar obtenido fue de .33283, lo que significa que al predecir puntajes de esta variable a partir de la ecuación de regresión, se tendrá un error de  $\pm .33531$  respecto al puntaje promedio.

Este modelo obtuvo una  $F = 202.53050$  ( $p < .0000$ ), siendo las actitudes en su conjunto la variable de mayor poder predictivo en relación con la conducta evaluada. (TABLA 43).

**TABLA 43: VARIABLES PREDICTORAS DE LAS INTENCIONES CONDUCTUALES**

Variable	B	SE B	Beta	T	Sig. T
Actitudes	.700403	.036308	.564592	19.291	.0000
Riesgo percibido	.015798	.006636	.069673	2.381	.0175
Constante	.829421	.133566		6.210	.0000

(Este análisis corresponde al efectuado para comprobar la hipótesis general C: "Las intenciones con respecto a la búsqueda de ayuda para las enfermedades mentales, están determinadas por las actitudes y el riesgo percibido").

## Conducta

En este caso se tomó como variable dependiente la conducta y se incluyeron como independientes las intenciones conductuales, la disponibilidad percibida y la necesidad experimentada; este modelo obtuvo un valor para la  $R_m = .78656$  y una  $R^2 = .61868$ , lo que indica que las variables independientes consideradas explican en su conjunto el 61.87% del total de la varianza. La  $R^2_{aj}$  fue de .61725 y el error estándar obtenido fue de 1.27136, lo que significa que al predecir puntajes de esta variable a partir de la ecuación de regresión, se tendrá un error de  $\pm 1.27136$  respecto al puntaje promedio.

Este modelo obtuvo una  $F = 430.49953$  ( $p < .0000$ ), siendo la necesidad experimentada la variable de mayor poder predictivo en relación con la conducta evaluada, seguida a considerable distancia por la disponibilidad y las intenciones conductuales. (TABLA 44).

**TABLA 44: VARIABLES PREDICTORAS DE LA CONDUCTA EVALUADA**

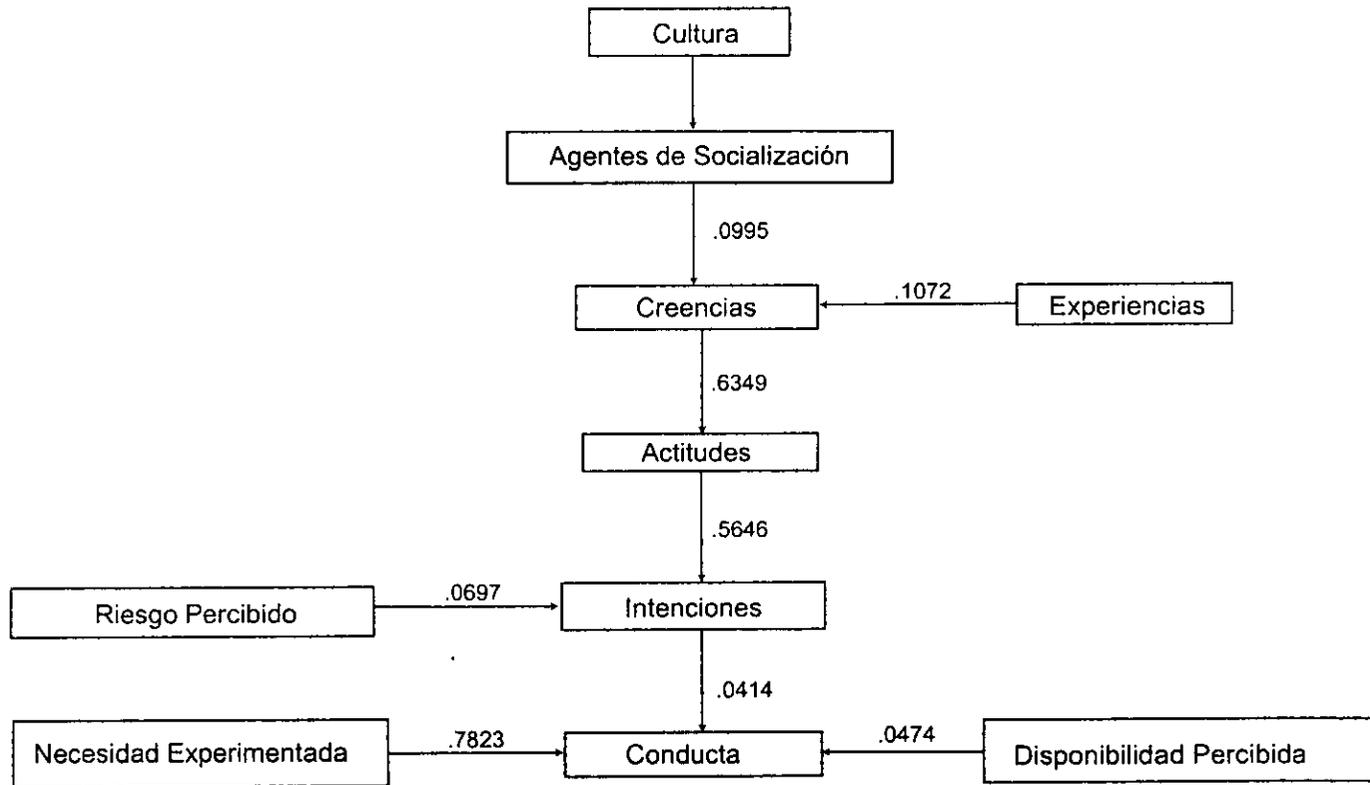
Variable	B	SE B	Beta	T	Sig. T
Necesidad	3.41044	.095616	.782341	35.668	.0000
Disponibilidad	.052893	.024448	.047430	2.164	.0308
Intención	.208496	.110536	.041420	1.886	.0596
Constante	-1.0545	.404954		-2.604	.0094

(Este análisis corresponde al efectuado para probar la hipótesis general A: "La conducta en relación con la enfermedad mental, es determinada por las intenciones, la necesidad experimentada y la disponibilidad percibida").

Los resultados obtenidos hasta aquí se presentan gráficamente en la FIGURA 13. Como se aprecia, los resultados se ajustan al modelo sólo parcialmente. Esto significa que las creencias en efecto demostraron que pueden predecir las actitudes y éstas a su vez las intenciones conductuales, de manera importante, sin embargo, las fuentes de las creencias no quedan explicadas satisfactoriamente a partir de las variables propuestas, las experiencias, el riesgo y la disponibilidad percibida no contribuyen de manera sensible a explicar el modelo, y la conducta resulta aparentemente poco influenciada por las intenciones, dependiendo de manera importante de la necesidad experimentada.

Figura 13

### MODELO ORIGINAL



## MODELO AMPLIADO

A fin de detallar la aplicabilidad del modelo considerando las dimensiones encontradas por medio del análisis factorial para cada una de las escalas, se realizaron una serie de análisis similares a los anteriores, sustituyendo cada una de las escalas originales por sus correspondientes factores.

### Creencias

Se efectuaron cuatro análisis de regresión múltiple considerando como variable dependiente cada uno de los factores de creencias y como independientes los tres agentes de socialización investigados y las experiencias.

Para el primer modelo, correspondiente a las creencias positivas sobre el psiquiatra, se obtuvo un valor para la  $R_m = .10200$  y una  $R^2 = .01040$ , lo que indica que las variables independientes consideradas explican en su conjunto solamente el 1.04% del total de la varianza.

La  $R_{2aj}$  fue de .00542 y el error estándar obtenido fue de .61680, lo que significa que al predecir puntajes de esta variable a partir de la ecuación de regresión, se tendrá un error de  $\pm .61865$  respecto al puntaje promedio.

Este modelo obtuvo una  $F = 2.08941$  ( $p < .08$ ), siendo las experiencias la única variable con poder predictivo en relación con las creencias positivas sobre el psiquiatra (TABLA 45).

TABLA 45: VARIABLES PREDICTORAS DE LAS CREENCIAS POSITIVAS SOBRE EL PSIQUIATRA

Variable	B	SE B	Beta	T	Sig. T
Experiencias	.120958	.048193	.089304	2.510	.0123
Escuela	-.033066	.030256	-.040497	-1.093	.2748
Medios de Comunicación	.016280	.016832	.036485	0.967	.3338
Familia	-.005872	.026846	.008174	-0.022	.9826
Constante	3.523909	.053997		65.261	.0000

Para la escala de creencias sobre la enfermedad mental, se obtuvo un valor para la  $R_m = .18298$  y una  $R^2 = .03348$ , lo que indica que las variables independientes consideradas explican en su conjunto solamente el 3.34% del total de la varianza.

La  $R_{2aj}$  fue de .02862 y el error estándar obtenido fue de .70188. Este modelo obtuvo una  $F = 6.88527$  ( $p < .0000$ ), siendo las experiencias y la información recibida a partir de los medios masivos de comunicación las únicas variables predictoras de las creencias sobre la enfermedad mental. (TABLA 46).

**TABLA 46: VARIABLES PREDICTORAS DE LAS CREENCIAS SOBRE LA ENFERMEDAD MENTAL**

Variable	B	SE B	Beta	T	Sig. T
Experiencias	.182317	.054677	.117252	3.334	.0009
Medios de comunicación	.059531	.019097	.116217	3.117	.0019
Familia	.034479	.030458	.041800	1.132	.2580
Escuela	-.029701	.034327	-.031685	-.865	.3872
Constante	3.498621	3.498621		57.569	.0000

Para el caso de las creencias negativas sobre el psiquiatra, se obtuvo un valor para la  $R_m = .06749$  y una  $R^2 = .00456$ , lo que indica que las variables independientes consideradas explican en su conjunto solamente el 0.45% del total de la varianza.

La  $R_{2aj}$  fue de  $-.00045$  y el error estándar obtenido fue de  $.61929$ , lo que significa que al predecir puntajes de esta variable a partir de la ecuación de regresión, se tendrá un error de  $\pm .61929$  respecto al puntaje promedio. Este modelo obtuvo una  $F = .90950$  (no sign.); ninguna de las variables independientes consideradas tuvo poder predictivo en relación con las creencias negativas sobre el psiquiatra.

Finalmente, para el caso de las creencias sobre el enfermo mental, se obtuvo un valor para la  $R_m = .11112$  y una  $R^2 = .01235$ , lo que indica que las variables independientes consideradas explican en su conjunto solamente el 1.24% del total de la varianza.

La  $R_{2aj}$  fue de  $.00738$  el error estándar obtenido fue de  $.78700$ , lo que significa que al predecir puntajes de esta variable a partir de la ecuación de regresión, se tendrá un error de  $\pm .78700$  respecto al puntaje promedio. Este modelo obtuvo una  $F = 2.48490$  ( $p > .0423$ ); ninguna de las variables independientes consideradas tuvo poder predictivo en relación con las creencias sobre el enfermo mental.

### Actitudes

Se efectuaron análisis de regresión múltiple considerando como variable dependiente cada una de las dimensiones de la escala de actitudes, y como independientes los cuatro factores de creencias.

En el primer caso, correspondiente a las actitudes hacia el psiquiatra, el modelo tuvo un valor para la  $R_m = .68585$  y una  $R^2 = .47039$ , lo que indica que las variables independientes consideradas explican en su conjunto el 47.04% del total de la varianza. La  $R_{2aj}$  fue de  $.46772$  y el error estándar obtenido fue de  $.49213$ , lo que significa que al predecir puntajes de esta variable a partir de la ecuación de regresión, se tendrá un error de  $\pm .497213$  respecto al puntaje promedio.

Este modelo obtuvo una  $F=176.52571(p<.0000)$ , siendo las creencias positivas y negativas sobre el psiquiatra las dos variables con poder predictivo en relación con las actitudes hacia el mismo (TABLA 47).

**TABLA 47: VARIABLES PREDICTORAS DE LAS ACTITUDES HACIA EL PSIQUIATRA**

Variable	B	SE B	Beta	T	Sig. T
Creencias positivas sobre el psiquiatra	.671397	.029875	.617441	22.474	.0000
Creencias negativas sobre el psiquiatra	.187256	.031836	.171877	5.882	.0000
Creencias sobre el enfermo mental	-.022071	.024297	-.025846	-.908	.3640
Creencias sobre la enfermedad mental	-.000065	.026726	-.000069	-0.002	.9980
Constante	.581325	.152402		3.184	.0001

A continuación se incluyó como variable dependiente la escala integrada con las variables correspondientes al factor 2 de las actitudes, que incluyó reactivos orientados a evaluar las actitudes negativas hacia el complejo actitudinal, incluyendo como independientes las variables que aparecen en la TABLA 48; este modelo tuvo un valor para la  $R_m=.54434$  y una  $R^2=.29631$ , lo que indica que las variables independientes consideradas explican en su conjunto el 29.63% del total de la varianza. La  $R^2_{aj}$  fue de .29277 y el error estándar obtenido fue de .42495, lo que significa que al predecir puntajes de esta variable a partir de la ecuación de regresión, se tendrá un error de  $\pm .42495$  respecto al puntaje promedio.

Este modelo obtuvo una  $F=83.68951 (p<.0000)$ , siendo las creencias sobre la enfermedad mental, la variable de mayor poder predictivo en relación con las actitudes negativas en general, seguida por las creencias respecto al enfermo mental y las creencias negativas sobre el psiquiatra. (TABLA 48).

**TABLA 48: VARIABLES PREDICTORAS DE LAS ACTITUDES NEGATIVAS EN GENERAL**

Variable	B	SE B	Beta	T	Sig. T
Creencias sobre la enfermedad mental	.270934	.023077	.381838	11.740	.0000
Creencias sobre el enfermo mental	.112552	.020980	.175945	5.365	.0000
Creencias negativas sobre el psiquiatra	.126229	.027490	.154667	4.592	.0000
Creencias positivas sobre el psiquiatra	.010568	.025796	.012974	.410	.6822
Constante	1.939955	.131597		14.742	.0000

En el siguiente caso se incluyó como variable dependiente la escala integrada con las variables correspondientes al factor 3 de las actitudes, que incluyó reactivos orientados a evaluar las actitudes hacia el enfermo mental, incluyendo como independientes las variables que aparecen en la TABLA 49; este modelo tuvo un valor para la  $R_m=.41996$  y una  $R^2=.17636$ , lo que indica que las variables independientes consideradas explican en su conjunto el 17.63% del total de la varianza. La  $R^2_{aj}$  fue de .17222 y el error estándar obtenido fue de .60092, lo que significa que al predecir puntajes de esta variable a partir de la ecuación de regresión, se tendrá un error de  $\pm .60092$  respecto al puntaje promedio.

Este modelo obtuvo una  $F=42.55823$  ( $p<.0000$ ), siendo las creencias sobre la enfermedad mental y las positivas sobre el psiquiatra, las variables de mayor poder predictivo en relación con las actitudes hacia el enfermo mental. (TABLA 49).

**TABLA 49: VARIABLES PREDICTORAS DE LAS ACTITUDES HACIA EL ENFERMO MENTAL**

Variable	B	SE B	Beta	T	Sig. T
Creencias sobre la enfermedad mental	.312306	.032634	.336738	9.570	.0000
Creencias positivas sobre el psiquiatra	.260311	.036479	.244490	7.136	.0000
Creencias negativas sobre el psiquiatra	.028070	.038874	.026313	.722	.4705
Creencias sobre el enfermo mental	.015339	.029668	.018345	.517	.6053
Constante	1.332461	.186092		7.160	.0000

Finalmente se incluyó como variable dependiente la escala integrada con las variables correspondientes al factor 4 de las actitudes, que incluyó reactivos orientados a evaluar las actitudes hacia la enfermedad mental, incluyendo como independientes las variables que aparecen en la TABLA 50; este modelo tuvo un valor para la  $R_m=.21536$  y una  $R^2=.04638$ , lo que indica que las variables independientes consideradas explican en su conjunto el 4.63% del total de la varianza. La  $R^2_{aj}$  fue de .04158 y el error estándar obtenido fue de .78991, lo que significa que al predecir puntajes de esta variable a partir de la ecuación de regresión, se tendrá un error de  $\pm .78991$  respecto al puntaje promedio.

Este modelo obtuvo una  $F=9.66616$  ( $p<.0000$ ), siendo las creencias sobre el enfermo mental y el psiquiatra las únicas variables con poder predictivo en relación con las actitudes acerca de la enfermedad mental. (TABLA 50).

**TABLA 50: VARIABLES PREDICTORAS DE LAS ACTITUDES HACIA LA ENFERMEDAD MENTAL**

Variable	B	SE B	Beta	T	Sig. T
Creencias sobre el enfermo mental	.178670	.178670	.174918	4.581	.0000
Creencias negativas sobre el psiquiatra	.103458	.051099	.079389	2.025	.0432
Creencias positivas sobre el psiquiatra	.024708	.047951	.018996	.515	.6065
Creencias sobre la enfermedad mental	.004857	.042897	.004287	.113	.9099
Constante	1.868769	.244617		7.640	.0000

Como se aprecia en las tablas, las actitudes pueden ser explicadas por las creencias de manera significativa en todos los casos, aunque en grado diverso de acuerdo a los porcentajes de varianza explicada. Al utilizar las escalas generales como variables, los porcentajes de varianza explicados fueron más elevados e inferior el error estándar, invirtiéndose esta relación al utilizar los factores como variables, en diversa proporción dependiendo del caso.

Así, mientras las actitudes en general son explicadas por las creencias (ya sea agrupadas o por separado) en un 40%, las actitudes hacia el psiquiatra son explicadas sólo por las creencias hacia el mismo en un 47%, las actitudes negativas en general por las creencias sobre la enfermedad, sobre el enfermo y las negativas sobre el psiquiatra en un 30%, las actitudes hacia el enfermo mental por las creencias sobre la enfermedad y las positivas sobre el psiquiatra en un 18% y las actitudes hacia la enfermedad por las creencias correspondientes al enfermo y las negativas sobre el psiquiatra sólo en un 5%.

### Intenciones conductuales

A continuación se realizaron análisis similares para cada dimensión de la escala de intenciones conductuales, considerando como independientes los factores de actitudes y el riesgo percibido.

Para las intenciones conductuales hacia el psiquiatra el modelo tuvo un valor para la  $R_m = .51254$  y una  $R^2 = .26270$ , lo que indica que las variables independientes consideradas explican en su conjunto el 26.27% del total de la varianza. La  $R^2_{aj}$  fue de .25805 y el error estándar obtenido fue de .56500, lo que significa que al predecir puntajes de esta variable a partir de la ecuación de regresión, se tendrá un error de  $\pm .56500$  respecto al puntaje promedio.

Este modelo obtuvo una  $F = 56.57952$  ( $p < .0000$ ), contribuyendo significativamente todas las variables incluidas a la varianza explicada en relación con las intenciones conductuales evaluadas, en el orden que muestra la TABLA 51.

**TABLA 51: VARIABLES PREDICTORAS DE LAS INTENCIONES RESPECTO AL PSIQUIATRA**

Variable	B	SE B	Beta	T	Sig. T
Actitudes negativas en general	.402218	.043979	.309850	9.146	.0000
Actitudes hacia el psiquiatra	.268559	.031045	.276177	8.651	.0000
Actitudes hacia la enfermedad mental	-.125210	.024999	-.154018	-5.009	.0000
Riesgo	.033077	.011330	.090793	2.920	.0036
Actitudes hacia el Enfermo Mental	.085158	.034436	.085747	2.473	.0136
Constante	1.078384	.203432		5.301	.0000

En el caso de las intenciones respecto a la enfermedad mental se obtuvo un valor para la  $R_m = .28836$  y una  $R^2 = .08315$ , lo que indica que las variables independientes consideradas explican en su conjunto el 8.32% del total de la varianza. La  $R^2_{aj}$  fue de .07738 y el error estándar obtenido fue de 1.03002, lo que significa que al predecir puntajes de esta variable a partir de la ecuación de regresión, se tendrá un error de  $\pm 1.03002$  respecto al puntaje promedio.

Este modelo obtuvo una  $F= 14.40149$  ( $p<.0000$ ), resultando las actitudes negativas en general, las correspondientes a la enfermedad mental, y al enfermo mental las únicas variables con poder predictivo en relación con las intenciones conductuales hacia la enfermedad mental. (TABLA 52).

**TABLA 52: VARIABLES PREDICTORAS DE LAS INTENCIONES RESPECTO A LA ENFERMEDAD MENTAL**

Variable	Beta	SEB	Beta	T	Sig. T
Actitudes negativas en general	.381598	.080176	.179815	4.759	.0000
Actitudes hacia la enfermedad mental	.162779	.045574	.122479	3.572	.0004
Actitudes hacia el enfermo mental	.147268	.062778	.090705	2.346	.0192
Riesgo	.029014	.020654	.048716	1.405	.1605
Actitudes hacia el Psiquiatra	.008520	.056597	.005359	.151	.8804
Constante	.528878	.370865		1.426	.1542

En el caso de las intenciones hacia el enfermo mental el modelo tuvo un valor para la  $R_m=.48829$  y una  $R^2=.23843$ , lo que indica que las variables independientes consideradas explican en su conjunto el 23.84% del total de la varianza. La  $R_{2aj}$  fue de .23363 y el error estándar obtenido fue de .51647. Este modelo obtuvo una  $F= 49.71584$  ( $p<.0000$ ), resultando las actitudes negativas en general y las correspondientes al enfermo mental las variables de mayor poder predictivo, seguidas por los otros dos tipos de actitudes. (TABLA 53).

**TABLA 53: VARIABLES PREDICTORAS DE LAS INTENCIONES RESPECTO AL ENFERMO MENTAL**

Variable	Beta	SEB	Beta	T	Sig. T
Actitudes negativas en general	.373432	.040202	.319843	9.289	.0000
Actitudes hacia el enfermo mental	.161241	.031478	.180511	5.122	.0000
Actitudes hacia la enfermedad mental	.082949	.022851	.113444	3.630	.0003
Actitudes hacia el psiquiatra	.082293	.028379	.094090	2.900	.0038
Riesgo	.011680	.010356	.035647	1.128	.2597
Constante	.957852	.185959		5.151	.0000

Las escalas correspondientes a los reactivos específicos de intenciones conductuales resultaron en cada caso explicadas fundamentalmente por las actitudes correspondientes. Esto es, las actitudes hacia el psiquiatra, hacia la enfermedad y hacia el enfermo mental resultaron en cada caso, junto con las actitudes negativas en general, que incluyen los tres tipos de reactivos, las variables de mayor poder predictivo para las intenciones conductuales correspondientes, aunque en el caso de la enfermedad mental, el porcentaje de varianza explicada fue notablemente bajo, quizá por tratarse de un constructo más abstracto. El riesgo por su parte, como variable predictora, sólo resultó significativo en el caso de las escalas generales y en las correspondientes al psiquiatra.

## Conducta

Finalmente se tomó como variable dependiente la conducta y se incluyeron como independientes los tres factores de intenciones, la necesidad experimentada y la disponibilidad percibida; este modelo tuvo un valor para la  $R_m = .78765$  y una  $R^2 = .62039$ , lo que indica que las variables independientes consideradas explican en su conjunto el 62.04% del total de la varianza. La  $R^2_{aj}$  fue de .61800 y el error estándar obtenido fue de 1.27011, lo que significa que al predecir puntajes de esta variable a partir de la ecuación de regresión, se tendrá un error de  $\pm 1.27011$  respecto al puntaje promedio.

Este modelo obtuvo una  $F = 259.52106$  ( $p < .0000$ ), siendo la necesidad experimentada la variable de mayor poder predictivo en relación con la conducta evaluada, seguida a gran distancia por la disponibilidad percibida y por las intenciones en relación con la enfermedad mental (TABLA 54).

**TABLA 54: VARIABLES PREDICTORAS DE LA CONDUCTA EVALUADA**

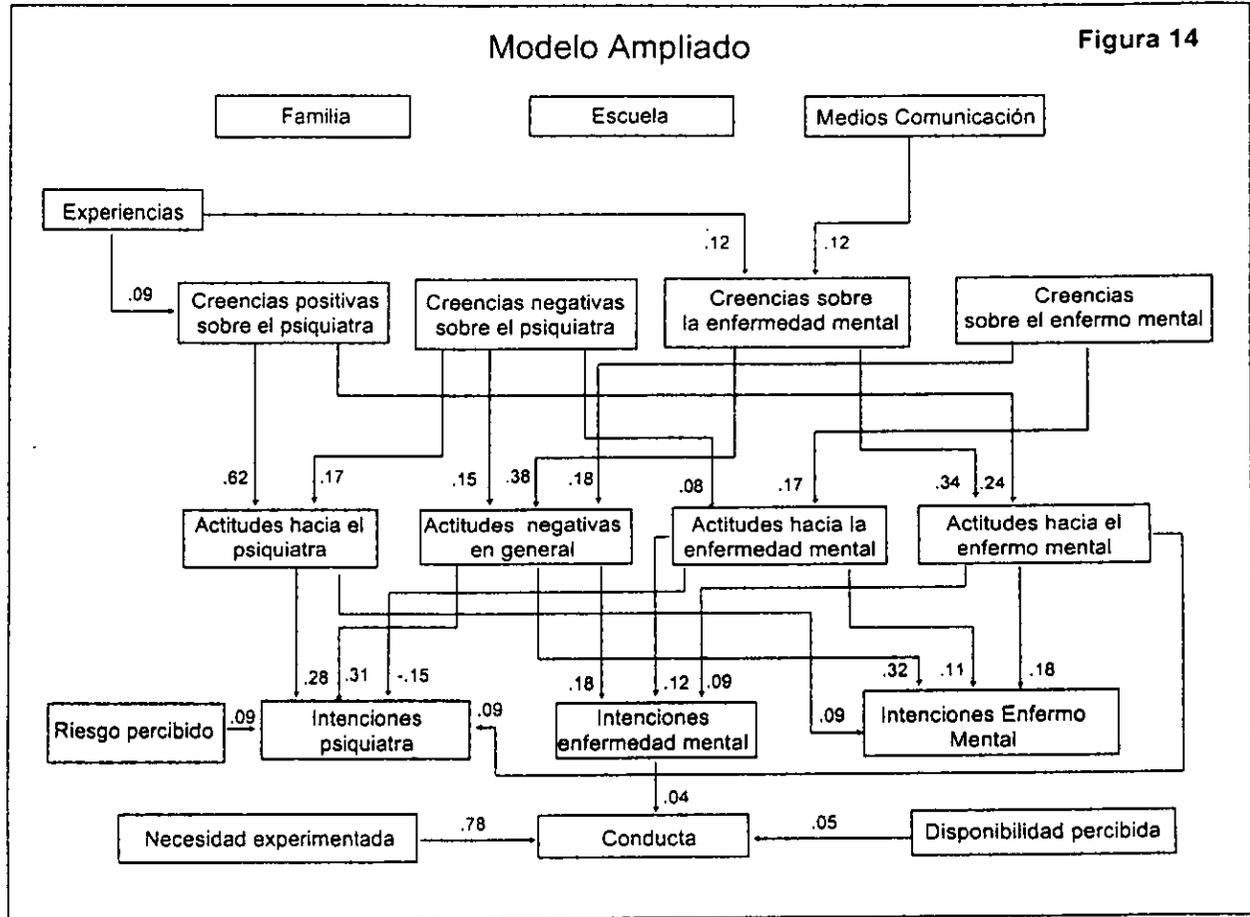
Variable	B	SEB	Beta	t	Sig.
Necesidad	3.411618	.095914	.782609	35.570	.0000
Disponibilidad	.051697	.024674	.046357	2.095	.0365
Intenciones enfermedad mental	.084192	.042600	.043934	1.976	.0485
Intenciones psiquiatra	.094256	.070740	.030086	1.332	.1831
Intenciones enfermo mental	.030337	.078155	.008709	.388	.6980
Constante	-1.080457	.388718		-2.780	.0056

Los resultados obtenidos hasta aquí se presentan gráficamente en la FIGURA 14. Como se aprecia, los resultados son similares a los obtenidos para el modelo original, y al igual que en ese caso, se ajustan sólo parcialmente al modelo. Esto es, nuevamente se encontraron coeficientes importantes entre los factores correspondientes a las creencias, las actitudes y las intenciones, corroborándose que las primeras en efecto pueden predecir las actitudes y éstas a su vez las intenciones conductuales.

Sin embargo, como era de esperarse, las fuentes de las creencias no quedan explicadas satisfactoriamente a partir de las variables propuestas, las experiencias, el riesgo y la disponibilidad percibida no contribuyen de manera sensible a explicar el modelo, y la conducta resulta aparentemente poco influenciada por las intenciones, dependiendo de manera importante de la necesidad experimentada.

Modelo Ampliado

Figura 14



Finalmente se decidió probar la aplicabilidad del modelo considerando por separado las escalas correspondientes a cada uno de los tres objetos actitudinales considerados.

### MODELO CORRESPONDIENTE AL PSIQUIATRA

Las primeras dos regresiones, concernientes a las creencias positivas y negativas sobre el psiquiatra, corresponden a las efectuadas para el modelo ampliado. En el caso de las positivas, los resultados aparecen en la TABLA 55, mientras que para las negativas el modelo no obtuvo valor significativo, ya que ninguna de las variables independientes resultó significativamente predictor.

A continuación, se efectuaron análisis de regresión múltiple considerando como variable dependiente la escala de actitudes hacia el psiquiatra, y como independientes los dos factores de creencias relacionados con el mismo.

En el primer caso, correspondiente a las actitudes hacia el psiquiatra, el modelo tuvo un valor para la  $R_m = .68542$  y una  $R^2 = .46980$ , lo que indica que las variables independientes consideradas explican en su conjunto el 46.98% del total de la varianza. La  $R^2_{aj}$  fue de .46847 y el error estándar obtenido fue de .49179. Este modelo obtuvo una  $F = 353.10048$  ( $p < .0000$ ), siendo las creencias positivas y negativas sobre el psiquiatra las dos variables con poder predictivo en relación con las actitudes hacia el mismo (TABLA 55).

**TABLA 55: VARIABLES PREDICTORAS DE LAS ACTITUDES HACIA EL PSIQUIATRA**

Variable	B	SE	T	Sig. T	
Creencias positivas sobre el psiquiatra	.676493	.029189	.622127	23.176	.0000
Creencias negativas sobre el psiquiatra	.177567	.029245	.162984	6.072	.0000
Constante	.526250	.124027		4.243	.0000

Para las intenciones conductuales hacia el psiquiatra el modelo tuvo un valor para la  $R_m = .36595$  y una  $R^2 = .13392$ , lo que indica que las variables independientes consideradas explican en su conjunto el 13.39% del total de la varianza. La  $R^2_{aj}$  fue de .13175 y el error estándar obtenido fue de .61121. Este modelo obtuvo una  $F = 61.61870$  ( $p < .0000$ ) TABLA 56.

**TABLA 56: VARIABLES PREDICTORAS DE LAS INTENCIONES CONDUCTUALES HACIA EL PSIQUIATRA**

Variable	B	SE B	Beta	T	Sig. T
Actitudes hacia el psiquiatra	.309738	.032281	.318524	9.595	.0000
Riesgo percibido	.053365	.012094	.146481	4.413	.0000
Constante	2.183116	.160746		135817	.0000

Finalmente se tomó como variable dependiente la conducta y se incluyeron como independientes las intenciones conductuales respecto al psiquiatra, la necesidad experimentada y la disponibilidad percibida; este modelo tuvo un valor para la  $R_m = .78637$  y una  $R^2 = .61838$ , lo que indica que las variables independientes consideradas explican en su conjunto el 61.84% del total de la varianza. La  $R^2_{aj}$  fue de .61692 y el error estándar obtenido fue de 1.27186. Este modelo obtuvo una  $F = 429.95408$  ( $p < .0000$ ) (TABLA 57).

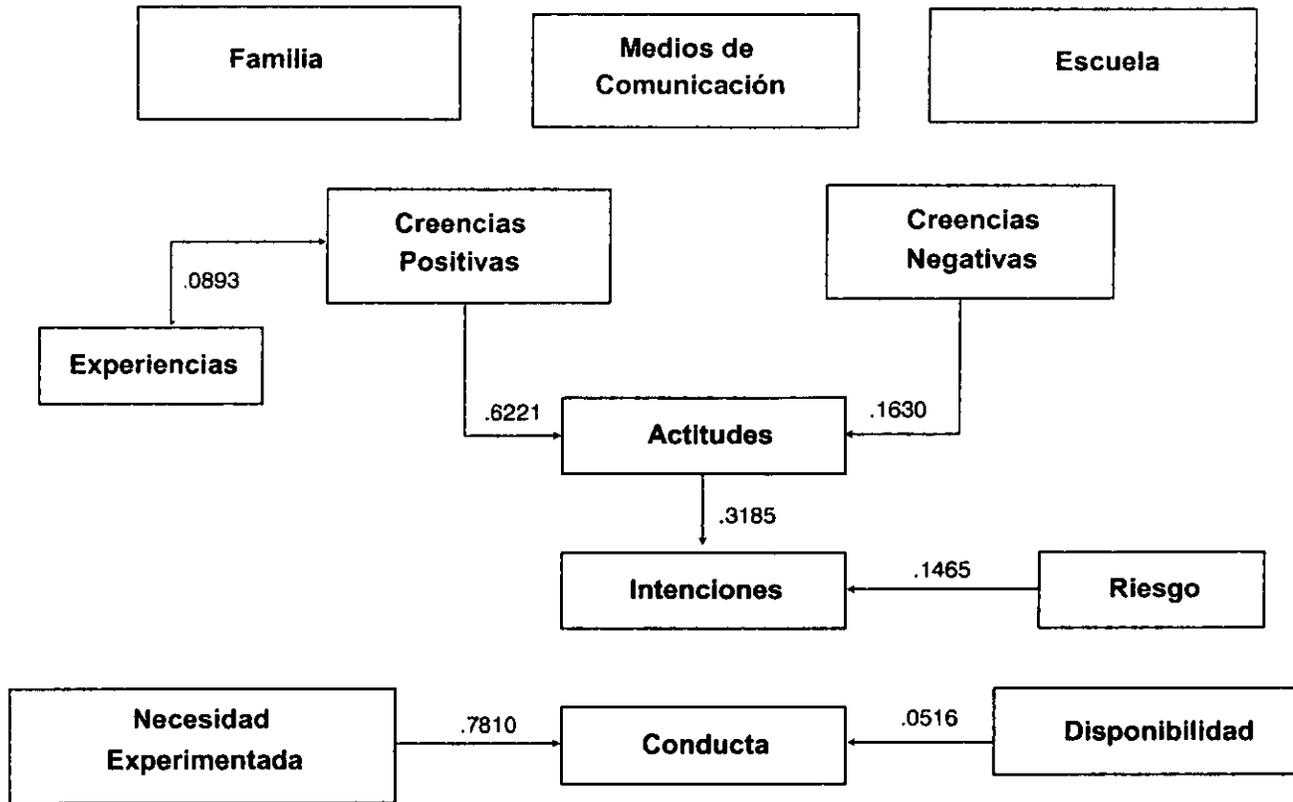
**TABLA 57: VARIABLES PREDICTORAS DE LA CONDUCTA EVALUADA**

Variable	B	SE B	Beta	T	Sig. T
Necesidad	3.404744	.095979	.781032	35.474	.0000
Disponibilidad	.057538	.024456	.051595	2.353	.0189
Intenciones psiquiatra	.118241	.069064	.037742	1.712	.0873
Constante	-.821286	.317770		-2.585	.0099

Los resultados para este modelo se presentan gráficamente en la FIGURA 15.

# PSIQUIATRA

Figura 15



## MODELO CORRESPONDIENTE A LA ENFERMEDAD MENTAL

La primera regresión, para el caso de las creencias sobre la enfermedad mental, corresponde a la efectuada para el modelo ampliado, y sus resultados aparecen en la TABLA 46.

A continuación, se efectuó un análisis de regresión lineal considerando como variable dependiente la escala integrada con las variables correspondientes al factor 4 de las actitudes, que incluyó reactivos orientados a evaluar las actitudes hacia la enfermedad mental, y como independiente las creencias sobre la enfermedad mental.

El modelo tuvo un valor para la  $R_m = .08545$  y una  $R^2 = .00730$ , lo que indica que la variable independiente sólo explica el 0.73% del total de la varianza. La  $R_{2aj}$  fue de .00606 y el error estándar obtenido fue de .80441. Este modelo obtuvo una  $F = 5.86974$  ( $p < .0156$ ). (TABLA 58).

**TABLA 58: VARIABLES PREDICTORAS DE LAS ACTITUDES HACIA LA ENFERMEDAD MENTAL**

Variable	B	SE B	Beta	T	Sig. T
Creencias sobre la enfermedad mental	.096815	.039961	.085451	2.423	.0156
Constante	2.530213	.151878		16.660	.0000

En el caso de las intenciones hacia la enfermedad mental el modelo tuvo un valor para la  $R_m = .17749$  y una  $R^2 = .03150$ , lo que indica que las variables independientes consideradas explican en su conjunto el 3.15% del total de la varianza. La  $R_{2aj}$  fue de .02907 y el error estándar obtenido fue de 1.05664. Este modelo obtuvo una  $F = 12.96167$  ( $p < .0000$ ) (TABLA 59).

**TABLA 59: VARIABLES PREDICTORAS DE LAS INTENCIONES CONDUCTUALES HACIA LA ENFERMEDAD MENTAL**

Variable	B	SE B	Beta	T	Sig. T
Actitudes hacia la enfermedad mental	.202015	.046332	.152001	4.360	.0000
Riesgo percibido	.053722	.020763	.090201	2.587	.0098
Constante	2.157277	.254512		8.476	.0000

Finalmente se tomó como variable dependiente la conducta y se incluyeron como independientes las intenciones conductuales respecto a la enfermedad mental, la necesidad experimentada y la disponibilidad percibida; este modelo tuvo un valor para la  $R_m = .78699$  y una  $R^2 = .61935$ , lo que indica que las variables independientes consideradas explican en su conjunto el 61.94% del total de la varianza. La  $R^2_{aj}$  fue de .61791 y el error estándar obtenido fue de 1.27025. Este modelo obtuvo una  $F = 431.71303$  ( $p < .0000$ ) (TABLA 60).

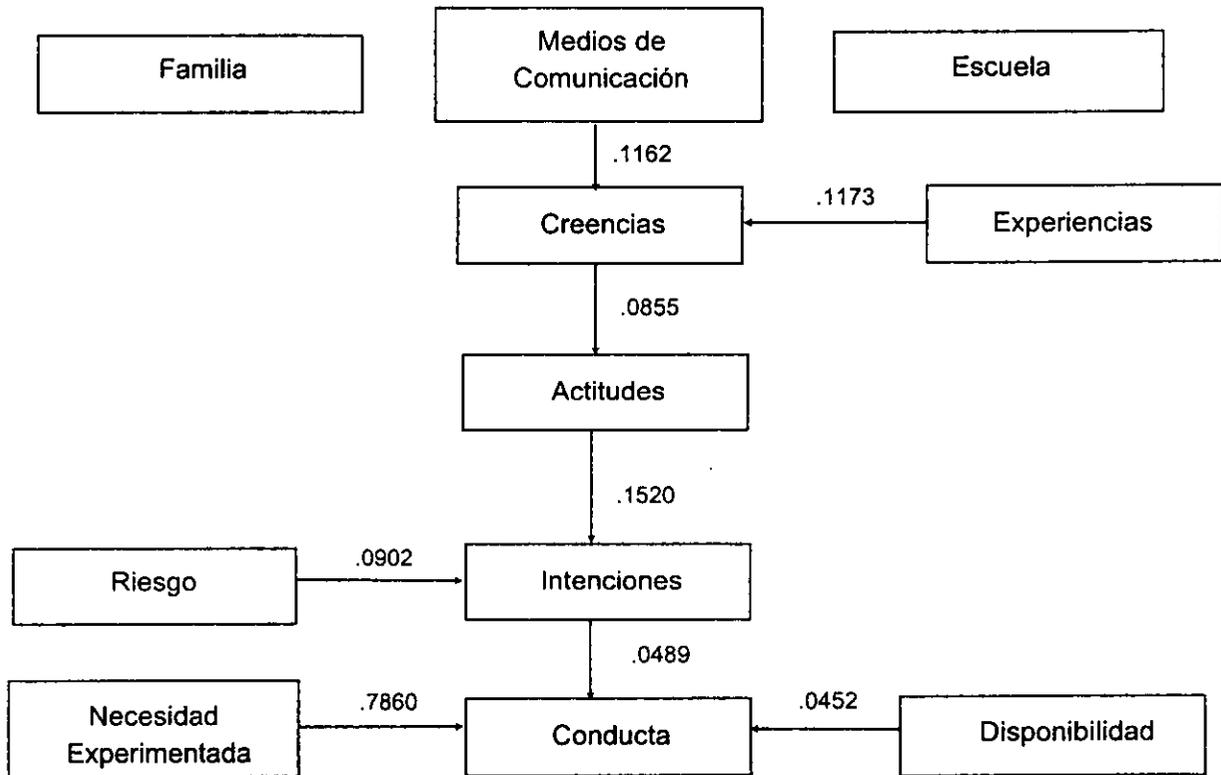
**TABLA 60: VARIABLES PREDICTORAS DE LA CONDUCTA EVALUADA**

Variable	B	SE B	Beta	T	Sig. T
Necesidad	3.426446	.095372	.786010	35.927	.0000
Intenciones enfermedad mental	.093669	.042091	.048879	2.225	.0263
Disponibilidad	.050417	.024492	.045209	2.058	.0399
Constante	-.637805	.209189		-3.049	.0024

Los resultados para este modelo se presentan gráficamente en la FIGURA 16.

Figura 16

# ENFERMEDAD MENTAL



## MODELO CORRESPONDIENTE AL ENFERMO MENTAL

La primera regresión, en relación con las creencias sobre el enfermo mental, corresponde a la efectuada para el modelo ampliado, cuyos resultados no fueron significativos.

A continuación, se efectuó un análisis de regresión lineal considerando como variable dependiente la escala de actitudes hacia el enfermo mental y como independiente las creencias relacionadas con el mismo.

Este modelo tuvo un valor para la  $R_m = .12036$  y una  $R^2 = .01449$ , lo que indica que las variables independientes consideradas explican en su conjunto el 1.45% del total de la varianza. La  $R^2_{aj}$  fue de .01325 y el error estándar obtenido fue de .65609. Este modelo obtuvo una  $F = 11.73086$  ( $p < .0006$ ). (TABLA 61).

**TABLA 61: VARIABLES PREDICTORAS DE LAS ACTITUDES HACIA EL ENFERMO MENTAL**

Variable	B	SE B	Beta	T	Sig. T
Creencias sobre el enfermo mental	.100640	.029384	.120363	3.425	.0006
Constante	3.256584	.095552		34.082	.0000

En el caso de las intenciones hacia el enfermo mental el modelo tuvo un valor para la  $R_m = .35803$  y una  $R^2 = .12818$ , lo que indica que las variables independientes consideradas explican en su conjunto el 12.82% del total de la varianza. La  $R^2_{aj}$  fue de .12600 y el error estándar obtenido fue de .55155. Este modelo obtuvo una  $F = 58.59143$  ( $p < .0000$ ) (TABLA 62).

**TABLA 62: VARIABLES PREDICTORAS DE LAS INTENCIONES CONDUCTUALES HACIA EL ENFERMO MENTAL**

Variable	B	SE B	Beta	T	Sig. T
Actitudes hacia el enfermo mental	.302548	.029772	.338707	10.162	.0000
Riesgo percibido	.026686	.010921	.081442	2.444	.0148
Constante	2.239635	.146469		15.291	.0000

Finalmente se tomó como variable dependiente la conducta y se incluyeron como independientes las intenciones conductuales respecto al enfermo mental, la necesidad experimentada y la disponibilidad percibida; este modelo tuvo un valor para la  $R_m = .78570$  y una  $R^2 = .61732$ , lo que indica que las variables independientes consideradas explican en su conjunto el 61.73% del total de la varianza. La  $R^2_{aj}$  fue de .61588 y el error estándar obtenido fue de 1.27363. Este modelo obtuvo una  $F = 428.02419$  ( $p < .0000$ ) (TABLA 63).

**TABLA 63: VARIABLES PREDICTORAS DE LA CONDUCTA EVALUADA**

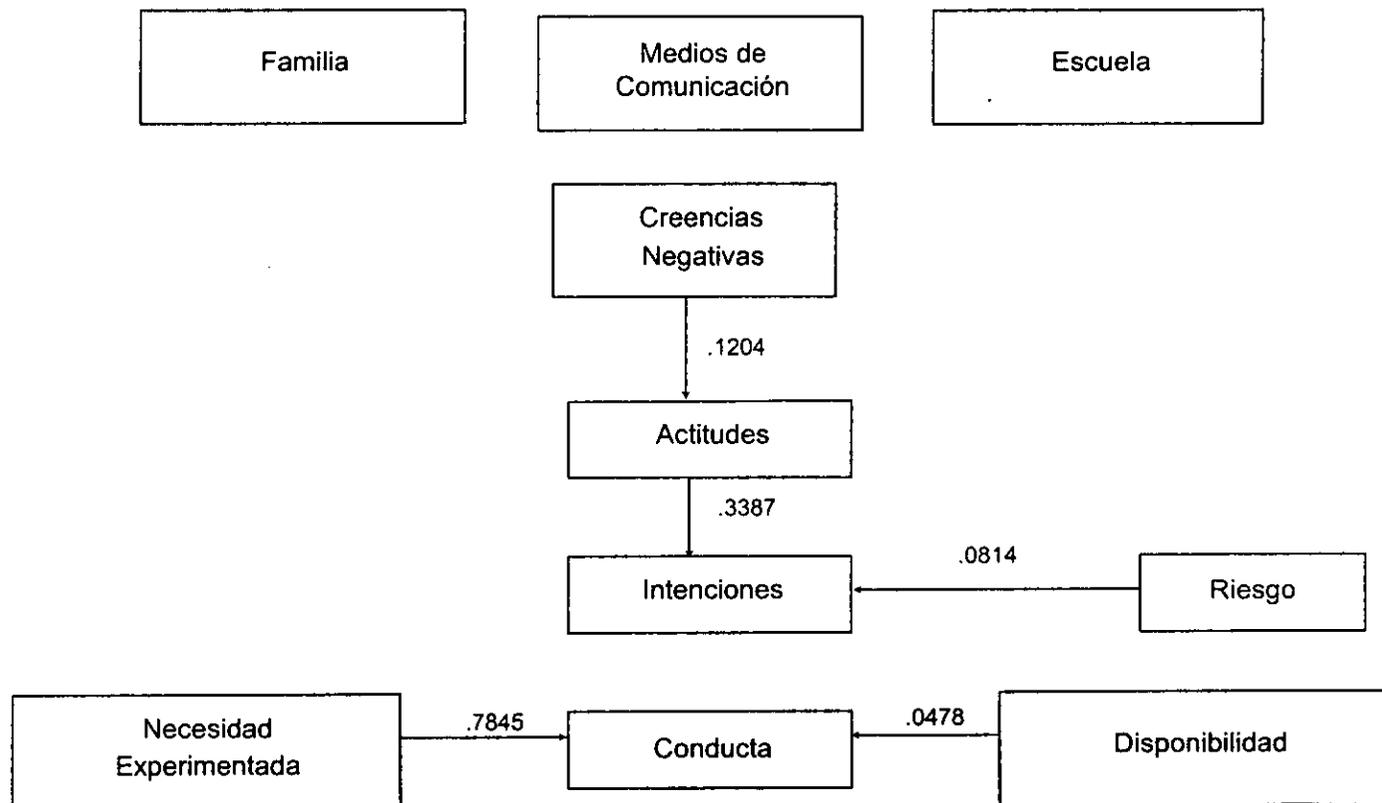
Variable	B	SE B	Beta	T	Sig. T
Necesidad	3.419834	.095626	.784494	35.763	.0000
Disponibilidad	.053282	.024579	.047778	2.168	.0305
Intenciones enfermo mental	.064847	.076770	.018617	.845	.3985
Constante	-.578602	.309247		-1.871	.0617

Los resultados para este modelo se presentan gráficamente en la FIGURA 17.

Como se aprecia en las FIGURAS 15 a 17, en los tres casos se reproduce el patrón previo, de manera simplificada.

Figura 17

# ENFERMO MENTAL



## VIII. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

---

Como se plantea en el problema de investigación, el propósito fundamental de esta investigación fue determinar cuales son las creencias, actitudes e intenciones conductuales prevalecientes en un sector de la población general de la ciudad de México, en relación con la enfermedad mental, los enfermos mentales y los psiquiatras responsables de su atención. A este respecto, a partir de los análisis descriptivos realizados es posible plantear una descripción general de lo que la población investigada cree acerca de los tópicos que se abordaron.

Con relación a la psiquiatría, se le considera una profesión respetable y se reconoce que cualquiera puede llegar a necesitar la ayuda de un psiquiatra; la mayor parte de la muestra califica a los psiquiatras como médicos capacitados para curar enfermedades mentales, cree que los psiquiatras mejoran a sus pacientes y piensa que aunque sus problemas no sean graves, un psiquiatra podría ayudarle. El psiquiatra es descrito como un profesionista indispensable para la sociedad, que ayuda a resolver problemas y trata siempre de ayudar a sus pacientes.

Sin embargo, en el aspecto negativo, aun persisten sectores de la población que consideran que los psiquiatras son peligrosos, que pueden controlar la mente de sus pacientes y que abusan del poder que tienen sobre ellos. Porcentajes inferiores aunque importantes, manifestaron creer que los psiquiatras en vez de curar, empeoran al paciente y los califican como charlatanes. En este contexto, también destacan quienes piensan que la mayoría de los psiquiatras están locos, que sólo buscan sacar dinero y que culpan de todo al sexo. Así mismo, se constató que aun persiste en una proporción reducida de la población, la creencia de que sólo quienes tienen problemas mentales graves y quienes están locos deben ir al psiquiatra, que éste siempre receta medicinas y que este tipo de medicamentos atonta a la gente.

En lo concerniente a las enfermedades mentales, la mayor parte de la muestra las definió como enfermedades del sistema nervioso, no del espíritu, que no siempre son sinónimo de locura y constituyen un problema grave para la sociedad. Adicionalmente, la mayoría consideró que no son contagiosas y se pueden prevenir, sin embargo, una proporción considerable piensa que son hereditarias e incurables.

En cuanto a las causas que las provocan o desencadenan, como es lógico dado que aún entre los especialistas en la materia existe gran divergencia de opiniones, no se encontró una tendencia mayoritaria al atribuir las al exceso de problemas, a los problemas en la infancia, a los problemas sociales, a conflictos en la esfera de la sexualidad o a implicaciones religiosas.

Por lo que concierne a los métodos utilizados para su tratamiento, la mayoría descartó las operaciones del cerebro y destacó la importancia terapéutica del afecto y apoyo familiar, manifestando dudas respecto a la eficacia, peligrosidad y accesibilidad de los tratamientos psiquiátricos. Aunque esta es la descripción del porcentaje mayoritario de la muestra, una proporción inferior manifestó creencias en sentido opuesto.

Con relación a los enfermos mentales, la mayor parte los describió como muy nerviosos y raros, aunque hubo divergencia en cuanto a su peligrosidad y tendencia a la violencia y a la delincuencia. Respecto a su inteligencia, más de la mitad de la muestra piensa que los enfermos mentales son personas muy inteligentes, mientras que porcentajes inferiores los describen como retrasados mentales, tontos y locos. Hubo un notable consenso en cuanto a que los enfermos mentales necesitan la ayuda de un psiquiatra, pueden colaborar para su curación y no son culpables de lo que les pasa, pero menor acuerdo en cuanto a que sean responsables de sus actos y capaces de bastarse a sí mismos.

Respecto a las creencias concernientes con la inserción social de los enfermos mentales, la mayoría piensa que los enfermos mentales merecen el apoyo de la sociedad, pero es inferior el acuerdo en cuanto a que puedan ser útiles para la sociedad y con respecto a la necesidad de mantenerlos encerrados. La mayor parte de las respuestas fueron en el sentido de que hay muchas maneras de ayudar a un enfermo mental, de que cualquiera pueda llegar a ser un enfermo mental y de que éstos pueden llevar una vida normal.

Pasando al área de las actitudes, la mayor parte de los entrevistados tendió a manifestar respeto, confianza, simpatía, agrado y admiración hacia los psiquiatras. Asimismo, manifestaron que en caso de requerirlo, les tranquilizaría contar con la ayuda de un psiquiatra. En el aspecto negativo aunque los porcentajes fueron reducidos, la muestra reportó sentimientos de temor, angustia, disgusto y vergüenza en relación con la atención psiquiátrica.

En relación con las enfermedades mentales, una parte importante de la muestra manifestó mucho interés en el tema y destacaron quienes consideran que si llegaran a tener una enfermedad mental, serían capaces de enfrentarla y tendrían esperanzas de curarse; asimismo casi todos los sujetos afirmaron sentir admiración por quienes logran superar este tipo de enfermedades. Aunque más de la mitad de los entrevistados rechazó sentir vergüenza o miedo en relación con estas enfermedades, porcentajes similares consideraron terrible la posibilidad de llegar a padecer una enfermedad mental y manifestaron temor ante tal posibilidad.

En relación con los enfermos mentales, más de tres cuartas partes de los entrevistados afirmaron sentir preocupación por su suerte y declararon que les gustaría apoyar a los enfermos mentales. Las actitudes más positivas hacia los enfermos mentales fueron caracterizadas por el respeto, la simpatía, la confianza, la lástima y la compasión, mientras que en el aspecto negativo más de un tercio manifestó sentir desconfianza y porcentajes menores reconocieron experimentar desinterés, miedo, molestia, desprecio e incluso asco.

En lo concerniente a las intenciones conductuales con relación a la búsqueda de ayuda psiquiátrica en caso de requerirla, la gran mayoría de los entrevistados manifestó una disposición positiva. Las intenciones conductuales con relación a la enfermedad mental se manifestaron mayoritariamente en un sentido positivo de proporcionar ayuda a quien la padece y de tomar acciones tendientes a la recuperación de la salud, aunque una tercera parte de los sujetos reportó desconocimiento de las posibles acciones a tomar en caso de presentarse una enfermedad mental, en tanto que un porcentaje mínimo de la muestra reconoció intenciones de ocultar el problema y de rechazar a quien lo padeciera.

Con relación más específica al contacto personal y el posible involucramiento con los enfermos mentales, los porcentajes más elevados de aceptación correspondieron a situaciones de mayor distancia social, como relaciones de trabajo y amistad, mientras que en el caso de relaciones de mayor intimidad, más de la mitad de los sujetos rechazó la posibilidad de casarse con un enfermo mental y menos de la cuarta parte aseguró que aceptaría que uno de sus hijos se casara con un enfermo mental.

Otro aspecto relevante a nivel descriptivo es el relativo a experiencias concretas referidas por los sujetos, destacando el hecho de que una tercera parte de ellos reconoció haber padecido algún tipo de problemas emocionales o nerviosos y de éstos, más de la mitad reportó haber buscado ayuda para ellos, lo que significa que aproximadamente una quinta parte de los entrevistados ha experimentado malestares lo suficientemente intensos como para haberles conducido a la búsqueda de apoyo externo. Aunque este dato no pretende considerarse con validez en términos epidemiológicos, si constituye un parámetro interesante en relación con la prevalencia de trastornos emocionales o mentales en la población general.

Importante es también destacar que alrededor del 10% de los sujetos manifestó haber recurrido a profesionales de la salud mental, sin embargo, menos del 2% mencionó problemas específicos de salud mental, reforzando la impresión de que persiste un notable desconocimiento de los trastornos padecidos y probablemente poca información proporcionada a los pacientes por parte de los especialistas.

Otro dato alentador que se desprende de esta investigación es el hecho de que más del 85% de los entrevistados afirmó saber de la existencia de servicios para la atención de la salud mental en México y aseguró que sabría a dónde acudir para recibir ayuda en caso de requerirla. Habría que acotar que este porcentaje tan elevado se ubica geográficamente en la capital del país, donde se concentra la mayor disponibilidad de servicios de salud, tanto generales como especializados, y que los porcentajes probablemente serían muy inferiores en poblaciones semi urbanas y rurales.

En lo referente a las variables sociodemográficas, de los resultados obtenidos se desprende que ni el género ni el nivel socioeconómico de los sujetos constituyen variables importantes en relación con el complejo actitudinal en términos generales, ya que no se encontraron diferencias significativas asociadas con ellas en la mayoría de las escalas y factores, en concordancia con lo reportado en estudios previos (Angermeyer y Matschinger, 1997; Brockman y D'Arcy, 1978; Hollinshead y Redlich, 1985).

Las excepciones serían las creencias y las actitudes en relación con el psiquiatra, que resultaron más favorables en las mujeres que en los hombres y las creencias sobre el enfermo mental, que resultaron más negativas entre las mujeres. El interés por los enfermos mentales resultó mayor entre las mujeres, aunque sus actitudes en relación con las enfermedades mentales fueron más negativas que en los hombres.

Los sujetos correspondientes al nivel socioeconómico bajo manifestaron creencias más positivas en relación con el psiquiatra, así como menor tendencia a identificar la enfermedad mental con locura, que aquellos del nivel socioeconómico medio. En el mismo sentido, sus actitudes en general y particularmente respecto al psiquiatra, fueron más positivas en el nivel socioeconómico bajo. Sin embargo, tanto las intenciones como las conductas reportadas no mostraron diferencias significativas atribuibles al género ni al nivel socioeconómico.

En relación con la edad, en términos generales se encontró una tendencia a manifestar creencias, actitudes e intenciones conductuales más positivas conforme menor la edad (en coincidencia con Angermeyer y Matschinger, 1997; Brockman y D'Arcy, 1978; Clark y Binks, 1966; Cumming y Cumming, 1957; Crocetti y Lemkau, 1963; Graves y cols, 1971; Trute y cols, 1989 y Rabkin, 1974).

Por lo que concierne al nivel de escolaridad, la tendencia fue en el sentido de manifestaciones más positivas al ascender el nivel correspondiente hasta el grado de preparatoria o carrera técnica, en concordancia con múltiples estudios previos (Angermeyer y Matschinger, 1997; Brockman y D'Arcy, 1978; Cumming y Cumming, 1957; Dohrenwend y Chin-Shong, 1967; Trute y cols, 1989), lo cual vendría a fortalecer la hipótesis de que la educación en términos de salud mental es la principal herramienta disponible para mejorar la disposición del público respecto a la problemática de la enfermedad mental.

En cuanto a la ocupación, clasificada en 9 grupos, se encontraron diferencias significativas en la mayoría de las escalas, con excepción de las creencias positivas sobre el psiquiatra, las actitudes hacia el mismo, las actitudes hacia la enfermedad mental, las intenciones respecto al psiquiatra y la conducta reportada. En términos generales, las diferencias encontradas indican creencias, actitudes e intenciones más positivas en los grupos de ejecutivos, estudiantes, profesionistas y empleados, y las menos positivas entre los jubilados y obreros.

Por otra parte, los resultados indican la presencia de actitudes más positivas hacia el psiquiatra y el enfermo mental e intenciones más favorables en relación con los psiquiatras, por parte de quienes reportaron haber padecido problemas emocionales o nerviosos. De ellos, quienes buscaron ayuda tuvieron creencias, actitudes e intenciones conductuales significativamente más positivas que quienes no lo hicieron. Por otra parte, también se encontraron creencias, actitudes e intenciones conductuales significativamente más positivas entre quienes reportaron haber tenido contacto directo con un psicólogo o psiquiatra.

Este hallazgo es relevante y coincide con los reportados por autores como Angermeyer y Matschinger (1976c, 1977) a partir de investigaciones realizadas en otras culturas, en el sentido de las experiencias directas con enfermos mentales y psiquiatras se asocian con actitudes e intenciones más favorables, lo que constituye adicionalmente una de las premisas básicas de la psiquiatría comunitaria, esto es, que el contacto personal es el medio más eficiente para reducir los sentimientos de temor y desconfianza.

Desde luego faltaría determinar si sus creencias y actitudes positivas determinaron la conducta de búsqueda de ayuda o si tal conducta y la experiencia correspondiente modificó actitudes preexistentes en un sentido positivo. En este sentido, la expectativa no sería que se incremente la proporción de sujetos expuestos directamente a este tipo de experiencias, sino que el efecto positivo que ellas generan se propague por medio de amplias campañas de difusión en torno a los avances científicos recientes logrados por las ciencias médicas en el campo de la salud mental.

Los resultados en relación con los agentes de socialización investigados, reportaron diferencias significativas sólo en algunas escalas, particularmente las correspondientes a la enfermedad y el enfermo mental, con creencias, actitudes, intenciones y conductas más positivas por parte de quienes dijeron haber recibido alguna información sobre el tema a partir de comunicación interpersonal con familiares o amigos, pero no a partir de la educación escolar. Estos resultados vienen a destacar la necesidad de considerar la inclusión y ampliación de temas relativos a la salud mental en los planes y programas de educación básica y media.

En cuanto a los medios masivos de comunicación, aunque los resultados obtenidos son muy generales, se encontró una tendencia a manifestaciones más positivas por parte de quienes sí habían estado expuestos a información sobre el tema por tales medios, lo que confirma la importancia que éstos tienen en relación con las creencias y actitudes en torno a la enfermedad mental y a los psiquiatras, en concordancia con estudios previos (García, 1993b; Hyler, 1988; Levey y Howells, 1994; Matas, El-Guebaly, Peterkin, Green y Harper, 1985; Nunnally, 1957; Signorielli, 1989).

A partir de las hipótesis planteadas que pudieron comprobarse mediante análisis estadísticos, fue posible llegar a las siguientes conclusiones:

La conducta evaluada en relación con la enfermedad mental, los enfermos mentales y los psiquiatras, puede ser explicada primordialmente con base en la necesidad experimentada por los sujetos, y con menor influencia, por la disponibilidad que perciben de servicios accesibles para su atención y por sus intenciones conductuales al respecto.

Las intenciones conductuales manifestadas con respecto a los psiquiatras, las enfermedades y los enfermos mentales, pueden ser explicadas a partir de las actitudes evaluadas, siendo las actitudes negativas en general las de mayor peso predictivo, seguidas por las actitudes hacia el enfermo mental, hacia el psiquiatra y hacia la enfermedad mental, en ese orden, y en menor grado, por el riesgo percibido de padecer una enfermedad mental.

La integración de las actitudes con respecto a la enfermedad mental, a los enfermos mentales y a los psiquiatras en un sistema actitudinal se descartó como hipótesis, al encontrar correlaciones bajas entre las escalas correspondientes, aunque el análisis factorial integró, obviamente por sus elevadas correlaciones, algunos reactivos correspondientes a los tres objetos actitudinales, específicamente aquellos de carácter negativo, en un sólo factor. Sin embargo, se sugiere la conveniencia de continuar investigándolas de manera independiente.

Las actitudes con respecto a la enfermedad mental, los enfermos mentales y los psiquiatras, pueden ser explicadas en su conjunto por las creencias que se tienen sobre ellos, resultando las de mayor poder predictivo las positivas sobre el psiquiatra y a las correspondientes a la enfermedad mental, seguidas por las concernientes al enfermo mental y el psiquiatra, en ese orden.

La hipótesis de que las creencias dependen de las influencias culturales transmitidas por los agentes de socialización y de las experiencias vividas no pudo ser comprobada, dado que aunque en algunos casos las variables consideradas obtuvieron resultados significativos en los análisis de regresión, los porcentajes de varianza explicada resultaron bajos.

Una posible explicación deberá buscarse considerando otras posibles variables que puedan explicar las creencias sustentadas, pero principalmente, realizando estudios más específicos en cuanto a la medición de la influencia de los agentes de socialización, que en el presente caso se evaluaron en términos demasiado generales.

Respecto a la influencia que hipotéticamente ejercen las experiencias vividas sobre las creencias y actitudes en torno a la salud mental, el análisis de los datos obtenidos no arrojó resultados determinantes, ya que aunque en ambos casos la experiencia ejerció una influencia significativa, ésta explica porcentajes mínimos de la varianza. En cuanto a la hipótesis de que conforme mayor es la necesidad experimentada, más activas serán las conductas tendientes a la búsqueda de atención, ésta se confirmó al probarse la existencia de una elevada y significativa correlación positiva entre ambas variables.

Por otra parte, también se comprobó que a mayor número de creencias manifestadas, las actitudes resultaron más intensas o extremas, tanto a nivel global, como en un nivel más específico, en el que se encontró una elevada correlación entre las creencias y las actitudes hacia el psiquiatra, así como entre las creencias sobre la enfermedad mental y las actitudes negativas en general. Las actitudes hacia el enfermo mental tuvieron además correlaciones importantes con las creencias sobre la enfermedad mental.

Finalmente, en relación con los análisis realizados para someter a prueba el modelo propuesto y comprobar de su capacidad predictiva, los resultados en términos de regresión múltiple permitieron probar su adecuación y utilidad como base teórica, confirmándose su capacidad predictiva especialmente en su parte nuclear, correspondiente a la propuesta teórica básica de Fishbein y Ajzen (1975), en cuanto a la cadena causal que conecta creencias, actitudes e intenciones conductuales.

No obstante, las fuentes de las creencias no quedan explicadas satisfactoriamente a partir de las variables propuestas; las experiencias, el riesgo y la disponibilidad percibida no contribuyeron de manera sensible a explicar el modelo, y la conducta resultó aparentemente poco influenciada por las intenciones, dependiendo de manera importante de la necesidad experimentada.

En concordancia con los estudios anteriores efectuados en México, la presente investigación encontró actitudes predominantemente positivas hacia los enfermos mentales y hacia los psiquiatras. Asimismo, el nivel de información que maneja la población resultó mayor al esperado. Los resultados indican que la mayor parte de la muestra está consciente de la importancia de las enfermedades mentales, y posee alguna información básica sobre ellas, además de que sugieren intenciones conductuales positivas de aceptación a los enfermos mentales y a los psiquiatras, sin embargo, aún persisten importantes carencias de información respecto a las causas y las manifestaciones de las enfermedades, así como de ciertas características de los enfermos y los tratamientos psiquiátricos.

Una posible explicación de las actitudes negativas puede basarse en el temor a lo desconocido, que podría ser base de la resistencia a consultar especialistas en salud mental. Se ha determinado que el temor de ser identificado como enfermo mental actúa como una barrera efectiva para la búsqueda de ayuda (Berry y Davis, 1978). Por su parte, Lemkau y Crocetti (1962) consideran que hay una tendencia a no considerar a las enfermedades mentales como una enfermedad, lo que se relaciona con el rechazo tanto del enfermo mental como de aquellos que lo atienden. Sin embargo, ciertos estudios muestran que no hay tal rechazo, que la población está bastante informada y que, al menos verbalmente, expresa sentimientos de comprensión y tolerancia hacia el enfermo mental.

Por otra parte, un mismo padecimiento no necesariamente produce el mismo estado subjetivo de enfermedad en el individuo ni el mismo patrón de búsqueda de ayuda. Hay aquí dos factores o aspectos a distinguir: la disposición a buscar ayuda y la disponibilidad de servicios. El primero, que ocupa un lugar primordial en esta investigación, involucra factores como el conocimiento de la enfermedad y su tratamiento, las actitudes hacia ella, los temores más arraigados, los factores demográficos y étnicos (Lehtinen y Väisänen, 1978). Lo anterior es fundamental en el caso de los trastornos mentales, ya que la propia enfermedad dificulta su reconocimiento y reduce la habilidad del individuo para buscar ayuda.

Cabe sin embargo considerar la posibilidad de que las actitudes positivas manifestadas puedan deberse a que las opiniones expresadas corresponden a respuestas socialmente deseables (Levey y Howells, 1994), que podrían estar enmascarando sentimientos más profundos de tendencia negativa, lo cual explicaría que las opiniones y actitudes detectadas no siempre conduzcan a conductas activas de búsqueda oportuna de atención.

Como señalan Lehtinen y Väisänen (1978), en el caso de los trastornos mentales, más que en ningún otro, la disposición a buscar ayuda es fundamental; en México hasta la fecha la atención de los trastornos mentales se basa primordialmente en los pacientes que acuden o son llevados a la consulta, lo que generalmente ocurre cuando los problemas ya tienen una larga historia y se han vuelto críticos, siendo que en la mayoría de los casos el abordaje sería más conveniente y el pronóstico más favorable si una detección más temprana de los síntomas y una disposición más favorable para buscar ayuda llevara a mayor número de pacientes a la obtención oportuna de apoyo profesional.

La información obtenida permitió detectar ciertas áreas específicas de ignorancia y prejuicios negativos, que constituyen una base fundamental en el diseño de programas preventivos y educativos, dirigidos a esos sectores representados en la muestra que consideran, por ejemplo, que tener una enfermedad mental es lo mismo que estar loco, que las enfermedades mentales son incurables y que los tratamientos para ellas son muy peligrosos, o respecto a los enfermos mentales, que todos son violentos y peligrosos, que tienden a cometer delitos y que deben ser recluidos, y en cuanto a los psiquiatras, que la mayoría están locos, que son charlatanes y que abusan de su poder sobre los pacientes.

## **Limitaciones**

Una primera limitación del presente abordaje consiste en que los resultados no pueden generalizarse en razón del tamaño de la muestra y del método utilizado para determinarla, sin embargo, debe destacarse que es uno de los estudios más amplios realizados en México sobre el tema y que la cobertura a nivel de la población del área metropolitana de la ciudad de México abarcó todas sus delegaciones y los principales municipios conurbados.

Otra limitante radica en la metodología utilizada, de tipo cuantitativo. En este sentido cabe mencionar la enorme discrepancia en los estudios sobre las actitudes hacia la enfermedad mental, ya que mientras algunos encuentran que predominan las actitudes negativas, otros tienen resultados opuestos. Tal discrepancia, como apunta Reda (1996), puede deberse a sesgos metodológicos, ya que en general los cuestionarios de opción múltiple y las encuestas cuantitativas conducen a resultados favorables mientras que las entrevistas abiertas y las metodologías cualitativas se aproximan más a los negativos. Lo anterior conduce a plantear la necesidad de conducir nuevas investigaciones que permitan ampliar y profundizar los presentes hallazgos.

Por otra parte, es importante destacar que en este estudio se hizo referencia siempre a la enfermedad mental en general, sin diferenciar tipos de enfermedades. Diversos estudios (Star, 1955; Cumming & Cumming, 1957; Askenasy, 1974) han probado que la mayoría de la gente sólo percibe como enfermedad mental las formas más extremas de comportamiento, lo cual lleva a plantear la conveniencia de desarrollar investigaciones más específicas en torno a los padecimientos mentales más importantes o más frecuentes.

## Propuestas

La información obtenida puede constituir una base para comprender las actitudes de temor, desconfianza y vergüenza frecuentemente manifestadas en relación con la psiquiatría y las enfermedades mentales, y a partir de tal comprensión, planear acciones encaminadas a su modificación.

Es importante destacar la importancia de la educación en salud mental como medio para propiciar el reconocimiento temprano de los síntomas de las diversas enfermedades mentales y de esta manera, inducir a una búsqueda más oportuna de atención, ya que, como señalan Erinosh y Ayonride (1978), la utilización de los servicios psiquiátricos disponibles no depende sólo de su existencia, sino de la apropiada educación masiva para la salud mental.

Se ha probado empíricamente que los enfermos mentales reciben menos apoyo social que los enfermos de cualquier otro tipo, y tal apoyo social juega un papel fundamental para su salud (Arkar y Eker, 1994). Se propone que un mejor y más amplio conocimiento y comprensión de las enfermedades mentales conducirá a una mayor aceptación de las mismas, que permita manejarlas más adecuadamente.

Sin perder de vista las limitaciones de la investigación, los resultados pueden constituir un punto de partida para proseguir en el desarrollo de investigaciones más específicas y profundas en cada una de las áreas incluidas, y servir como base para el diseño e implementación de programas de atención y promoción de la salud mental, que incluyan tanto la óptima utilización de los recursos disponibles, como la adecuada planeación de su desarrollo y la generación de planes eficaces de educación sobre la materia.

## BIBLIOGRAFÍA

---

- Aguirre, D. (1983) *El Estigma de la Enfermedad Mental*. Tesis de Licenciatura, México: UNAM.
- Ajzen, I. (1988) *Attitudes, Personality, and Behavior*. Chicago: The Dorsey Press.
- Ajzen, I. (1989) Attitude structure and behavior. En Pratkanis, A.R., Breckler, S.J. y Greenwald, A.G. (Eds.) *Attitude Structure and Function*. Hillsdale: Ohio State Univ./Lawrence Erlbaum Assoc. Publishers.
- Ajzen, I. y Fishbein, M. (1980) *Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior*. Nueva Jersey: Prentice-Hall Inc.
- Allport, G.W. (1935) Attitudes. En Murchinson, C. (Ed.) *A Handbook of Social Psychology*. Worcester, M.A., Clark University Press.
- Angermeyer M.C. y Matschinger H. (1996a) Public attitude towards psychiatric treatment. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 94: 326-336.
- Angermeyer M.C. y Matschinger H. (1996b) The effect of diagnostic labelling on the lay theory regarding schizophrenic disorders. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 31:316-320.
- Angermeyer M.C. y Matschinger H. (1996c) The effect of personal experience with mental illness on the attitude towards individuals suffering from mental disorders. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 31:321-326.
- Angermeyer M.C. y Matschinger H. (1997) Social distance towards the mentally ill: results of representative surveys in the Federal Republic of Germany. *Psychological Medicine*, 27: 131-141.
- Arkar, H. y Eker, D. (1994) Effect of psychiatric labels on attitudes toward mental illness in a Turkish sample. *The International Journal of Social Psychiatry*, 40(3): 205-213.
- Askenasy, A. (1974) *Attitudes Toward Mental Patients*. La Haya: Mouton & Co.
- Ayuso, J.L. y Saiz, J. (1978) A comparative study of the psychiatric nurses' attitudes towards mental patients. *The International Journal of Social Psychiatry*, 24(1): 47-52.
- Baker F. y Schulberg H. (1967) The development of a community mental health ideology scale. *Community Mental Health Journal*, (3): 216-225.
- Benjamin, L.T. (1986) Why don't They Understand Us? A History of Psychology's Public Image. *American Psychologist*, 41(9): 941-946.
- Berry, B. y Davis, A.E. (1978) Community Mental Health Ideology: A Problematic Model for Rural Areas. *American Journal of Orthopsychiatry*, 48(4):673-679.
- Bhana K. y Bhana A. (1984) Conceptualizations of mental illness by South African Indian adolescents and their mothers. *The Journal of Social Psychology*, 125(3): 313-319.
- Bhugra, D. (1989) Attitudes toward mental illness: a review of the literature. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 80:1-6.
- Bissland J.H., Munger R. (1985) Implications of changing attitudes toward mental illness *The Journal of Social Psychology*, 125(4):515-517.
- Blalock, H.M. (1986) *Construcción de Teorías en Ciencias Sociales: de las Formulaciones Verbales a las Matemáticas*. México: Ed. Trillas.
- Block W.E. (1974) The study of attitudes about mental health in the Community Mental Health Center. *Community Mental Health Journal*, 10(2): 216-220.

- Bogardus, E.S. (1925) Measuring social distance. *Journal of Applied & Social Psychology*, 9: 299-308.
- Brockman, J. y D'Arcy, C. (1978) Correlates of attitudinal social distance toward the mentally ill: a review and re-survey. *Social Psychiatry*, 13: 69-77.
- Bunge, M. (1980) *Teoría y Realidad*. México: Ed. Ariel.
- Casco, M. (1990) Percepción y actitud ante los problemas de salud mental entre jóvenes de educación media superior. *Salud Mental*, 13(2): 18-23.
- Casco, M. y Natera, G. (1986) Percepción de un grupo de profesionistas hacia la imagen que la comunidad tiene de la enfermedad mental: comparación entre ambas poblaciones. *Salud Mental*, 9(2): 70-77.
- Casco, M., Natera, G. y Herrejón, M.E. (1987) La actitud hacia la enfermedad mental, una revisión de la bibliografía. *Salud Mental*, 10(2): 41-50.
- Clark, A. y Binks, N. (1966) Relations of age and education to attitudes towards mental illness. *Psychological Reports*, 19: 649-650.
- Cohen, J. y Struening, E.L. (1962) Opinions about mental illness in the personnel of two large mental hospitals. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 64: 349-360.
- Coie J.D., Costanzo, P.R. y Cox, G.B. (1975) Behavioral determinants of mental illness concerns: A comparison of "gatekeeper" professions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43(5): 626-636.
- Coie J.D., Costanzo, P.R. y Cox, G.B. (1980) Behavioral determinants of mental illness concerns: A comparison of community subcultures. *American Journal of Community Psychology*, 8(5): 537-555.
- Comrey, A.L. y Lee, H.B. (1992) *A First Course in Factor Analysis*. Nueva Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Cox, G., Costanzo, P.R. y Coie, J.D. (1976) A survey instrument for the assessment of popular conceptions of mental illness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 44: 901-909.
- Crocetti, G.M. y Lemkau, P.V. (1963) Public opinion of psychiatric home care in an urban area. *American Journal of Public Health*, 53: 408-413.
- Cumming, E. y Cumming, J. (1957) *Closed Ranks: An Experiment in Mental Health*. Cambridge, Mass.: Harvard Univ. Press.
- Chavez, M.I. (1982) *La Solicitud de Ayuda Profesional: su Relación con la Atribución de Enfermedad Mental y con el Nivel de Tolerancia Social a las Alteraciones Conductuales*. Tesis Doctoral, México: UIA.
- Cheetham, R.W.S. y Cheetham, R.J. (1976) Concepts of Mental Illness amongst the rural Xhosa people in South Africa. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 10: 39-45.
- Cheetham, R.W.S. y Cheetham, R.J. (1980) Cross-cultural psychiatry and the concept of mental illness. *Medical Journal*, agosto: 320-325.
- Chou K.L., Mak K.Y., Chung P.K. y Ho K. (1996) Attitudes towards mental patients in Hong-Kong. *The International Journal of Social Psychiatry*, 42(3): 213-219.
- De la Fuente, J.R. (1985) Enseñanza e investigación en salud mental en América Latina: Prioridades e implementación. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 31: 269-273.
- De la Fuente, R. (1990) Consideraciones sobre los problemas mentales y conductuales que afectan la salud en sociedades en desarrollo: el caso de México. *Salud Mental*, 13(3): 1.

- De la Serna, M.T. (1982) *Análisis del Concepto de Enfermedad Mental en una Comunidad Suburbana*. Tesis Doctoral, México: UIA.
- Deane F.P. (1987) A comparison of USA and New Zealand psychiatric patients' requests and clinicians understanding of patients' requests. *The International Journal of Social Psychiatry*, 33(4): 277-284.
- Del Gaudio, A.C., Stein, L.S., Ansley, M.Y. y Carpenter, P.J. (1976) Attitudes of therapists varying in community mental health ideology and democratic values. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 44(4): 646-655.
- Deutsch, M. y Krauss, R.M. (1989) *Teorías en psicología social*. México: Ed. Paidós.
- Devine, P.G. (1989) Automatic and controlled process in prejudice: the role of stereotypes and personal beliefs. En Pratkanis, A.R., Breckler, S.J. y Greenwald, A.G. (Eds.) *Attitude Structure and Function*, Hillsdale: Ohio State Univ./Lawrence Erlbaum Assoc. Publishers.
- Dewan, M.J., Levy B.F. y Donnelly M.P. (1988) A positive view of psychiatrists and psychiatry. *Comprehensive Psychiatry*, 29(5): 523-527.
- Dohrenwend, B.P. y Chin-Shong, E. (1967) Social status and attitudes toward psychological disorder. *American Sociological Review*, 32: 417-433.
- Eker, D. (1988) University students' attitudes toward mental patients in a developing country. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 23:264-266.
- Eker, D. (1989) Attitudes toward mental illness: recognition, desired social distance, expected burden and negative influence on mental health among Turkish freshmen. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 24: 146-150.
- Erinosho, O'A. y Ayonrinde, A.A. (1978) A comparative study of opinion and knowledge about mental illness in different societies. *Psychiatry*, 41(Nov): 403-410.
- Fandetti D.V. y Gelfand, D.E. (1978) Attitudes towards symptoms and services in the ethnic family and neighborhood. *American Journal of Orthopsychiatry*, 48(3): 477-486.
- Fazio, R.H. (1989) On the Power and Functionality of Attitudes: The Role of Accessibility. En Pratkanis, S.R., Breckler, S.J. y Greenwald, A.G. (Eds.) *Attitude Structure and Function*. Hillsdale: Ohio State University/Lawrence Erlbaum Assoc. Publishers.
- Fischer E.H. (1971) Altruistic attitudes, beliefs about psychiatric patients, and volunteering for companionship with mental hospital patients. *Proceedings 79th. Annual Convention APA*, 343-344.
- Fishbein, M. (1967) *Readings in Attitude Theory and Measurement*. Nueva York: John Wiley & Sons Inc.
- Fishbein, M. y Ajzen, I. (1975) *Belief, Attitude, Intention and Behavior: An Introduction to Theory and Research*. Nueva York: Addison-Wesley.
- Fisher J.D. y Farina, A. (1979) Consequences of beliefs about the nature of mental disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 88(3): 320-327.
- Fournet, G.P. (1967) Cultural correlates with attitudes, perception, knowledge, and reported incidences of mental disorders. *Psychology*, order No. 67-8778.
- Fracchia, J., Canale, D., Cambria, E., Ruest, E., Sheppard, C. y Merlis, S. (1975) The effect of increased information upon community perception of ex-mental patients. *The Journal of Psychology*, 91: 271-275.
- Fracchia, J., Sheppard, C., Canale, D., Ruest, E., Cambria, E. y Merlis, S. (1976) Community perception of severity of illness levels on former mental patients. *Comprehensive Psychiatry*, 17(6): 775-778.

- García, S. (1993a) *El Significado Psicológico y Social de la Salud y la Enfermedad Mentales*. Tesis de Maestría, México: UNAM.
- García S. (1993b) La salud mental y el cine: un estudio experimental sobre la modificación de las actitudes. *Revista Mexicana de Psicología*, 10(1):37-48.
- García, S. (1993c) Creencias y actitudes hacia la enfermedad mental y el psiquiatra: estudio exploratorio. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 39(2):159-168.
- Gardner, R.M. y Dalsing, S. (1986) Misconceptions about psychology among college students. *Teaching of Psychology*, 13(1): 32-34.
- Gartly, E. (1957) Attitudes toward, and incidence of, mental disorder: a research note. *The Southwestern Social Sciences Quarterly*, (June): 27-37.
- Giovannoni, J.M. y Ullmann, L.P. (1963) Conceptions of mental health held by psychiatric patients. *Journal of Clinical Psychology*, 19(4): 398-400.
- Goetzl U. (1973) Mental illness and cultural beliefs in a southern Italian immigrant family. *Canadian Psychiatric Association Journal*, 18(3): 219-222.
- Goffman, E. (1963) *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Nueva Jersey: Prentice Hall Inc.
- González, S.R. (1986) *La Actitud Hacia la Enfermedad Mental*. Tesis de Licenciatura, México: UNAM.
- Gove W. (1982) Labelling theory's explanation of mental illness: An update of recent evidence. *Deviant Behavior: An Interdisciplinary Journal*, 3: 307-327.
- Graves, G.D., Krupinski, J., Stoller, A. y Harcourt, A. (1971) A survey of community attitudes towards mental illness. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 5: 18-28.
- Gutiérrez, E. (1983) *Actitud de la Comunidad hacia la Enfermedad Mental*. Tesis de Licenciatura, México: UNAM.
- Harstorf, A.H., Schneider, D.J. y Polefka, J. (1970) *Person Perception*. Nueva York: Addison Wesley.
- Hartnett J., Simonetta L. y Mahoney J. (1989) Perceptions of nonclinical psychologists toward clinical psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 20(3): 187-189.
- Heller P.L., Chalfant H.P., Rivera M.C., Quesada G.M. y Bradfield C.D. (1980) Socioeconomic class, classification of 'abnormal behaviour' and perceptions of mental health care: a cross cultural comparison. *British Journal of Medical Psychology*, 53:343-348.
- Holden D.F. y Lewine R.R.J. (1982) How families evaluate mental health professionals, resources and effects of illness. *Schizophrenia Bulletin*, 8(4): 626-633.
- Hollander, E. (1982) *Principios y Métodos de Psicología Social*. Buenos Aires: Amorrortu Eds.
- Hollinshead, A. y Redlich, F.C. (1985) *Social Class and Mental Illness: A Community Study*. Nueva York: John Willey and Sons Eds.
- Hovland, C.I. y Rosenberg, M.J. (1960) *Attitude Organization & Change*. Nueva Haven: Yale University Press.
- Hylar S.E. (1988) DSM III at the cinema: Madness in the movies. *Comprehensive Psychiatry*, 29(2): 195-206.
- Ingham, J. (1985) The Public Image of Psychiatry. *Social Psychiatry*, 20:107-108.
- Johannsen, W.J. (1969) Attitudes toward mental patients: a review of empirical research. *Mental Hygiene*, 53: 218-220.
- Kaiser, H.F. (1974) An index of factorial simplicity. *Psychometrika*, 39:31-36.

- Kerlinger, F.N. y Pedhazur, E.J. (1973) *Multiple Regression in Behavioral Research*. Nueva York: Holt, Rinehart and Winston, Inc.
- Kerlinger, F.N. (1988) *Investigación del comportamiento*. México: McGraw Hill.
- Kirkmayer L.J., Fletcher C.M. y Boothroyd L.J. (1997) Inuit attitudes toward deviant behavior: A vignette study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 185(2): 78-86.
- Krech, D. y Crutchfield, R.S. (1948) *Theory and Problems in Social Psychology*. Nueva York: McGraw Hill.
- Lehtinen, V. y Väisänen, E. (1977) Social-demographic aspects in the attitudes towards mental illness in a Finnish population. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 55: 287-298.
- Lehtinen, V. y Väisänen, E. (1978) Attitudes toward mental illness and utilization of psychiatric treatment. *Social Psychiatry*, 13: 63-66.
- Lemkau, P.V. y Crocetti, G.M. (1962) An Urban Population's Opinion and Knowledge about Mental Illness. *American Journal of Psychiatry*, 118: 692-700.
- León, C.A. y Micklin, M. (1971) Opiniones comunitarias sobre la enfermedad mental y su tratamiento en Cali, Colombia. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 17(6): 385-395.
- Levav, I. (1989) Adecuando los recursos. *Salud Mental*, 12(2): 66.
- Levey S. y Howells K. (1994) Accounting for the fear of schizophrenia. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 4: 313-328.
- Likert, R.A. (1932) A technique for the measurement of attitudes. *Archives of Psychology*, 140.
- Lindzey y Aronson, Eds. (1969) *The Handbook of Social Psychology*. Segunda Edición. Nueva York: Addison Wesley.
- Loo, Ch., Tong, B. y True, R. (1989) A bitter bean: mental health status and attitudes in Chinatown. *Journal of Community Psychology*, 17(oct): 283-296.
- Maceda, J. (1985) *El Estereotipo en las Profesiones*. Tesis de Licenciatura, México: UNAM.
- Mahatane, J. y Johnston, M. (1989) Unrealistic Optimism and Attitudes towards Mental Health. *British Journal of Clinical Psychology*, 28: 181-182.
- Matas, M., El-Guebaly, N., Peterkin, A., Green, M. y Harper, D. (1985) Mental illness and the media: an assessment of attitudes and communication. *Canadian Journal of Psychiatry*, 30(1): 12-17.
- Matschinger H. y Angermeyer M.C. (1996) Lay beliefs about the causes of mental disorders: a new methodological approach. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 31:309-315.
- McGuire, J.M., Borowy, T. y Kolin I. (1986) Attitudes toward mental health professionals in a hospital-based Community Mental Health Center. *Community Mental Health Journal*, 22(1) 39-48.
- McGuire, W.J. (1969) The nature of attitudes and attitude change. En Lindzey y Aronson (Eds.): *The Handbook of Social Psychology* Vol. III. Nueva York: Addison Wesley.
- McGuire, W.J. (1989) The structure of individual attitudes and attitude systems. En Pratkanis, A.R., Breckler, S.J. y Greenwald, A.G. (Eds.): *Attitude Structure and Function*. Hillsdale: The Third Ohio State Univ. /Lawrence Erlbaum Assoc. Publishers.
- McWilliams, S.A. y Morris, L.A. (1974) Community attitudes about mental health services. *Community Mental Health Journal*, 10(2): 236-242.
- Micklin, M. y León, C.A. (1978) Cultural basis of images of causation in psychological disorder: a Colombian survey. *The International Journal of Social Psychiatry*, 24(2): 79-94.

- Middleton, J. (1953) Prejudices and opinions of mental hospital employees regarding mental illness. *American Journal of Psychiatry*, 110(ago): 133-138.
- Natera, G. y Casco, M. (1985) Percepción de la enfermedad mental a través de historietas. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 98(4): 327-338.
- Natera, G. y Casco, M. (1991) Actitudes hacia la enfermedad mental en población general y en un grupo de profesionales de la salud. *Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría*, México: IMP.
- Neff, J.A. y Husaini, B.A. (1985) Lay images of mental illness: social knowledge and tolerance of the mentally ill. *Journal of Community Psychology*, 13(Ene): 3-12.
- Nielsen, A.C. y Eaton, J.S. (1981) Medical students' attitudes about psychiatry. *Archives of General Psychiatry*, 38: 1144-1154.
- Norusis, M. J. y SPSS Inc. (1988) SPSS/PC+ Advanced Statistics V2.0 for the IBM PC/XT/AT and PS/2. Chicago, Ill.
- Nunnally, J. (1957) The communication of mental health information: a comparison of the opinions of experts and the public with mass media presentation. *Behavioral Science*, 2: 222-230.
- Nunnally, J. (1961) *Popular Conceptions of Mental Health: Their Development and Change*. Nueva York: Holt, Rinehart and Winston.
- Nunnally, J. y Bernstein I.J. (1995) *Teoría Psicométrica*. Tercera Ed. McGraw-Hill, México.
- Olade, R.A. (1979) Attitudes toward mental illness: a comparison of post-basic nursing students with science students. *Journal of Advanced Nursing*, 4: 39-46.
- Parra, F. (1985) Social tolerance of the mentally ill in the Mexican American community *The International Journal of Social Psychiatry*, 31: 37-45.
- Parra, F. (1987) Perceptions of mental illness in Mexico: a descriptive study in the city of Chihuahua. *The International Journal of Social Psychiatry*, 33(4): 270-276.
- Parra, F. y Yiu-Cheong A. (1983) The changing perceptions of mental illness in a Mexican-American community. *The International Journal of Social Psychiatry*, 29: 95-99.
- Penayo, U., Jacobsson, Caldera y Bermann (1988) Community attitudes and awareness of mental disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 78: 561-566.
- Pettigrew, T.F. (1979) The ultimate attribution error: extending Allport's cognitive analysis of prejudice. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 5: 461-476.
- Phillips, D.L. (1963) Rejection: a possible consequence of seeking help for mental disorders. *American Sociological Review*, 29(dic): 963-972.
- Rabin, P.L. y Labarbera, J. (1987) Improving student attitudes toward psychiatry: the role of the clerkship. *Journal of Psychiatric Education*, 11(4): 249-254.
- Rabkin, J. (1974) Public attitudes toward mental illness: a review of the literature *Schizophrenia Bulletin*, 10(fall): 9-33.
- Ramsey, G. y Seipp, M. (1948) Attitudes and opinions concerning mental illness. *Psychiatry Quarterly*, 22: 428-444.
- Rawnsley, K. (1984) Psychiatry in Jeopardy. *British Journal of Psychiatry*, 145: 573-578.
- Reda S. (1996) Public perception of discharged psychiatric patients: a community survey. *The International Journal of Social Psychiatry*, 42(3): 220-229.
- Reetz, M. y Shemberg, K.M. (1985) Fifth and sixth graders' attitudes toward mental health issues. *Journal of Community Psychology*, 13: 393-401.

- Rootman, I. y Lafave, H.G. (1969) Are popular attitudes toward the mentally ill changing? *American Journal of Psychiatry*, 126(2): 147-151.
- Rosenberg, M.J. (1960) *Attitude Organization & Change*. Nueva Haven: Yale University Press.
- Roskin, G. (1988) Attitudes toward patients among different mental health professional groups. *Comprehensive Psychiatry*, 29(2): 188-194.
- Ruiz M., Serrano V. y Sánchez E. (1988) Historia de las actitudes hacia la enfermedad mental. *Actas Luso Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 16(4): 285-293.
- Scheff, T.J. (1974) The labelling theory of mental illness. *American Sociological Review*, 39 (Jun): 444-452.
- Schindler, F. (1987) How the public perceives psychiatrists, psychologists, nonpsychiatric physicians, and members of the clergy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 18 (4): 371-376.
- Shurka, E. (1983) Attitudes of Israeli Arabs towards the mentally ill. *The International Journal of Social Psychiatry*, 29: 101-110.
- Signorielli, N. (1989) The stigma of mental illness on television. *Journal of Broadcasting & Electronic Media*, 33(3): 325-331.
- Spiro, H.R., Siassi, I. y Crocetti, G. (1973) Ability of the public to recognize mental illness: an issue of substance and an issue of meaning. *Social Psychiatry*, 8: 32-36.
- Star S. (1955) *The Public Ideas About Mental Illness*. Chicago, Ill.: University of Chicago.
- Star, S. (1959) What the public thinks about mental health and mental illness. Ponencia presentada en la reunión anual de la Asociación Nacional para la Salud Mental.
- Steffani, D. (1977) Escala de actitudes hacia la enfermedad mental. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 23: 202-207.
- Steffani, D. (1979) Actitud hacia la enfermedad mental y nivel socioeconómico *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 25: 282-287.
- Steffani, D. (1984) Influencia del nivel socioeconómico sobre las actitudes hacia la enfermedad mental. *Salud Mental*, 7(3): 25-28.
- Steffani, D. (1985) Autoritarismo y actitud hacia la enfermedad mental. *Salud Mental*, 8(2): 27-30.
- Summers, G.F. (1986) *Medición de Actitudes*. México: Ed. Trillas.
- Szasz, T.S. (1961) *The Myth of Mental Illness*. Londres: Secker & Warburg.
- Taylor, S.M., Dear, M.J. y Hall, G.B. (1979) Attitudes toward the mentally ill and reactions to mental health facilities. *Social Sciences and Medicine*, 13(D): 281-290.
- Taylor, S.M. y Dear, M.J. (1981) Scaling community attitudes toward the mentally ill. *Schizophrenia Bulletin*, 7(2): 225-239.
- Thurstone, L.L. y Chave, E.J. (1929) *The Measurement of Attitude*. Chicago: Univ. Chicago Press.
- Townsend, J.M. Cultural conceptions and mental illness. *The Journal Of Nervous and Mental Disease*, 160(6): 409-421.
- Trute, B. y Loewen, A. (1978) Public attitudes toward the mentally ill as a function of prior personal experience. *Social Psychiatry*, 13: 79-84.
- Trute, B., Tefft, B. y Segall, A. (1989) Social rejection of the mentally ill: a replication study of public attitude. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 24: 69-76.

- Valdez, R. y Barrera, P. (1988) Estereotipo: Generador de Prejuicio. En AMEPSO (Eds.): *La Psicología Social en México*, Vol. II, México.
- Vidales, R. (1989) La opinión acerca del psicólogo en una población estudiantil universitaria. *Revista Mexicana de Psicología*, 6(2): 121-129.
- Wahl, O.F. (1987) Public vs. professional conceptions of schizophrenia. *Journal of Community Psychology*, 15 (Abril): 285-291.
- Webb A.R. y Speer J.R. (1985) The public image of psychologists. *American Psychologist*, sept: 1063-1064.
- West, N.D. y Walsh, M.A. (1975) Psychiatry's image today: results of an attitudinal survey. *American Journal of Psychiatry*, 132(12): 1318-1319.
- Wig, N.N., Suleiman, S.A., Routledge, R., Srinivasa, R., Ladrado, L., Ibrahim, H.H.A. y Harding, T.W. (1980) Community reactions to mental disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 61: 111-126.
- Wood, W., Jones, M. y Benjamin, L.T. (1986) Surveying psychology's public image. *American Psychologist*, 41(9): 947-953.
- Yager, J., Lamotte, K., Nielsen, A. y Eaton, J.S. (1982) Medical students' evaluation of psychiatry. A cross-country comparison. *American Journal of Psychiatry*, 139(8): 1003-1009.
- Yang, H. (1989) Attitudes towards psychoses and psychotic patients in Beijing. *The International Journal of Social Psychiatry*, 35(2) 181-187.

*ANEXO 1*

**REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**

**REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**

AUTOR	TITULO	PAIS	AÑO	POBLACION	MUESTRA	INSTRUMENTO	TÉCNICA	VARIABLES	RESULTADOS
Angermeyer MC y Matschinger H	Public attitude towards psychiatric treatment	Alemania	1990	Población general	2998	Viñetas. Escala de actitudes tipo Likert, escala de valores	Entrevista estructurada	Identificación de enfermedad mental, valores, tratamiento recomendado	Rechazo a la farmacoterapia, preferencia por la psicoterapia, determinada por la visión popular del psicoanálisis
Angermeyer MC y Matschinger H	Social distance towards the mentally ill: results of representative surveys in Germany	Alemania	1993	Población general	21493	Escala de distancia social, viñetas. Escala de actitudes tipo Likert, escala de valores	Encuestas	Distancia social al enfermo mental, valores, experiencia personal	Asociación entre actitudes personales y sistema de valores; menor distancia social en relación con experiencias personales
Angermeyer MC y Matschinger H	The effect of diagnostic labelling on the lay theory regarding schizophrenic disorders	Alemania	1990	Población general	1022	Viñeta describiendo esquizofrenia, lista de causas posibles, escala de pronóstico	Entrevista	Reconocimiento de la enfermedad, identificación de causas y pronóstico	La etiquetación incrementa la tendencia a la causalidad biológica y el pronóstico negativo
Angermeyer MC y Matschinger H	The effect of personal experience with mental illness on the attitude towards individuals suffering from mental disorders	Alemania	1993	Población general	62823	Escala de distancia social, Escala de actitudes tipo Likert, Índice de experiencia	Encuestas	Actitudes hacia el enfermo mental, experiencia personal, distancia social	Quienes han tenido contacto personal con enfermos mentales tienen actitudes más positivas, menos temor y menor distancia social
Arkar H y Eker D	Effect of psychiatric labels on attitudes toward mental illness in a Turkish sample	Turquía	1994	Familiares de pacientes internados	84	Viñetas, Escala de distancia social	Entrevista	Reconocimiento de enfermedad mental, necesidad de tratamiento, pronóstico y tratamiento	Influencia importante de las etiquetas en el reconocimiento de la enfermedad, la distancia social y la percepción del tratamiento requerido
Askenasy A	Attitudes toward mental patients	EUA, Inglaterra y Hawai	1974	Comunidad	1170	Cuestionario con reactivos abiertos y de opción múltiple	Entrevista individual	Actitud hacia el enfermo mental y variables socioeconómicas	Una minoría tiene actitudes positivas mientras que el resto manifiesta intolerancia

Ayuso JL y Saiz J	A comparative study of the psychiatric nurses' attitudes towards mental patients	España	1978	Enfermeros psiquiátricos y estudiantes	378	Diferencial semántico, identificación de factores etiológicos y pronóstico, escala de distancia social	Aplicación grupal	Ocupación, actitudes hacia los trastornos mentales	Las enfermeras no están libres de prejuicios y comparten estereotipos pero tienen mayor tolerancia y menor distancia social
Benjamin LT	Why don't they understand us?	EUA	1986				Editorial	Imagen pública de la psicología	La imagen ha mejorado pero no el conocimiento y comprensión de su función
Berry B y Davis AE	Community mental health ideology	EUA	1978	Población rural			Editorial	Ideología en relación con la enfermedad mental	Se requiere educación sistemática sobre salud mental
Bhana K y Bhana A	Conceptualizations of mental illness by South African Indian adolescents and their mothers	Sudáfrica	1984	Población indígena : madres y adolescentes	320	Cuestionario basado en el de Cohen (1962)	Aplicación grupal	Conceptualización de las enfermedades mentales	Los adolescentes manifiestan más aceptación que sus madres, de las enfermedades mentales
Bhugra D	Attitudes towards mental illness. A review of literature	Reino Unido	1989				Revisión de la literatura	Actitudes hacia la enfermedad mental	Las actitudes tienen múltiples componentes, que deben estudiarse por separado
Bissland JH y Munger R	Implications of changing attitudes towards mental illness	EUA	1985	Comunidad y profesionales de salud mental	80	Cuestionario extenso	Entrevista estructurada	Actitudes hacia la enfermedad mental	Análisis factorial encontró dos grupos de actitudes: pesimistas igualitarias y optimistas del estrés social
Block WE	The study of attitudes about mental health in the Community Mental Health Center	EUA	1974	Personal de un centro comunitario de salud mental		Escala de ideología comunitaria sobre salud mental		Ideología y creencias respecto a la salud mental	Falta de consenso en las creencias entre las diferentes disciplinas profesionales
Brockman J y D'Arcy C	Correlates of attitudinal social distance toward the mentally ill. A review and resurvey	Canadá	1978	Comunidad	337	Cuestionario de 36 reactivos, incluyendo escala de distancia social	Correo	Distancia social, edad, sexo, educación y familiaridad	Las actitudes positivas se relacionan inversamente con la edad, directamente con la educación y no con sexo

Casco M y Natera G	Percepción de un grupo de profesionistas hacia la imagen que la comunidad tiene de la enfermedad mental	México	1986	Profesionistas y comunidad	131	Viñetas	Entrevista técnica del informante	Percepción imagen	Los profesionistas y la población general perciben diferente la enfermedad mental
Casco M, Natera G y Herrejón ME	La actitud hacia la enfermedad mental, una revisión	México	1987				Revisión de la literatura	Actitud hacia la enfermedad mental	Rechazo determinado por características de agresión, impredecibilidad e irresponsabilidad del enfermo y por edad, educación y jerarquía ocupacional
Casco M	Percepción y actitud ante los problemas de salud mental entre jóvenes	México	1990	Estudiantes	219	Escala de Taylor y Dear y viñetas	Entrevista grupal	Percepción y actitud	Los jóvenes tienen actitudes positivas hacia la enfermedad mental
Cohen J y Struening EL	Opinions about mental illness in the personnel of two large mental hospitals	EUA	1962	personal de hospitales neuropsiquiátricos	1194	OMI Scale 70 reactivos Likert	Aplicación grupal	Opiniones sobre causas, descripción tratamiento y pronóstico de enfermedades mentales severas; ocupación, educación, edad, sexo	Identifica 5 dimensiones de actitud: autoritarismo, benevolencia, ideología, restricción social y etiología interpersonal. La educación y ocupación se relacionan con los primeros tres factores
Coie JD, Costanzo PR y Cox GB	Behavioral determinants of mental illness concerns: comparison of gatekeeper professions	EUA	1975	Profesionales: médicos, religiosos, enfermeras trabajadores sociales y policías	158	Cuestionario de 190 reactivos	Autoaplicación	Concepciones sobre las enfermedades mentales	Todos los grupos tienen conceptos similares

Cole JD, Costanzo PR y Cox GB	Behavioral determinants of mental illness concerns: comparison of community subcultures	EUA	1980	Comunidad	469	Cuestionario de 190 reactivos	Auto aplicable	Concepciones sobre las enfermedades mentales	Diferencias por raza y clase social
Cheetham RWS y Cheetham RJ	Concepts of mental illness amongst the rural Xhosa people	Sudáfrica	1976	Indigenas			Entrevista individual o grupal	Concepciones sobre enfermedades mentales	Concepciones diferentes de las occidentales
Cheetham RWS y Rzakdowolsk A	Cross-cultural psychiatry and the concept of mental illness	Sudáfrica	1980	Indigenas			Editorial	Concepciones sobre enfermedades mentales	Concepciones diferentes de las occidentales
Chou KL, Mak KY, Chung PK y Ho K	Attitudes towards mental patients in Hong-Kong	Hong-Kong	1994	Población general	2043	Cuestionario estructurado	Entrevista telefónica	Percepción de salud y enfermedad mental	Buen nivel de conocimientos, actitudes negativas sin relación con variables socioeconómicas
Deane FP	A comparison of USA and New Zealand Psychiatric patients' requests and clinicians understanding	EUA Nueva Zelanda	1987	Pacientes psiquiátricos y psiquiatras	89	Escala de 14 reactivos	Entrevista individual	Expectativas de atención	Las expectativas de los pacientes son similares en diferentes culturas
Del Gaudio AC, Stein LS, Ansley MY y Carpenter PJ	Attitudes of therapists varying in community mental health ideology and democratic values	EUA	1976	Terapeutas psiquiátricos	33	Viñetas, escala de ideología sobre salud mental y escala de valores democráticos	Entrevista individual	Identificación de patologías, ideología, valores democráticos y var. socio demográficas	Las actitudes de los distintos tipos de terapeutas son muy heterogéneas
Dewan MJ, Levy BF y Donnelly MP	A positive view of psychiatrists and psychiatry	EUA	1988	Médicos psiquiatras y no psiquiatras	374	cuestionario de opinión, auto aplicable	Por correo	Características de personalidad y salud mental del psiquiatra	Diferencias de opinión respecto a salud mental de los psiquiatras. En general, opinión positiva

Dohrenwend BP y Chin-Shong E	Social status and attitudes toward psychological disorder: The problem of tolerance of deviance	EUA	1967	Lideres comunitarios y representantes de diversos grupos étnicos	238	Viñetas y cuestionario	Entrevistas	Estatus social, tolerancia	Grandes diferencias al juzgar la gravedad de los problemas mentales; tendencia a juzgarlos en relación a la peligrosidad o amenaza para los demás. El estatus social bajo es menos tolerante
Eker D	University students' attitudes toward mental patients in a developing country	Turquía	1988	Estudiantes universitarios	165	Escala de actitudes mediante diferencial semántico	Aplicación grupal	Carrera universitaria: ciencias, medicina, psicología	El nivel educativo elevado se relaciona con actitudes similares hacia el enfermo mental
Eker D	Attitudes toward mental illness: recognition, desired social distance, expected burden and negative influence on mental health in Turkish freshmen	Turquía	1989	Estudiantes universitarios	85	Cuestionario, viñetas y escala de distancia social	Aplicación grupal	Reconocimiento, distancia social, tipo de estudios	Ciertas trastornos son más identificados como enfermedades mentales y generan actitudes más negativas y mayor distancia social
Erinsho O y Ayonride A	A comparative study of opinion and knowledge about mental illness in different societies	Nigeria	1978	Comunidad rural y urbana	771	Viñetas (Star)	Entrevista individual	Opinión y conocimientos, comparación transcultural	Falta general de información, destaca la necesidad de educación
Fandetti DV y Gelfand DE	Attitudes towards symptoms and services in the ethnic family and neighborhood	EUA	1978	Comunidad multi-étnica	100	Viñetas (Star)	Entrevista individual	Identificación de trastornos y conocimiento de recursos para atención	Falta general de información, destaca la necesidad de educación
Fisher JD y Farina A	Consequences of beliefs about the nature of mental disorders	EUA	1979	Estudiantes de psicología	81	Escala de expectativas de comportamiento (Golding)	Diseño experimental	Tipo de orientación de información: biosocial o de aprendizaje social	La visión de los trastornos mentales afecta ciertas creencias y comportamientos

Fischer EH	Altruistic attitudes, beliefs about psychiatric patients and	EUA	1971	Estudiantes	329	Cuestionario incluyendo escala de actitudes, discapacidad social y datos demográficos	Aplicación grupal	Actitudes humanitarias, creencias acerca de los enfermos mentales	Quienes ofrecen servicios como voluntarios tienen creencias más benignas
Fournet GP	Cultural correlates with attitudes, perception, knowledge and reported incidences of mental disorders	EUA	1967	Comunidad	200	Cuestionario OMI y viñetas	Entrevista individual	Opinión acerca de la enfermedad mental, percepción, conocimientos y padecimientos, característica socio-culturales	Actitudes más negativas en la comunidad anglosajona que en la francesa, no diferencias en conocimientos y percepción
Fracchia J Canale E, Cambria E, Ruest E, Sheppard C y Merlis S	The effect of increased information upon community perception of ex-mental patients	EUA	1975	comunidad suburbana	30	Viñetas y diferencial semántico	Entrevista domiciliaria	Información sobre trastornos con tres niveles de gravedad	A mayor información, percepción más favorable en el caso de trastornos leves
Fracchia J, Sheppard C, Canale E, Ruest E, Cambria E, y Merlis S	Community perception of severity of illness levels of former mental patients	EUA	1976	comunidad suburbana	30	Viñetas y diferencial semántico	Entrevista domiciliaria	Percepción de severidad de la enfermedad	Los participantes no discriminaron el grado de severidad de las enfermedades mentales, las respuestas son estereotipadas
Gardner RM y Dalsing S	Misconceptions about psychology among college students	EUA	1986	estudiantes universitarios	531	cuestionario con afirmaciones sobre psicología (falso, verdadero, no se)	cuestionario de opinión	Conceptos sobre psicología y nivel escolar	Menos creencias falsas a mayor escolaridad. Errores por influencias familiares y medios de comunicación
Gartly E	Attitudes toward and incidence of mental disorder: A research note	EUA	1957	Comunidad	688	Cuestionario de actitudes	Entrevista	Tasas de prevalencia de búsqueda de atención y actitudes	Las actitudes hacia la psiquiatría no difieren

Giovannoni JM y Ullmann LP	Conceptions of mental health held by psychiatric patients	EUA	1963	Pacientes psiquiátricos hospitalizados	35	Cuestionario de opiniones sobre salud y enfermedad mental	Aplicación individual	Opiniones de pacientes y no pacientes	Los pacientes no están mejor informados que los no pacientes y sus actitudes son extremadamente negativas en ambos grupos
Goetzl U	Mental illness and cultural beliefs in a southern Italian immigrant family	EUA	1973	Familia inmigrante	1	Estudio de caso	Entrevista	Creencias culturales, enfermedad mental	Los factores culturales son determinantes de los síntomas psicosociales
Gove W	Labelling theory's explanation of mental illness: An update of recent evidence	EUA	1982				Revisión y actualización de la teoría de la etiquetación		Quienes han tenido contacto con los enfermos mentales los rechazan menos
Graves GD, Krupinsky J, Stoller A y Harcourt A	A survey community attitudes towards mental illness	Australia	1971	comunidad	318	Viñetas y cuestionario de opiniones y actitudes	Entrevista	Identificación, opiniones, actitudes y nivel educativo	A mayor educación, más distancia social. Destacan la necesidad de educación sobre salud mental
Hartnett J, Simonetta L y Mahoney J	Perceptions of nonclinical psychologists toward clinical psychologists	EUA	1989	psicólogos no clínicos de la American Psychological Association	109	Escala de distancia social	Cuestionario auto aplicable por correo	Opinión sobre los psicólogos clínicos y la eficacia de la psicoterapia	En general opiniones positivas. Una minoría piensa que la psicoterapia no es efectiva
Heller PI, Chalfant HP, Rivera MC, Quesada GM y Bradford CD	Socio-economic class, classification of 'abnormal' behaviour and perceptions of mental health care:	EUA y México	1976	población general	173	Viñetas	Entrevista	Nivel socioeconómico reconocimiento de síntomas de enfermedad mental	Encontraron diferencias por nse tanto en la identificación de patologías como en las recomendaciones y diferencias transculturales
Holden DF y Lewine RRJ	How families evaluate mental health professionals, resources and effects of illness	EUA	1982	Miembros de agrupaciones de familias con enfermos mentales	203	Cuestionario	Correo	Evaluación de los profesionales, los recursos y los efectos de la enfermedad mental	Requerimientos de mayor apoyo emocional, información y recursos para atención posterior

Ingham J	The public image of psychiatry	REINO UNIDO	1985				Editorial	Imagen de la psiquiatría	Es indispensable mayor comprensión mutua entre los psiquiatras y sus pacientes
Kamo M, Edgerton RB	Some folk beliefs about mental illness: A reconsideration	EUA	1974	Mexico-americanos y anglos rurales	668	Cuestionario estructurado	Entrevista domiciliaria	Creencias acerca de la enfermedad mental	Propone que se reconsideren las concepciones tradicionales sobre la enfermedad mental
Kirk SA	The impact of labelling on rejection of the mentally ill	EUA	1974	estudiantes	864	Viñetas e índice de rechazo social	Aplicación experimental grupal	Nivel de rechazo social y etiquetación del enfermo mental	No se encontraron efectos significativos
Kirkmayer LJ, Fletcher CM y Boothroyd LJ	Inuit attitudes toward deviant behavior: A vignette study	Canadá	1997	Miembros de una comunidad indígena	137	Viñetas, escala Likert de actitudes, distancia social, atribución causal	Entrevista individual	Identificación de comportamiento desviado, actitudes, distancia social y atribución causal	El género femenino y mayor escolaridad se asoció con mayor distancia social
Lawton MP	Correlates of the opinions about mental illness scale	EUA	1964	médicos		OMI	Análisis de correlación	Escala OMI y variables demográficas	El autoritarismo correlaciona positivamente con la edad y años de servicio, la restrictividad positivamente con la edad y negativamente con la educación. El sexo no
Lehmann S, Joy V, Kreisman D y Simmens S	Responses to viewing Symptomatic behaviors and labelling of prior mental illness	EUA	1976	estudiantes	90	Video tapes sobre enfermos mentales y escala de distancia social	Diseño experimental	Etiquetación y distancia social	La etiquetación no mostró efectos de mayor rechazo por parte de los sujetos
Lehtinen V y Väisänen E	Social-demographic aspects in the attitudes towards mental illness in a Finnish population	Finlandia	1977	Comunidad	1000	Escala de actitudes tipo Likert		Actitudes, edad, educación, estatus social	A mayor educación y menor edad, y mayor estatus social actitudes más positivas, la población rural mostró actitudes más negativa
Lehtinen V y Väisänen E	Attitudes towards mental illness and utilization of psychiatric treatment	Finlandia	1978	Comunidad	1000	Escala de actitud tipo Likert	Entrevista semiestructurada	Uso de tratamiento y estado mental	Quienes manifestaron trastornos y necesidad de atención, tuvieron actitudes más negativa

Lemkau PV y Crocetti GM	An urban population's opinion and knowledge about mental illness	EUA	1962	Población general urbana	1736	Cuestionario de opinión y viñetas	Encuesta de opinión, entrevista estructurada individual	Opinión y conocimiento sobre la enfermedad mental y los enfermos mentales	La gente está bastante bien informada y manifiesta comprensión y tolerancia hacia el enfermo mental
León CA y Micklin M	Opiniones comunitarias sobre la enfermedad mental	Colombia	1971	Población general	800	Cuestionario	Entrevista	Opiniones, edad, sexo y NSE	Ignorancia sobre causas y características de la enfermedad mental
Levey S y Howells K	Accounting for the fear of schizophrenia	EUA	1994					Revisión de literatura	Plantea la evidencia de la asociación popular entre esquizofrenia y violencia o peligro. Destaca la influencia de los medios y los estereotipos
Loman LA y Larkin WE	Rejection of the mentally ill: an experiment in labelling	EUA	1976	Estudiantes	204	Video tapes y cuestionario	Diseño experimental, aplicación grupal	Comportamiento, etiquetación, rechazo social	Tanto el comportamiento (normal, paranoide) como la etiquetación tuvieron importantes efectos sobre el rechazo social
Loo C, Tong B, True R	A bitter bean: mental health status and attitudes in Chinatown	EUA	1989	Comunidad china en EU	108	Cuestionario extenso	Entrevista estructurada	Estado mental y actitudes	Los servicios son subutilizados por desconocimiento, y por creer que los trastornos mentales no pueden prevenirse
Mahatane J y Johnston M	Unrealistic optimism and attitudes towards mental health	Inglaterra	1989	60	Estudiantes de medicina	Escala de optimismo irrealista y Escala de Actitudes hacia el Enfermo mental	Diseño experimental	Optimismo y actitudes	La percepción de controlabilidad es un importante predictor de optimismo irrealista
Matschinger H y Angermeyer MC	Lay beliefs about the causes of mental disorders: a new methodological approach	Alemania	1993	2094	Población general	Viñetas, Lista de causas posibles	Entrevista estructurada	Identificación de trastorno, causalidad atribuida	La preferencia por una causa o tipo de causas se determina por la controlabilidad percibida de las mismas.

McGuire J. Borowy T y Kolin I	Attitudes toward mental health professionals in a Hospital Based Community Mental Health Center	EUA	1986	50	personal hospitalario, profesionales de la salud mental y pacientes psiquiátricos internos	escala de actitudes diferencial semántico, de Nunnally, 1958	Aplicación de escala	Evaluación afectiva y comprensión de los roles de 11 profesiones relacionadas con salud mental	Las actitudes hacia los profesionales de la salud mental están influenciadas por: el rol del individuo, su familiaridad y relación con el profesional A mayor familiaridad, actitudes más positiva
McWilliams SA y Morris LA	Community attitudes about mental health services	EUA	1974	comunidad	110	Cuestionario con 19 preguntas abiertas y datos demográficos	Telefónica	Actitudes hacia los servicios de atención a la salud mental y variables demográficas	Actitudes favorables hacia los centros de salud mental, poca información acerca de servicios y duración del tratamiento
Middleton J	Prejudices and opinions of mental hospital employees regarding mental illness	EUA	1953	empleados hospital mental	392	Cuestionario	Aplicación individual	Prejuicios y opiniones, edad, IQ, educación, antigüedad en el empleo	El grado de prejuicio correlaciona negativamente con la educación y el IQ y positivamente con la edad
Natera G, Casco M, González y Newell	Percepción de la enfermedad mental a través de historietas	México	1985	población general	131	historietas o viñetas	Entrevista, método del informante	Percepción de la enfermedad mental y variables demográficas	La actitud depende de la agresividad y el peligro percibidos
Natera G y Casco M	Actitudes hacia la enfermedad mental en población general y en un grupo de profesionales de la salud	México	1991	Comunidad y profesionales de la salud	103	Escala de Taylor y Dear	Método del informante	Actitudes, nivel socioeconómico, ocupación, nivel escolar, edad	En ambas poblaciones se encontraron actitudes positivas. A mayor educación, actitudes más positivas, a más edad más rechazo, a mayor NSE menos benevolencia, Los profesionales resultaron más tolerantes
Neff JA y Husaini BA	Lay images of mental illness: social knowledge and tolerance of the mentally ill	EUA	1985	Población general	713	Cuestionario y viñetas	Entrevista individual	Conocimiento y tolerancia social	Los factores demográficos no se relacionan con la tolerancia directamente, sino por mediación del contexto cultural

Nielsen AC y Eaton JS	Medical students' attitudes about psychiatry	EUA	1981	estudiantes de medicina	204	Cuestionario de actitudes. 81 reactivos Likert y abiertos	Por correo	Actitudes y grado de interés en la psiquiatría	La experiencia en las escuelas médicas es determinante de las actitudes. Confusión sobre roles y habilidades del psiquiatra
Nunnally J			1957	expertos y público				Comunicación de informaciones, medios	
Olade RA	Attitudes towards mental illness: A comparison of post basic nursing students with science students	Canadá	1979	Estudiantes de enfermería y ciencias	52	OMI Scale	Aplicación grupal	Actitudes y tipo de estudios profesionales	Las enfermeras tienen actitudes más positivas en los factores de ideología sobre higiene mental y etiología interpersonal
Parra F y Yiu-Cheong A	The changing perceptions of mental illness in a mexican-american community	USA	1983	Comunidad mexicano-americana	324	Cuestionario y viñetas	Entrevista telefónica	Percepciones y diferencias culturales	La percepción difiere entre anglos y chicanos
Parra F	Social tolerance of the mentally ill in the Mexican American community	EUA	1985	Comunidad mexicano-norteamericana	324	Viñetas y cuestionario	Entrevista telefónica	Percepciones, educación, edad, sexo, nivel social	Los jóvenes son más tolerantes que las personas mayores, sin relación con el sexo ni la educación
Parra F	Perceptions of mental illness in Mexico:	México Chihuahua	1987	Población general	47	Viñetas y cuestionario	Entrevista personal	Percepción y características socio demográficas	Las mujeres perciben menos que los hombres los desordenes mentales
Penayo U, Jacobsson, Caldera y Bermann	Community attitudes and awareness of mental disorders	Nicaragua	1988	Comunidad	108	Viñetas y cuestionario	Entrevista con informantes	Actitudes y percepción	Consideran el alcoholismo como la enfermedad mental más frecuente
Phillips DL	Rejection of the mentally ill: the influence of behavior and sex	EUA	1963	Mujeres blancas casadas	300	Viñetas y escala de distancia social	Entrevista	Rechazo hacia el enfermo mental, comportamiento y sexo	La intensidad de la reacción frente al enfermo mental es determinada por la magnitud de su comportamiento anormal observable

Phillips DL	Rejection, A possible consequence of seeking help for mental disorders	EUA	1963					Rechazo y búsqueda de ayuda	
Rabin PL y Labarbera J	Improving students attitudes toward psychiatry: The role of the clerkship	EUA	1987	Estudiantes de medicina	109	Cuestionario tipo Likert	Autoaplicación	Actitudes hacia la psiquiatría y prácticas de campo	Quienes consideraron sus prácticas como positivas, tuvieron actitudes más favorables
Rabkin J	Opinions about mental illness: A review of the literature	EUA	1972				Revisión de la literatura		
Rabkin J	Public attitudes toward mental illness: A review	EUA	1974				Revisión de la literatura		
Ramsey GV y Seipp M	Attitudes and opinions concerning mental illness	EUA	1948	Población general	345	Escala de actitudes hacia la enfermedad mental, causalidad y variables demográficas	Entrevista	Actitudes hacia la enfermedad mental variables demográficas	A mayor nivel educativo y ocupacional, mayor información y actitudes más positivas
Rawnsley K	Psychiatry in jeopardy	Inglaterra	1984				Editorial	Imagen de la psiquiatría	El psiquiatra y los enfermos mentales siempre atraerán actitudes sociales ambivalentes. Se requiere educación
Reda S	Public perception of discharged psychiatric patients: a community survey	Inglaterra	1996	Población general	200	Cédula de entrevista semiestructurada	Entrevista personal	Percepción de la enfermedad mental, actitudes hacia el enfermo mental	Las actitudes publicas predominantes hacia el enfermo mental continúan siendo negativas.
Reetz M y Shemberg KM	Fifth and sixth graders' attitudes toward mental health issues	EUA	1985	Estudiantes de primaria	213	Cuestionario de conocimientos, creencias y actitudes	Aplicación grupal	Actitudes, creencias e intenciones conductuales	Los niños tienen actitudes positivas, pero no se reflejan en intenciones conductuales. Se sugieren labores educativas

Rootman Y, Phil M y Lafave HG	Are popular attitudes toward the mentally ill changing?	Canadá	1969	Población rural		Viñetas y cuestionario	Entrevista individual	Actitudes hacia el enfermo mental	Se está incrementando el conocimiento sobre las enfermedades mentales y reduciendo la distancia social
Roskin G, Carsen ML, Rabiner CJ y Marell SK	Attitudes toward patients among different mental health professional groups	EUA	1988	Profesionales de la salud mental	377	Cuestionario de actitudes hacia los pacientes	Correo	Creencias, patogénesis, enfoque hacia el paciente, profesión: psiquiatra, psicólogo, trabajador social psiq. y enfermera	Se encontraron diferencias significativas entre las diferentes disciplinas de la salud mental, en muchas dimensiones de las actitudes
Ruiz M, Serrano V y Sánchez E	Historia de las actitudes hacia la enfermedad mental	España	1988				Revisión de la literatura		Revisión de 1948 a 1985
Scheff TJ	The labelling theory of mental illness	EUA	1974			Teoría de la etiquetación	Propuesta teórica y revisión de la literatura		
Schindler F y cols	How the public perceives Psychiatrists, psychologists, non psychiatric physicians and clergy	EUA	1987	Comunidad y pacientes psiquiátricos	119 pacientes y 114 no pacientes	Escala Likert sobre competencia de especialistas y sus cualidades	Cuestionario	Capacidad para tratar 10 tipos de enfermedades mentales y cualidades personales del especialista	Los psiquiatras y psicólogos están más calificados, se mantiene el estereotipo del psicólogo para trastornos leves y el psiquiatra para graves. se requiere más educación
Shurka E	Attitudes of Israeli Arabs towards the mentally ill	Israel	1983	Comunidad árabe israelí	91	Cuestionario	Entrevista estructurada	Actitudes hacia el enfermo mental y datos sociodemográficos	La cultura, la religión y el nivel educativo afectan las actitudes
Spiro HR, Siassi Y, y Crocetti G	Ability of the public to recognize mental illness: An issue of substance and an issue of meaning	EUA	1973	Público general	747	Viñetas y cuestionario	Entrevista	Reconocimiento de la enfermedad mental y actitudes	No se encontró relación entre la habilidad para identificar la enfermedad mental y las actitudes hacia ella

Steffani D	Escala de actitudes hacia la enfermedad mental	Argentina	1977			Escala de actitudes	Construcción del instrumento	Actitudes hacia la enfermedad mental	Se concluyó la construcción
Steffani D	Actitud hacia la enfermedad mental y nivel socioeconómico	Argentina	1979	Población general	237	Escala de actitudes y cuestionario de datos generales	Entrevista	Nivel socioeconómico y actitud	Actitudes en general favorables. La edad no mostró relación con la actitud, pero el nivel educativo y laboral sí
Steffani D	Influencia del nivel socioeconómico sobre las actitudes hacia la enfermedad mental	Argentina	1984	Población general	253	Escala de actitudes y cuestionario de datos generales	Entrevista	Nivel socioeconómico y actitud	No se encontraron diferencias por género, si por NSE, con actitudes más favorables a mayor nivel socioeconómico
Steffani D	Autoritarismo y Actitud hacia la enfermedad mental	Argentina	1985	Población general	150	Escala de actitudes	Entrevista	Autoritarismo, dogmatismo y actitud hacia enfermedad mental	Se encontró un grado medio de autoritarismo y una actitud levemente favorable
Taylor SM, Dear MJ y Hall GB	Attitudes toward the mentally ill and reactions to mental health facilities	Canadá	1979	Población general		Escala de actitudes	Ensayo	Reacción a instalaciones de atención a la salud mental	Actitudes favorables de la comunidad
Taylor SM y Dear MJ	Scaling community attitudes toward the mentally ill	Canadá	1981	Población general	1090	Escala de actitudes AMI	Desarrollo y aplicación de cuatro escalas	Validación de escala	Se demuestra la validez de la escala para medir actitudes comunitarias hacia el enfermo mental
Townsend JM	Cultural conceptions and mental illness	Alemania y EUA	1975	Estudiantes y personal de hospital mental	1280	Cuestionario de Nunnally	Autoaplicación	Diferencias interculturales y concepciones de la enfermedad mental	Las diferencias interculturales exceden a las diferencias intraculturales
Trute B y Loewen A	Public attitude toward the mentally ill as a function of prior personal experience	Canadá	1978	Población general	62	Escala de distancia social, escala Guttman	Entrevista	experiencia previa, factores demográficos y rechazo social	Se encontraron dos factores en actitudes: rechazo en las relaciones sociales y en situaciones de responsabilidad social. A mayor contacto, mayor aceptación

Trite B, Tefft B y Segall A	Social rejection of the mentally ill: a replication study of public attitude	Canadá	1989	Población urbana	548	Cuestionario sobre conocimientos, experiencia y rechazo social	Entrevista individual	Rechazo social, conocimientos y contacto previo	La respuesta general tiende a ser de rechazo, pero este disminuye conforme mayor es la experiencia previa
Vannicelli M, Washburn SL y Scheff BJ	Family Attitudes toward mental illness	EUA	1980	Pacientes y familiares	186	Psychiatric Status Schedule Psychiatric Evaluation Form Escala OMI	Entrevista	Opiniones, Actitudes, sociodemográficas	Las actitudes hacia la enfermedad mental son inmutables con relación al tiempo, el entorno de tratamiento y los resultados del mismo
Vidales R	La opinión acerca del psicólogo	México	1989	Estudiantes universitarios	400	Cuestionario con 21 preguntas abiertas	Aplicación individual	Opinión sobre el psicólogo y carrera en curso	Opinión positiva, desconocimiento del su campo de acción
Wahl OF	Public vs. professional conceptions of schizophrenia	EUA	1987	Profesionales y estudiantes	542	Escala Likert	Entrevista	Concepciones sobre la esquizofrenia	Existen errores comunes a todos los grupos; se requiere información
Webb AR y Speer JR	The public image of psychologists	EUA	1985	Estudiantes y sus padres		Ensayo descriptivo abierto	Perfil semántico	Imagen del psicólogo	Imagen favorable moderada, desinformación sobre su actividad
West ND y Walsh MA	Psychiatry's image today: Results of an attitudinal survey	EUA	1975	Médicos y estudiantes de medicina	549	Cuestionario de opinión	Correo	Opinión sobre la psiquiatría	La imagen en la comunidad médica es bastante buena
Wig NN, Suleiman SA, Routledge R, Srinivasa R, Ladrido L, Ibrahim HHA y Harding T	Community reactions to mental disorders	Sudan, India y Filipinas	1980	Población rural en Sudán y urbana en Filipinas		Viñetas (7) y cuestionario	Entrevista con informantes clave	Identificación de patologías	La primera fuente de ayuda son los curanderos tradicionales. Diferentes patrones de actitudes por área geográfica
Wood W, Jones M y Benjamin LT	Surveying psychology's public image	EUA	1986	Comunidad	201	Cuestionario de 26 reactivos	Entrevista telefónica	Imagen de la psicología	Actitudes generales favorables, poca comprensión de su actividad

Yager J, Lamotte K, Nielsen A y Eaton JS	Medical students' evaluation of psychiatry: A cross country comparison	EUA	1982	Estudiantes de medicina	368	Cuestionario sobre actitudes y opiniones	Aplicación directa y por correo	Actitudes hacia la psiquiatría	La consideran una especialidad difícil, con poco prestigio y poca precisión
Yang H	Attitudes towards psychoses and psychotic patients in Beijing	China	1989	población general	3028	Cuestionario	Entrevista	actitud hacia psicosis	Actitud positiva hacia el enfermo mental

## ENCUESTA ACERCA DE LA ENFERMEDAD MENTAL

REGISTRO:

NOMBRE: \_\_\_\_\_

DIRECCION: \_\_\_\_\_

TELEFONO: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

ENTREVISTADOR: \_\_\_\_\_ NUMERO: \_\_\_\_\_

NIVEL SOCIOECONOMICO		GENERO		EDAD			
C	<input type="text" value="1"/>	HOMBRE	<input type="text" value="1"/>	18 - 24	<input type="text" value="1"/>	35 - 44	<input type="text" value="3"/>
D	<input type="text" value="2"/>	MUJER	<input type="text" value="2"/>	25 - 34	<input type="text" value="2"/>	45 - 60	<input type="text" value="4"/>

BUENOS DIAS (TARDES): SOY ..... DE ..... UNA EMPRESA QUE SE DEDICA A REALIZAR ESTUDIOS DE OPINION. EN ESTE MOMENTO ESTAMOS REALIZANDO UNA ENCUESTA ACERCA DE LA SALUD Y LA ENFERMEDAD MENTAL. ¿PODRIA CONTESTAR ALGUNAS PREGUNTAS? PRIMERAMENTE LE VOY A LEER UNA SERIE DE AFIRMACIONES DE ALGUNAS PERSONAS SOBRE EL TEMA. DIGANOS, DE ACUERDO A LA SIGUIENTE TARJETA, QUE TAN DE ACUERDO O DESACUERDO ESTA USTED CON ELLAS.

MOSTRAR TARJETA 1

Totalmente de Acuerdo (5)	de Acuerdo (4)	No estoy Seguro (3)	en Desacuerdo (2)	Totalmente en Desacuerdo (1)
---------------------------	----------------	---------------------	-------------------	------------------------------

TENGA PRESENTE QUE NO HAY RESPUESTAS CORRECTAS O INCORRECTAS, LO IMPORTANTE ES SU OPINION.

1. Las enfermedades mentales son incurables.	5	4	3	2	1
2. Los psiquiatras son médicos capacitados para curar enfermedades mentales.	5	4	3	2	1
3. Apoyaría a cualquier familiar o amigo que tuviera una enfermedad mental.	5	4	3	2	1
4. Los enfermos mentales son muy raros.	5	4	3	2	1
5. Los psiquiatras me caen bien.	5	4	3	2	1
6. Las enfermedades mentales son enfermedades del espíritu.	5	4	3	2	1
7. Me molesta la presencia de un enfermo mental.	5	4	3	2	1
8. Los tratamientos psiquiátricos son muy baratos.	5	4	3	2	1
9. No me daría vergüenza padecer una enfermedad mental.	5	4	3	2	1

10.Las enfermedades mentales <u>no son</u> hereditarias.	5	4	3	2	1
11.Si conociera a un enfermo mental, le recomendaría que no fuera al psiquiatra.	5	4	3	2	1
12.Los psiquiatras me dan miedo.	5	4	3	2	1
13.Los enfermos mentales son personas muy inteligentes.	5	4	3	2	1
14.Los psiquiatras en vez de curar, empeoran al paciente.	5	4	3	2	1
15.Los enfermos mentales me inspiran confianza.	5	4	3	2	1
16.Las enfermedades mentales se originan por problemas sexuales.	5	4	3	2	1
17.Si algún familiar o amigo mío tuviera una enfermedad mental, le aconsejaría buscar ayuda psiquiátrica.	5	4	3	2	1
18.Los enfermos mentales son peligrosos.	5	4	3	2	1
19.Un psiquiatra es alguien que ayuda a resolver problemas.	5	4	3	2	1
20.Los enfermos mentales me simpatizan.	5	4	3	2	1
21.Las enfermedades mentales se curan con operaciones del cerebro.	5	4	3	2	1
22.Los enfermos mentales son muy nerviosos.	5	4	3	2	1
23.Los enfermos mentales no me interesan.	5	4	3	2	1
24.Los psiquiatras son indispensables para la sociedad.	5	4	3	2	1
25.Los psiquiatras me ponen nervioso.	5	4	3	2	1
26.Los enfermos mentales terminan cometiendo delitos.	5	4	3	2	1
27.Las enfermedades mentales se curan con afecto y apoyo familiar.	5	4	3	2	1
28.Los enfermos mentales no deben estar encerrados.	5	4	3	2	1
29.Las enfermedades mentales no me interesan.	5	4	3	2	1
30.Los psiquiatras siempre recetan medicinas.	5	4	3	2	1
31.Aceptaría que uno de mis hijos se casara con un enfermo mental.	5	4	3	2	1
32.La psiquiatría es una profesión respetable.	5	4	3	2	1
33.Me avergonzaría necesitar un tratamiento psiquiátrico.	5	4	3	2	1
34.Las enfermedades mentales son un problema grave para la sociedad.	5	4	3	2	1

35.Si llegara a tener una enfermedad mental, me sentiría culpable.	5	4	3	2	1
36.Sólo quienes tienen problemas mentales graves deben ir al psiquiatra.	5	4	3	2	1
37.Me da miedo cuando veo a un enfermo mental.	5	4	3	2	1
38.Los psiquiatras tratan siempre de ayudar a sus pacientes.	5	4	3	2	1
39.Me preocupa la suerte de los enfermos mentales.	5	4	3	2	1
40.Las enfermedades mentales son enfermedades del sistema nervioso.	5	4	3	2	1
41.Si algún familiar mío tuviera una enfermedad mental, <u>no me gustaría</u> que lo atendiera un psiquiatra.	5	4	3	2	1
42.La mayoría de los psiquiatras están locos.	5	4	3	2	1
43.No me preocupa la posibilidad de llegar a tener una enfermedad mental.	5	4	3	2	1
44.Los tratamientos psiquiátricos son muy eficaces.	5	4	3	2	1
45.Prefiero evitar cualquier trato con un enfermo mental.	5	4	3	2	1
46.Las enfermedades mentales son causadas por los problemas sociales.	5	4	3	2	1
47.Si fuera con un psiquiatra, preferiría que nadie lo supiera.	5	4	3	2	1
48.Si llegara a padecer una enfermedad mental, no sabría qué hacer.	5	4	3	2	1
49.Los psiquiatras sólo buscan sacar dinero.	5	4	3	2	1
50.Los enfermos mentales me dan lástima.	5	4	3	2	1
51.Cualquiera puede llegar a ser un enfermo mental.	5	4	3	2	1
52.La posibilidad de padecer una enfermedad mental me parece terrible.	5	4	3	2	1
53.Los psiquiatras no son peligrosos.	5	4	3	2	1
54.Me gustaría apoyar a los enfermos mentales.	5	4	3	2	1
55.Las enfermedades mentales se originan por problemas en la infancia.	5	4	3	2	1
56.Admiro a los psiquiatras.	5	4	3	2	1
57.Los enfermos mentales son tontos.	5	4	3	2	1
58.Si llegara a necesitar un tratamiento psiquiátrico, lo seguiría al pie de la letra.	5	4	3	2	1
59.Los psiquiatras culpan de todo al sexo.	5	4	3	2	1

60.Me siento capaz de enfrentar una enfermedad mental.	5	4	3	2	1
61.No me casaría con un enfermo mental.	5	4	3	2	1
62.Sólo los locos necesitan ir al psiquiatra.	5	4	3	2	1
63.Si uno de mis hijos tuviera una enfermedad mental, no se lo diría a nadie.	5	4	3	2	1
64.Respeto a los enfermos mentales.	5	4	3	2	1
65.Los psiquiatras abusan del control que tienen sobre sus pacientes.	5	4	3	2	1
66.Si tuviera una enfermedad mental, haría todo lo posible por curarme.	5	4	3	2	1
67.Se puede tener una enfermedad mental sin estar loco.	5	4	3	2	1
68.Los enfermos mentales me dan asco.	5	4	3	2	1
69.Me interesan mucho las enfermedades mentales.	5	4	3	2	1
70.Los tratamientos para las enfermedades mentales son muy peligrosos.	5	4	3	2	1
71.Los psiquiatras me inspiran respeto.	5	4	3	2	1
72.Los enfermos mentales no pueden bastarse a sí mismos.	5	4	3	2	1
73.Si estuviera mal de los nervios, no dudaría en ir al psiquiatra.	5	4	3	2	1
74.Las enfermedades mentales no me asustan.	5	4	3	2	1
75.Hay muchas maneras de ayudar a un enfermo mental.	5	4	3	2	1
76.Me daría vergüenza que algún familiar mío tuviera una enfermedad mental.	5	4	3	2	1
77.Los psiquiatras son unos charlatanes.	5	4	3	2	1
78.Si uno de mis hijos tuviera problemas mentales, lo llevaría al psiquiatra.	5	4	3	2	1
79.Los enfermos mentales casi siempre son retrasados mentales.	5	4	3	2	1
80.Me siento responsable por la suerte de los enfermos mentales.	5	4	3	2	1
81.Me asustan los tratamientos psiquiátricos.	5	4	3	2	1
82.Los enfermos mentales pueden ser útiles para la sociedad.	5	4	3	2	1
83.No aceptaría como vecino a un enfermo mental.	5	4	3	2	1
84.Cuando alguien tiene demasiados problemas, se enferma de la mente.	5	4	3	2	1

85.Si tuviera una enfermedad mental, me tranquilizaría que me ayudara un psiquiatra	5	4	3	2	1
86.Los psiquiatras no pueden controlar la mente de sus pacientes.	5	4	3	2	1
87.Siento desprecio por los enfermos mentales.	5	4	3	2	1
88.Si llegara a tener una enfermedad mental, tendría esperanzas de curarme.	5	4	3	2	1
89.Las enfermedades mentales son un castigo por haber pecado.	5	4	3	2	1
90.Los hijos se enferman de la mente por culpa de los padres.	5	4	3	2	1
91.Los enfermos mentales están locos.	5	4	3	2	1
92.Los psiquiatras me inspiran confianza.	5	4	3	2	1
93.Los tratamientos para las enfermedades mentales son muy eficaces.	5	4	3	2	1
94.Me desagrada pensar en las enfermedades mentales.	5	4	3	2	1
95.Los enfermos mentales son violentos.	5	4	3	2	1
96.No llevaría a mis hijos al psiquiatra, aunque tuvieran problemas.	5	4	3	2	1
97.Los enfermos mentales necesitan ayuda de un psiquiatra.	5	4	3	2	1
98.Me daría vergüenza tener a un familiar en un hospital psiquiátrico.	5	4	3	2	1
99.Los psiquiatras dan medicinas que atontan a la gente.	5	4	3	2	1
100.Los enfermos mentales me dan lástima.	5	4	3	2	1
101.Las enfermedades mentales se pueden prevenir.	5	4	3	2	1
102.Los psiquiatras me agradan.	5	4	3	2	1
103.Los enfermos mentales pueden llevar una vida normal.	5	4	3	2	1
104.Sería amigo de un enfermo mental.	5	4	3	2	1
105.Aunque mis problemas no sean graves, un psiquiatra podría ayudarme.	5	4	3	2	1
106.Me da miedo pensar en la posibilidad de padecer una enfermedad mental.	5	4	3	2	1
107.Las enfermedades mentales no son contagiosas.	5	4	3	2	1
108.Los enfermos mentales no son responsables de sus actos.	5	4	3	2	1
109.Si algún familiar o amigo tuviera una enfermedad mental, me alejaría de él.	5	4	3	2	1

110. Los enfermos mentales merecen el apoyo de la sociedad.	5	4	3	2	1
111. Los enfermos mentales pueden poner de su parte para su curación.	5	4	3	2	1
112. No confío en los enfermos mentales.	5	4	3	2	1
113. Los psiquiatras mejoran a sus pacientes.	5	4	3	2	1
114. Tener una enfermedad mental no es lo mismo que estar loco.	5	4	3	2	1
115. Si estuviera mal de los nervios, me gustaría que me atendiera un psiquiatra.	5	4	3	2	1
116. Cualquiera puede llegar a necesitar la ayuda de un psiquiatra.	5	4	3	2	1
117. No me molestaría tener como compañero de trabajo a un enfermo mental.	5	4	3	2	1
118. Los enfermos mentales no tienen la culpa de lo que les pasa.	5	4	3	2	1
119. No iría al psiquiatra, aunque tuviera problemas mentales.	5	4	3	2	1
120. Admiro a quienes logran superar una enfermedad mental.	5	4	3	2	1

A CONTINUACION, LE AGRADECERE QUE RESPONDA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS.

1. ¿Ha tenido alguna vez malestares o problemas emocionales o nerviosos?	
SI	<input type="checkbox"/> 1
NO	<input type="checkbox"/> 2 (PASAR A PREG. 5)
2. ¿Ha buscado ayuda para ellos?	
SI	<input type="checkbox"/> 1
NO	<input type="checkbox"/> 2
3. ¿Por qué? _____	
.....	
.....	
.....	
<input type="checkbox"/> 1	

4. ¿Con quién? \_\_\_\_\_

...

...

1

5. ¿Ha ido alguna vez con un psicólogo o psiquiatra?

SI  1

NO  2

6. ¿Alguien de su familia o algún amigo ha tenido una enfermedad mental?

SI  1

NO  2

(PASAR A PREG. 10)

7. ¿Esa persona ha buscado ayuda?

SI  1

NO  2

(HACER PREG. 8 Y PASAR A 10)

NO SE  3

(PASAR A PREG. 10)

8. ¿Por qué? \_\_\_\_\_

...

...

...

1

9. ¿Con quién? \_\_\_\_\_

...

...

1

10. ¿Acostumbran en su familia hablar sobre problemas de salud mental?

SI  1

NO  2

11. ¿Alguien de su familia o algún amigo ha platicado con usted sobre las enfermedades mentales?

SI  1

NO  2

12. ¿En la escuela le enseñaron algo relacionado con la salud mental o las enfermedades mentales?

SI  1

NO  2

13. ¿A los niños les enseñan en la escuela algo relacionado con la salud mental y las enfermedades mentales?

SI  1

NO  2

14. ¿Acostumbra leer algún periódico?

SI  1

NO  2 (PASAR A PREG. 16)

15. ¿Ha leído en el periódico algo relacionado con las enfermedades mentales?

SI  1

NO  2

16. ¿Acostumbra leer revistas?

SI  1

NO  2 (PASAR A PREG. 18)

17. ¿Ha leído en ellas algo relacionado con las enfermedades mentales?

SI  1

NO  2

18. ¿Acostumbra escuchar la radio?

SI  1

NO  2 (PASAR A PREG. 20)

19. ¿Ha escuchado programas relacionados con las enfermedades mentales?

SI  1

NO  2

20. ¿Acostumbra ver televisión?

SI  1

NO  2 (PASAR A PREG. 22)

21. ¿Ha visto programas en que aparezcan psiquiatras o enfermos mentales?

SI  1

NO  2

22. ¿Acostumbra ver películas en el cine, la televisión o videocasetera?

SI  1

NO  2 (PASAR A PREG. 24)

23. ¿Ha visto alguna en que aparezcan psiquiatras o enfermos mentales?

SI  1

NO  2

24. Considera usted que su salud es: (LEER)

excelente  5      buena  4      regular  3      mala  2      pésima  1

25. Considera usted que su salud mental es: (LEER)

excelente  5      buena  4      regular  3      mala  2      pésima  1

26. ¿Cree que usted o alguien de su familia podría llegar a tener problemas emocionales, nerviosos o mentales?

SI  1

NO  2

NO SE  3

27. ¿Cree que usted o alguien de su familia podría llegar a necesitar atención psicológica o psiquiátrica?

SI  1

NO  2

NO SE  3

28. ¿Sabe usted si en la cd. de México existen servicios para la atención de enfermedades mentales?

SI  1

NO  2

NO SE  3 (PASAR A PREG. 30)

29. Los servicios que conoce son: (LEER)

privados  5

públicos  4

IMSS  3

ISSSTE  2

SSA  1

30. En caso de requerir atención para algún problema emocional o una enfermedad mental, ¿Sabría a donde acudir?

SI  1

NO  2

POR ULTIMO, SOLO PARA FINES ESTADISTICOS, LE AGRADECERIA QUE UBICARA EL INGRESO MENSUAL APROXIMADO DE SU FAMILIA EN UNA DE LAS SIGUIENTES CATEGORIAS:

MOSTRAR TARJETA 2

- INGRESO MENSUAL DE LA FAMILIA		menos de 400 nuevos pesos	1	
		entre 400 y 700 nuevos pesos	2	
		entre 700 y 1,000 nuevos pesos	3	
		entre 1,000 y 3,000 nuevos pesos	4	
		entre 3,000 y 5,000 nuevos pesos	5	
		entre 5,000 y 10,000 nuevos pesos	6	
		más de 10,000 nuevos pesos	7	
- ESCOLARIDAD				
		ninguna	1	
		primaria incompleta	2	
		primaria completa	3	
		secundaria incompleta	4	
		secundaria completa	5	
		preparatoria o carrera técnica incompleta	6	
		preparatoria o carrera técnica completa	7	
		profesional incompleta	8	
		profesional completa	9	
- OCUPACION				
	amo de casa	1	comerciante	6
	estudiante	2	ejecutivo o gerente	7
	jubilado o desempleado	3	profesionista independiente	8
	obrero	4	otros	9
	empleado de oficina	5		

## CODIFICACIÓN

FOLIO

NO. DE CUESTIONARIO

1 - 800

COLONIA

DIRECCIÓN DEL SUJETO

NSE medio

- 1 - Valle de los Pinos
- 2 - Valle Dorado
- 3 - Educación
- 4 - Valle de Aragón (II sección)
- 5 - Las Américas
- 6 - Los Olivos
- 7 - Ampliación Vista Hermosa
- 8 - Avante
- 9 - Lomas de Capistrano
- 10 - Villas de la Hacienda
- 11 - Valle del Tepeyac
- 12 - Colonial Iztapalapa
- 13 - Narvarte
- 14 - San Pedro el Chico
- 15 - Nueva Santa María
- 16 - Jardines de San Mateo
- 17 - Modelo
- 18 - La Florida
- 19 - Cumbria
- 20 - Boulevares
- 21 - Arcos de la Hacienda
- 22 - Paseos de Churubusco
- 23 - Lomas de Atizapán
- 24 - Prados de Aragón
- 25 - Prados del Rosario
- 26 - Valle Ceylán
- 27 - Jardines del Sur
- 28 - Bosques de Aragón
- 29 - Ciudad Jardín
- 30 - Viveros de la Loma
- 31 - Unidad Fuentes Brotantes
- 32 - Jardín Balbuena
- 33 - Reforma Iztaccihuatl
- 34 - Militar Marte
- 35 - Condesa
- 36 - Pedregal de Atizapán
- 37 - Sección Parques
- 38 - Prado Churubusco
- 39 - Viveros del Valle
- 40 - Sinatel

**NSE bajo**

- 41 - San Juan de Aragón
- 42 - Molino de Rosas
- 43 - Agrícola Oriental
- 44 - Guadalupe del Moral
- 45 - Ampliación Progreso Nacional
- 46 - Moctezuma Primera Sección
- 47 - Prohogar
- 48 - Sector Popular
- 49 - C.T.M. Culhuacán
- 50 - Valentin Gómez Farías
- 51 - La Joya
- 52 - Santa Cruz Meychualco
- 53 - Pensador Mexicano
- 54 - Merced Balbuena
- 55 - Evolución
- 56 - Metropolitana Segunda Sección
- 57 - Pedregal de Carrasco
- 58 - La Preciosa
- 59 - Santa Rosa
- 60 - Ciudad Azteca
- 61 - La Perla
- 62 - El Triunfo
- 63 - El Conde
- 64 - Juárez Pantitlán
- 65 - Tezozomoc
- 66 - Puebla
- 67 - Nueva Atzacualco
- 68 - Puente Blanco
- 69 - Unidad Tlalpan
- 70 - Lomas de San Lorenzo
- 71 - Unidad Guelatao de Juárez
- 72 - Raúl Romero
- 73 - 10 de Abril
- 74 - Mártires del Río Blanco
- 75 - Unidad Belem
- 76 - José López Portillo
- 77 - Juan Escutia
- 78 - El Manto
- 79 - Aguilera
- 80 - Ramos Millán
- 81 - Santa Fe

**DELEGACIÓN**

- 1 - ALVARO OBREGÓN
- 2 - AZCAPOTZALCO
- 3 - BENITO JUÁREZ
- 4 - COYOACAN
- 5 - CUAUHTEMOC
- 6 - GUSTAVO A. MADERO
- 7 - IZTACALCO
- 8 - IZTAPALAPA
- 9 - TLAHUAC
- 10 - TLALPAN
- 11 - VENUSTIANO CARRANZA
- 12 - XOCHIMILCO
- 13 - ATIZAPAN DE ZARAGOZA (EDOMEX)
- 14 - CD. NEZAHUALCOYOTL (EDOMEX)
- 15 - CUAUTITLÁN IZCALLI (EDOMEX)
- 16 - ECATEPEC (EDOMEX)
- 17 - NAUCALPAN DE JUÁREZ (EDOMEX)
- 18 - TLALNEPANTLA (EDOMEX)

**ENTREVIS****ENTREVISTADOR**

- 1 Félix Pacheco
- 2 Elizabeth Angeles
- 3 Silvia Vargas
- 4 Inés López
- 5 Reyna Vargas
- 6 Evelyn Corona
- 7 Cesar Flores
- 8 Esther Zárate
- 9 Manuel B.
- 10 Maribel García
- 11 Eduardo Carrillo
- 12 Lucio Morán

**NSE****NIVEL SOCIOECONÓMICO**

- 1 = NSE medio
- 2 = NSE bajo

**GENERO****SEXO DEL SUJETO**

- 1 = hombre
- 2 = mujer

**EDAD****EDAD DEL SUJETO**

- 1 = 18 a 24 años
- 2 = 25 a 34 años
- 3 = 35 a 44 años
- 4 = 45 a 60 años

- REACT1 Las enfermedades mentales son incurables.
- REACT2 Los psiquiatras son médicos capacitados para curar enfermedades mentales.
- REACT3 Apoyaría a cualquier familiar o amigo que tuviera una enfermedad mental.
- REACT4 Los enfermos mentales son muy raros.
- REACT5 Los psiquiatras me caen bien.
- REACT6 Las enfermedades mentales son enfermedades del espíritu.
- REACT7 Me molesta la presencia de un enfermo mental.
- REACT8 Los tratamientos psiquiátricos son muy baratos.
- REACT9 No me daría vergüenza padecer una enfermedad mental.
- REACT10 Las enfermedades mentales no son hereditarias.
- REACT11 Si conociera a un enfermo mental, le recomendaría que no fuera al psiquiatra.
- REACT12 Los psiquiatras me dan miedo.
- REACT13 Los enfermos mentales son personas muy inteligentes.
- REACT14 Los psiquiatras, en vez de curar, empeoran al paciente.
- REACT15 Los enfermos mentales me inspiran confianza.
- REACT16 Las enfermedades mentales se originan por problemas sexuales.
- REACT17 Si algún familiar o amigo tuviera una enf. ment., le aconsejaría buscar ayuda psiquiátrica.
- REACT18 Los enfermos mentales son peligrosos.
- REACT19 Un psiquiatra es alguien que ayuda a resolver problemas.
- REACT20 Los enfermos mentales me simpatizan.
- REACT21 Las enfermedades mentales se curan con operaciones del cerebro.
- REACT22 Los enfermos mentales son muy nerviosos.
- REACT23 Los enfermos mentales no me interesan.
- REACT24 Los psiquiatras son indispensables para la sociedad.
- REACT25 Los psiquiatras me ponen nervioso.
- REACT26 Los enfermos mentales terminan cometiendo delitos.
- REACT27 Las enfermedades mentales se curan con afecto y apoyo familiar.
- REACT28 Los enfermos mentales no deben estar encerrados.
- REACT29 Las enfermedades mentales no me interesan.
- REACT30 Los psiquiatras siempre recetan medicinas.
- REACT31 Aceptaría que uno de mis hijos se casara con un enfermo mental.
- REACT32 La psiquiatría es una profesión respetable.
- REACT33 Me avergonzaría necesitar un tratamiento psiquiátrico.
- REACT34 Las enfermedades mentales son un problema grave para la sociedad.
- REACT35 Si llegara a tener una enfermedad mental, me sentiría culpable.
- REACT36 Solo quienes tienen problemas mentales graves deben ir al psiquiatra.
- REACT37 Me da miedo cuando veo a un enfermo mental.
- REACT38 Los psiquiatras tratan siempre de ayudar a sus pacientes.
- REACT39 Me preocupa la suerte de los enfermos mentales.
- REACT40 Las enfermedades mentales son enfermedades del sistema nervioso.
- REACT41 Si algún familiar tuviera una enfermedad m., no me gustaría que lo atendiera un psiquiatra.
- REACT42 La mayoría de los psiquiatras están locos.
- REACT43 No me preocupa la posibilidad de llegar a padecer una enfermedad mental.
- REACT44 Los tratamientos psiquiátricos son muy eficaces.
- REACT45 Prefiero evitar cualquier trato con un enfermo mental.
- REACT46 Las enfermedades mentales son causadas por los problemas sociales.
- REACT47 Si fuera con un psiquiatra, preferiría que nadie lo supiera.
- REACT48 Si llegara a padecer una enfermedad mental, no sabría que hacer.
- REACT49 Los psiquiatras sólo buscan sacar dinero.
- REACT50 Los enfermos mentales me dan lástima.
- REACT51 Cualquiera pueda llegar a ser un enfermo mental.
- REACT52 La posibilidad de padecer una enfermedad mental me parece terrible.

- REACT53 Los psiquiatras no son peligrosos.
- REACT54 Me gustaría apoyar a los enfermos mentales.
- REACT55 Las enfermedades mentales se originan por problemas en la infancia.
- REACT56 Admiro a los psiquiatras.
- REACT57 Los enfermos mentales son tontos.
- REACT58 Si llegara a necesitar un tratamiento psiquiátrico, lo seguiría al pie de la letra.
- REACT59 Los psiquiatras culpan de todo al sexo.
- REACT60 Me siento capaz de enfrentar una enfermedad mental.
- REACT61 No me casaría con un enfermo mental.
- REACT62 Sólo los locos necesitan ir al psiquiatra.
- REACT63 Si uno de mis hijos tuviera una enfermedad mental, no se lo diría a nadie.
- REACT64 Respeto a los enfermos mentales.
- REACT65 Los psiquiatras abusan del control que tienen sobre sus pacientes.
- REACT66 Si tuviera una enfermedad mental, haría todo lo posible por curarme.
- REACT67 Se puede tener una enfermedad mental sin estar loco.
- REACT68 Los enfermos mentales me dan asco.
- REACT69 Me interesan mucho las enfermedades mentales.
- REACT70 Los tratamientos para las enfermedades mentales son muy peligrosos.
- REACT71 Los psiquiatras me inspiran respeto.
- REACT72 Los enfermos mentales no pueden bastarse a sí mismos.
- REACT73 Si estuviera mal de los nervios, no dudaría en ir al psiquiatra.
- REACT74 Las enfermedades mentales no me asustan.
- REACT75 Hay muchas maneras de ayudar a un enfermo mental.
- REACT76 Me daría vergüenza que algún familiar mío tuviera una enfermedad mental.
- REACT77 Los psiquiatras son unos charlatanes.
- REACT78 Si uno de mis hijos tuviera problemas mentales, lo llevaría al psiquiatra.
- REACT79 Los enfermos mentales casi siempre son retrasados mentales.
- REACT80 Me siento responsable por la suerte de los enfermos mentales.
- REACT81 Me asustan los tratamientos psiquiátricos.
- REACT82 Los enfermos mentales pueden ser útiles para la sociedad.
- REACT83 No aceptaría como vecino a un enfermo mental.
- REACT84 Cuando alguien tiene demasiados problemas, se enferma de la mente.
- REACT85 Si tuviera una enfermedad mental, me tranquilizaría que me ayudara un psiquiatra.
- REACT86 Los psiquiatras no pueden controlar la mente de sus pacientes.
- REACT87 Siento desprecio por los enfermos mentales.
- REACT88 Si llegara a tener una enfermedad mental, tendría esperanzas de curarme.
- REACT89 Las enfermedades mentales son un castigo por haber pecado.
- REACT90 Los hijos se enferman de la mente por culpa de los padres.
- REACT91 Los enfermos mentales están locos.
- REACT92 Los psiquiatras me inspiran confianza.
- REACT93 Los tratamientos para las enfermedades mentales son muy eficaces.
- REACT94 Me desagrada pensar en las enfermedades mentales.
- REACT95 Los enfermos mentales son violentos.
- REACT96 No llevaría a mis hijos al psiquiatra, aunque tuvieran problemas.
- REACT97 Los enfermos mentales necesitan ayuda de un psiquiatra.
- REACT98 Me daría vergüenza tener a un familiar en un hospital psiquiátrico.
- REACT99 Los psiquiatras dan medicinas que atontan a la gente.
- REACT100 Los enfermos mentales me dan lástima.
- REACT101 Las enfermedades mentales se pueden prevenir.
- REACT102 Los psiquiatras me agradan.
- REACT103 Los enfermos mentales pueden llevar una vida normal.
- REACT104 Sería amigo de un enfermo mental.
- REACT105 Aunque mis problemas no sean graves, un psiquiatra podría ayudarme.
- REACT106 Me da miedo pensar en la posibilidad de padecer una enfermedad mental.

REACT107	Las enfermedades mentales no son contagiosas.
REACT108	Los enfermos mentales no son responsables de sus actos.
REACT109	Si algún familiar o amigo tuviera una enfermedad mental, me alejaría de él.
REACT110	Los enfermos mentales merecen el apoyo de la sociedad.
REACT111	Los enfermos mentales pueden poner de su parte para su curación.
REACT112	No confío en los enfermos mentales.
REACT113	Los psiquiatras mejoran a sus pacientes.
REACT114	Tener una enfermedad mental no es lo mismo que estar loco.
REACT115	Si estuviera mal de los nervios, me gustaría que me atendiera un psiquiatra.
REACT116	Cualquiera puede llegar a necesitar la ayuda de un psiquiatra.
REACT117	No me molestaría tener como compañero de trabajo a un enfermo mental.
REACT118	Los enfermos mentales no tienen la culpa de lo que les pasa.
REACT119	No iría al psiquiatra, aunque tuviera problemas mentales.
REACT120	Admiro a quienes logran superar una enfermedad mental.

- 1 = Totalmente en Desacuerdo
- 2 = En Desacuerdo
- 3 = No estoy Seguro
- 4 = De Acuerdo
- 5 = Totalmente de Acuerdo

**PREG1 ¿HA TENIDO ALGUNA VEZ MALESTARES O PROBLEMAS EMOCIONALES?**

- 1 = Sí
- 0 = No o no respondió

**PREG2 ¿HA BUSCADO AYUDA PARA ELLOS?**

- 1 = Sí
- 0 = No o no respondió

**PREG3 ¿POR QUÉ?**

- 1 = Necesidad de ayuda y orientación
- 2 = Para sentirse mejor, curarse
- 3 = Para resolver problemas
- 4 = Para curar los nervios
- 5 = Para desahogarse
- 6 = Por problemas emocionales
- 7 = Por problemas específicos de salud mental
- 8 = Otros
- 9 = No es necesario
- 10 = Problemas económicos
- 11 = Por desconfianza
- 12 = Por ignorancia
- 13 = Otros
- 99 = No respondió

**PREG3r      ¿POR QUÉ?**

- 0 = No se o no respondió
- 1 = No búsqueda
- 2 = Búsqueda activa

**PREG4    ¿CON QUIÉN?**

- 1 = Familiares y amigos
- 2 = Especialistas en salud mental
- 3 = Médicos de otras especialidades
- 4 = Religión
- 5 = Grupos de autoayuda
- 6 = Otros
- 99 = No se o no respondió

**PREG4r    ¿CON QUIÉN?**

- 0 = No respondió
- 1 = Con familiares, amigos o religiosos
- 2 = Médicos de otras especialidades
- 3 = Especialistas en salud mental

**PREG5    ¿HA IDO ALGUNA VEZ CON UN PSICÓLOGO O PSIQUIATRA?**

- 1 = Si
- 0 = No o no respondió

**PREG6    ¿ALGUIEN DE SU FAMILIA O ALGÚN AMIGO HA TENIDO UNA ENFERMEDAD MENTAL?**

- 1 = Si
- 0 = No o no respondió

**PREG7    ¿ESA PERSONA HA BUSCADO AYUDA?**

- 1 = Si
- 0 = No, no se o no respondió

**PREG8    ¿POR QUÉ?**

- 1 = Necesidad de ayuda y orientación
- 2 = Para sentirse mejor, curarse
- 3 = Para resolver problemas
- 4 = Para curar los nervios
- 5 = Por problemas emocionales
- 6 = Por problemas específicos de salud mental
- 7 = Otros

- 8 = No es necesario
- 9 = Problemas económicos
- 10 = Por ignorancia
- 11 = Otros
- 99 = No respondió

**PREG8r ¿POR QUÉ?**

- 0 = No respondió
- 1 = Si respondió

**PREG9 ¿CON QUIÉN?**

- 1 = Familiares y amigos
- 2 = Especialistas en salud mental
- 3 = Médicos de otras especialidades
- 4 = Educación especial
- 5 = Otros
- 99 = No respondió

**PREG9r ¿CON QUIÉN?**

- 0 = No se o no respondió
- 1 = Familiares, amigos, otros
- 2 = Médicos de otras especialidades
- 3 = Especialistas en salud mental

**PREG10 ¿ACOSTUMBRAN EN SU FAMILIA HABLAR SOBRE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL?**

- 1 = Sí
- 0 = No o no respondió

**PREG11 ¿ALGUIEN DE SU FAMILIA O ALGÚN AMIGO HA PLATICADO CON USTED SOBRE LAS ENFERMEDADES MENTALES?**

- 1 = Sí
- 0 = No o no respondió

**PREG12 ¿EN LA ESCUELA LE ENSEÑARON ALGO RELACIONADO CON LA SALUD MENTAL O LAS ENFERMEDADES MENTALES?**

- 1 = Sí
- 0 = No o no respondió

**PREG13 ¿A LOS NIÑOS LES ENSEÑAN EN LAS ESCUELA ALGO RELACIONADO CON LA SALUD MENTAL O LAS ENFERMEDADES MENTALES?**

- 1 = Sí
- 0 = No o no respondió

**PREG14 ¿ACOSTUMBRA LEER ALGÚN PERIÓDICO?**

1 = Sí  
0 = No o no respondió

**PREG15 ¿HA LEÍDO EN EL PERIÓDICO ALGO RELACIONADO CON LAS ENFERMEDADES MENTALES?**

1 = Sí  
0 = No o no respondió

**PREG16 ¿ACOSTUMBRA LEER REVISTAS?**

1 = Sí  
0 = No o no respondió

**PREG17 ¿HA LEÍDO EN ELAS ALGO RELACIONADO CON LAS ENFERMEDADES MENTALES?**

1 = Sí  
0 = No o no respondió

**PREG18 ¿ACOSTUMBRA ESCUCHAR LA RADIO?**

1 = Sí  
0 = No o no respondió

**PREG19 ¿HA ESCUCHADO PROGRAMAS RELACIONADOS CON LAS ENFERMEDADES MENTALES?**

1 = Sí  
0 = No o no respondió

**PREG20 ¿ACOSTUMBRA VER TELEVISIÓN?**

1 = Sí  
0 = No o no respondió

**PREG21 ¿HA VISTO PROGRAMAS EN QUE APAREZCAN PSIQUIATRAS O ENFERMOS MENTALES?**

1 = Sí  
0 = No o no respondió

**PREG22 ¿ACOSTUMBRA VER PELÍCULAS EN EL CINE, LA TELEVISIÓN O VIDEOCASETERA?**

- 1 = Sí
- 0 = No o no respondió

**PREG23 ¿HA VISTO ALGUNAS EN QUE APAREZCAN PSIQUIATRAS O ENFERMOS MENTALES?**

- 1 = Sí
- 0 = No o no respondió

**PREG24 CONSIDERA USTED QUE SU SALUD ES:**

- 1 = Pésima
- 2 = Mala
- 3 = Regular
- 4 = Buena
- 5 = Excelente

**PREG25 CONSIDERA USTED QUE SU SALUD MENTAL ES:**

- 1 = Pésima
- 2 = Mala
- 3 = Regular
- 4 = Buena
- 5 = Excelente

**PREG26 ¿CREE QUE USTED O ALGUIEN DE SU FAMILIA PODRÍA LLEGAR A TENER PROBLEMAS EMOCIONALES, NERVIOSOS O MENTALES?**

- 0 = No
- 1 = Sí
- 2 = No se

**PREG27 ¿CREE QUE USTED O ALGUIEN DE SU FAMILIA PODRÍA LLEGAR A NECESITAR ATENCIÓN PSICOLÓGICA O PSIQUIÁTRICA?**

- 0 = No
- 1 = Sí
- 2 = No se

**PREG28 ¿SABE USTED SI EN LA CIUDAD DE MÉXICO EXISTEN SERVICIOS PARA LA ATENCIÓN DE ENFERMEDADES MENTALES?**

- 1 = Sí
- 0 = No o no respondió

**PREG29 LOS SERVICIOS QUE CONOCE SON:**

- 0 = No conoce o no respondió
- 1 = Un servicio
- 2 = Dos servicios
- 3 = Tres servicios
- 4 = Cuatro o más servicios

**PREG30 EN CASO DE REQUERIR ATENCIÓN PARA ALGÚN PROBLEMA EMOCIONAL O UNA ENFERMEDAD MENTAL, ¿SABRÍA A DONDE ACUDIR?**

- 1 = Si
- 0 = No o no respondió

**INGRESO INGRESO MENSUAL DE LA FAMILIA**

- 1 = menos de 400 nuevos pesos
- 2 = entre 400 y 700 nuevos pesos
- 3 = entre 700 y 1000 nuevos pesos
- 4 = entre 1000 y 3000 nuevos pesos
- 5 = entre 3000 y 5000 nuevos pesos
- 6 = entre 5000 y 10000 nuevos pesos
- 7 = más de 10,000 nuevos pesos
- 9 = No contestó

**ESCOLAR ESCOLARIDAD**

- 1 = ninguna
- 2 = primaria incompleta
- 3 = primaria completa
- 4 = secundaria incompleta
- 5 = secundaria completa
- 6 = preparatoria o carrera técnica incompleta
- 7 = preparatoria o carrera técnica completa
- 8 = profesional incompleta
- 9 = profesional completa

**OCUPA OCUPACIÓN**

- 1 = ama de casa
- 2 = estudiante
- 3 = jubilado o desempleado
- 4 = obrero
- 5 = empleado de oficina
- 6 = comerciante
- 7 = ejecutivo o gerente
- 8 = profesionista independiente
- 9 = otros