

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL

TESIS PROFESIONAL

TITULO

ACTITUDES HACIA LA ENFERMEDAD MENTAL ESTUDIO DE

100 FAMILIARES

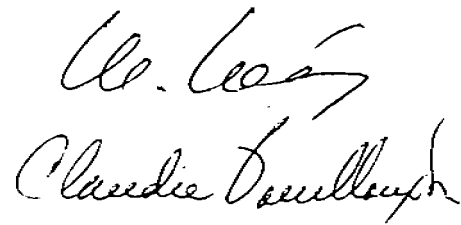
DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA PARANOIDE EN EL

HOSPITAL FRAY BERNARDINO ALVAREZ .

TESISTA : DR. JOSÉ ELISEO GÓMEZ BARRIOS

ASESOR TEORICO : DRA MIRELLA MARQUÉZ MARIN

ASESOR METODOLOGICO: DRA. CLAUDIA FOUILLOUX MORALES.



Handwritten signatures of the advisors: Mirella Marqu ez Marin and Claudia Fouilloux Morales.

MÉXICO DF OCTUBRE 2002



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.



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.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: J. Eliseo García Bernal

FECHA: 23-02-08

SEMA: [Signature]

DEDICATORIA

A MIS PADRES TEODORA Y JOSÉ

A MI ESPOSA VERÓNICA

GRACIAS POR SU APOYO Y AMOR

INDICE

<i>I.</i>	<i>INTRODUCCIÓN</i>	<i>3</i>
<i>II.</i>	<i>ANTECEDENTES</i>	
<i>II.I</i>	<i>ANTECEDENTES GENERALES</i>	<i>5</i>
<i>III.</i>	<i>ANTECEDENTES ESPECIFICOS</i>	<i>17</i>
<i>IV.</i>	<i>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</i>	<i>20</i>
<i>V.</i>	<i>JUSTIFICACIÓN</i>	<i>20</i>
<i>VI.</i>	<i>HIPÓTESIS</i>	<i>20</i>
<i>VII.</i>	<i>OBJETIVOS</i>	<i>21</i>
<i>VIII.</i>	<i>METODOLOGÍA</i>	<i>21</i>
<i>IX.</i>	<i>MUESTREO</i>	<i>24</i>
<i>X.</i>	<i>ANÁLISIS DE DATOS</i>	<i>26</i>
<i>XI.</i>	<i>RECURSOS MATERIALES</i>	<i>26</i>
<i>XII.</i>	<i>CRONOGRAMA</i>	<i>27</i>
<i>XIII.</i>	<i>RESULTADOS</i>	<i>28</i>
<i>XIV.</i>	<i>DISCUSIONES</i>	<i>48</i>
<i>XV.</i>	<i>CONCLUSIONES</i>	<i>49</i>
<i>XVI.</i>	<i>BIBLIOGRAFÍA</i>	<i>51</i>
	<i>ANEXOS</i>	<i>54</i>

Más que el contacto con los pacientes como una condición para el cambio, se requiere la motivación de los que han sido expuestos. El conocimiento nos dará la posibilidad de cambiar la actitud, ya sea para un sentido positivo ó negativo dependiendo de la experiencia individual.

Johanse

L INTRODUCCION

Los problemas de salud mental en México, como en la mayoría de los países latinoamericanos, no han sido adecuadamente atendidos por razones entre las que están la escasez de recursos, la mayor prioridad de otros problemas de salud, y los que están relacionados a la ignorancia, los temores y los prejuicios, profundamente arraigados en nuestra cultura, en relación con los trastornos mentales y con quien los padece (1,2).

Contribuyen a agravar esta situación las creencias prevalecientes, en su mayoría injustificadas, de que la ciencia médica aún no cuenta con los conocimientos indispensables para prevenir y remediar este tipo de trastornos (1,3). Por otra parte Parra afirma que la forma en que los miembros de un grupo conciben la enfermedad mental puede determinar la manera en que un individuo experimente este tipo de problemas, los reconozca y decida buscar ayuda para resolverlos (4). De la Fuente, sugiere que tanto la información como la educación pueden contribuir positivamente a un cambio en los criterios y en las actitudes de la población, a fin de propiciar una mejoría en la atención de estos problemas. Ya que los desórdenes y las desviaciones mentales representan grandes sufrimientos para las personas afectadas y una grave pérdida económica y social para el país.

Según la OMS en el mundo para 1982 había cerca de 40 millones de personas que en algún momento de su vida presentan padecimientos mentales severos, cuando menos el doble de esta cifra están seriamente afectados por dependencia a las drogas, los problemas relacionados con el alcoholismo, el retraso mental y los trastornos orgánicos del Sistema Nervioso Central. Las estimaciones acerca del número de personas que sufren enfermedades mentales menos graves, pero de alguna forma incapacitantes varían mucho, pero la cifra no es inferior a los 200 millones de personas. En muchos países las enfermedades mentales son la causa principal de la incapacidad en dos de cada cinco personas inválidas y en los países industrializados en una de cada 3 camas de hospital se atiende un paciente psiquiátrico, tanto en los países industrializados como en vías de desarrollo cerca de una quinta parte del total de las personas que acuden a los servicios médicos padece alguna forma de trastorno mental. Por otra parte hay motivos para pensar que la prevalencia de las enfermedades mentales habrá de aumentar debido a la prolongación de las expectativas de vida, las mayores probabilidades de sobrevivir que hoy tiene los enfermos mentales, y la complejidad de la vida cotidiana y las tensiones que genera (1).

En nuestro país aún no se ha podido determinar satisfactoriamente la magnitud, la incidencia y las características de los trastornos mentales en la población afectada, así como las fluctuaciones temporales, las variaciones regionales, los grupos de alto riesgo y el impacto en la vida familiar y social de los individuos afectados por estos padecimientos. La ausencia de este tipo de información ha representado una notable dificultad para jerarquizar las enfermedades mentales respecto al conjunto de los problemas de salud pública (5). Es importante saber cómo percibe y define la familia a la enfermedad mental (Esquizofrenia Paranoide) para poder diseñar adecuadamente instrumentos capaces de ofrecer índices válidos de su prevalencia. Ahora bien, cualquier programa de educación o campaña de promoción para la salud mental que pretenda ser eficiente, deberá basarse en el conocimiento de las concepciones, creencias, y actitudes de la población a la que se dirijan.

II ANTECEDENTES

II.1 ANTECEDENTES GENERALES.

II.1.1 HISTORIA.

La magnitud del problema clínico que supone la esquizofrenia ha traído de forma constante la atención de las principales figuras de la psiquiatría y neurología a través de la historia de este trastorno. Entre ellos cabe destacar a **Emil Kraepelin** (1856-1873) y a **Eugen Bleuler** (1857-1939). Previamente **Benedict Morel** (1809-1873), psiquiatra Francés, había usado el término *démence précoce* para describir a aquellos pacientes deteriorados cuya enfermedad empezaba en la adolescencia; **Karl Ludwig Kahlbaum** (1828 -1899) había descrito los síntomas de la catatonía; y **Ewald Hacker** (1843 -1909) había escrito sobre la conducta extravagante de los pacientes con hebefrenia.

Kraepelin tradujo la *démence précoce* de Morel por *dementia precoz*, un término que subraya el proceso cognoscitivo distintivo (demencia) y en la edad de inicio temprano (precox) del trastorno. Los pacientes fueron descritos con un curso deteriorante a largo plazo y síntomas clínicos frecuentes del tipo alucinaciones y delirios. Kraepelin distinguió estos pacientes de los afectos de psicosis maniaco-depresiva, los cuales padecían diferentes episodios de enfermedad alternados con periodos de funcionamiento normal. Los principales síntomas de los pacientes con paranoia eran las ideas delirantes persistentes de tipo persecutorio pero no seguían el curso deteriorante de la demencia precoz ni los síntomas intermitentes de la psicosis maniaco depresiva. Eugen Bleuler acuñó el término de esquizofrenia que sustituyó al de *dementia precoz* en la literatura. Escogió este término para expresar la presencia de una escisión entre el pensamiento, emociones y conducta en los pacientes afectados. Hizo hincapié en que, a diferencia del concepto de demencia precoz de Kraepelin la esquizofrenia no necesariamente tenía un curso deteriorante.

Adolf Meyer, Harry Stack Sullivan, Ernst Kretschmer, Gabriel Langfeldt, Kurt Schneider y Karl Jaspers contribuyeron enormemente a la comprensión de la esquizofrenia. Meyer, el fundador de la psicobiología, veía la esquizofrenia y otros trastornos mentales como reacciones a estresantes vitales y denominó al síndrome «reacción esquizofrénica». Sullivan, fundador de la escuela psicoanalítica interpersonal, subrayó el aislamiento social como causa y síntoma de la esquizofrenia.

Kretschmer recogió datos para confirmar la idea de que la esquizofrenia ocurría más a menudo entre las personas con somatotipos asténico, atlético o displásico que entre las que tenían somatotipo pícnico; Pensaba que era más probable que estas últimas padeciesen trastornos bipolares. Aunque sus observaciones puedan parecer extrañas, no son discordantes con la impresión superficial acerca de los somatotipos en muchas personas sin hogar.

Langfeldt dividió a los pacientes con síntomas psicóticos mayores en dos grupos, los que sufrían verdadera esquizofrenia y aquellos con una psicosis esquizofreniforme. En su descripción de esquizofrenia verdadera, Langfeldt subrayó algunos factores: Inicio insidioso, sentimientos de desrealización y despersonalización, autismo y embotamiento afectivo. Los investigadores posteriores a Langfeldt dieron otros nombres a la esquizofrenia verdadera: esquizofrenia nuclear, esquizofrenia procesual y esquizofrenia resistente.

Schneider aportó una descripción de los síntomas de primer rango, destacando que no eran específicos de la esquizofrenia y, por tanto, no debían ser aplicados de forma rígida, aunque fueran útiles para llegar al diagnóstico. Destacó que en los pacientes que no presentaban síntomas de primer rango, el trastorno podía ser diagnosticado exclusivamente en función de los síntomas de segundo rango junto a una apariencia clínica, por otro lado, típica.

II. III EPIDEMIOLOGÍA

En los Estados Unidos, la prevalencia de la esquizofrenia a lo largo de la vida oscila, según las fuentes, entre el 1 y el 1,5%; de acuerdo con estos datos el *National Institute of Mental Health* encontró una prevalencia a lo largo de la vida entre 0,6 y 1,9%. Cada año, entre un 0,025% y un 0,05% de la población general sigue tratamiento para la esquizofrenia. Aunque dos tercios de los pacientes tratados necesitan ser hospitalizados, y a pesar de la gravedad del trastorno, sólo alrededor de la mitad de los pacientes esquizofrénicos reciben tratamiento (25)

II. IV CLASIFICACION.

Subtipos

El DSM-IV clasifica los subtipos de esquizofrenia como paranoide, desorganizado, catatónico, indiferenciado y residual basándose primordialmente en la presentación clínica.

TIPO PARANOIDE.

El DSM-IV especifica que el tipo paranoide de esquizofrenia se caracteriza por preocupación con una o más ideas delirantes o alucinaciones auditivas frecuentes y están ausentes comportamientos específicos sugerentes de los tipos desorganizado o catatónico. Clásicamente, el tipo paranoide de esquizofrenia se caracteriza, sobre todo, por la presencia de ideas delirantes de persecución o de grandeza. Por regla general, los pacientes con este tipo de esquizofrenia suelen tener el primer episodio de enfermedad a una edad mayor que los pacientes con esquizofrenia catatónica o desorganizada. Los pacientes en los cuales la esquizofrenia se desarrolla a finales de la veintena o en la treintena suelen haber establecido una vida social que puede serles de gran ayuda a lo largo de su enfermedad y, además, los recursos del yo de los pacientes paranoides tienden a ser mayores que los de los pacientes con esquizofrenia catatónica o desorganizada.

Los pacientes con esquizofrenia de tipo paranoide presentan una menor regresión de sus facultades mentales, respuestas emocionales, y conducta que la observada en otros tipos de esquizofrenia.

Los pacientes con esquizofrenia paranoide son típicamente tensos, desconfiados, cautelosos, reservados y a veces hostiles o agresivos pero, de vez en cuando, pueden comportarse adecuadamente en situaciones sociales. Su inteligencia en áreas no invadidas por la psicosis tiende a permanecer intacta.

II.V. DIAGNÓSTICO

El DSM-IV contiene los criterios diagnósticos oficiales para la esquizofrenia de la American Psychiatric Association. De especial interés son los criterios de Ming I. Tsuang, y George Winokur, quienes en 1974 hicieron la distinción entre los pacientes con esquizofrenia paranoide y no-paranoide.

Los criterios diagnósticos del DSM-IV describen especificadores de curso que ofrecen al clínico diversas opciones y describen situaciones clínicas reales. Ni la presencia de alucinaciones ni de ideas delirantes son imprescindibles para el diagnóstico de esquizofrenia, ya que un paciente puede cumplir los criterios diagnósticos si presenta dos de los síntomas enumerados en el criterio A.

El criterio B requiere un funcionamiento alterado, aunque no deterioro, durante la fase activa de la enfermedad. El DSM-IV estipula que los síntomas estén presentes por lo menos durante seis meses, y que se descarte el diagnóstico de trastorno esquizoafectivo y el de trastorno del estado de ánimo.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DSM – IV PARA LA ESQUIZOFRENIA .

A. Síntomas característicos: Dos o más de los siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de un periodo de 1 mes (o menos si ha sido tratado con éxito):

- 1) Ideas delirantes
- 2) Alucinaciones
- 3) Lenguaje desorganizado (por ejemplo, descarrilamiento frecuente o incoherencia)
- 4) Comportamiento catatónico o gravemente desorganizado
- 5) Síntomas negativos, por ejemplo, aplanamiento afectivo, alogia o abulia

Nota: Sólo se requiere un síntoma del Criterio A si las ideas delirantes son extrañas, o si las ideas delirantes son extrañas, o si las ideas delirantes consisten en una voz que comenta continuamente los pensamientos o el comportamiento del sujeto, o si dos o más voces conversan entre ellas.

B. *Disfunción social / laboral*: Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio de la alteración, una o más áreas importantes de la actividad, como son el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado de uno mismo, están claramente por debajo del nivel previo al inicio del trastorno (o, cuando el inicio es en la infancia o adolescencia, fracaso en cuanto a alcanzar el nivel esperable de rendimiento interpersonal, académico o laboral).

C. *Duración*: Persisten los signos continuos de la alteración durante al menos 6 meses. Este periodo de 6 meses debe tener al menos 1 mes de síntomas que cumplan al Criterio A (o menos si se ha tratado con éxito) y puede incluir los periodos de síntomas prodrómicos y residuales. Durante éstos periodos prodrómicos o residuales, los signos de la alteración pueden manifestarse sólo por síntomas negativos o por dos o más síntomas de la lista del Criterio A, presentes de forma atenuada (por ejemplo, creencias raras, experiencias perceptivas no habituales).

D. *Exclusión de los trastornos esquizoafectivo y del estado de ánimo:* El trastorno esquizoafectivo y el trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos se han descartado debido a: 1) no ha habido ningún episodio depresivo mayor, maniaco o mixto concurrente con los síntomas de la fase activa; o 2) si los episodios de alteración anímica han aparecido durante los síntomas de la fase activa, su duración anímica han aparecido durante los síntomas de la fase activa, su duración total ha sido breve en relación con la duración de los períodos activo y residual.

E. *Exclusión de consumo de sustancias y de enfermedad médica:*

El trastorno no es debido a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (por ejemplo, una droga de abuso, un medicamento) o de una enfermedad médica.

E. *Relación con un trastorno generalizado del desarrollo:* Si hay historia de trastorno autista o de otro trastorno generalizado del desarrollo, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se realizará si las ideas delirantes o las alucinaciones también se mantienen durante al menos 1 mes (o menos si se han tratado con éxito).

II.VI. ACTITUDES

Las actitudes son los principales instrumentos con que una persona se enfrenta a la realidad considerándolas como un producto de las necesidades de las personas, de la personalidad y del ambiente. Las actitudes se forman mediante un proceso de socialización aprendizaje y formación de conceptos. Tomando en cuenta lo anterior ante mayor jerarquía de conocimientos la actitud hacia la enfermedad mental será más favorable.

El concepto de actitud fue *usado* por primeras ocasiones para indicar una predisposición, motriz y mental, a una acción determinada, que influye sobre la interpretación de nuevas situaciones, y su respectiva respuesta. Algunos autores, usan el término para referirse a la totalidad de la vida interior, siendo la masa perceptiva de ideas, opiniones, disposiciones mentales, en contraste con las pautas y hábitos manifiestos, sobre la base de una significación amplia e imprecisa.

Para otros autores actitud es esencialmente una forma de respuesta anticipatoria, siendo el comienzo de una acción que no necesariamente se completa. Esto permite predecir las tendencias del comportamiento en base a una opinión de ideas.

En general se puede decir que las actitudes son hábitos internos en su mayor parte inconscientes, e indican las tendencias reales de la conducta manifiesta, mejor que las expresiones verbalizadas que llamamos opiniones. Por lo que si tratamos de predecir el comportamiento de un individuo, será necesario conocer sus actitudes, y no solo conocer sus imágenes mentales, sus ideas ó sus opiniones.

En la revisión realizada se encontraron 30 definiciones clásicas de actitud, concluyendo Salazar (1976) que en su mayoría incluían elementos semejantes, tales como:

1. Ser duraderas más que transitorias
2. Ejercer un papel directivo en el comportamiento
3. Ser aprendidas
4. Ser predisposiciones generalizadas.

Baron. Byrne y Griff it en 1974 comentaron que las definiciones van pasando de uno dos y tres componentes que progresivamente se van haciendo más suposiciones acerca de la naturaleza de las actitudes aunque todas las definiciones incluyan el componente afectivo existiendo evidente desacuerdo en cuanto a la conceptualización adecuada de las actitudes pues requiere de la inclusión del componente cognitivo (creencias y conocimientos) y el componente conductual.

La actitud representa un mecanismo individual a través del cual las influencias biopsicosociales se traducen en la conducta manifiesta de un individuo.

El desarrollo de la teoría de la personalidad y la rica cosecha de observaciones y experimentos realizados en este campo ha afirmado la existencia de la unidad de la persona o por lo menos de su unidad tendencial y de las actitudes con sus rasgos permanentes. En segundo lugar toda esta actitud supone una relación de sujeto a objeto siendo este último siempre un objeto sociocultural, material o inmaterial (casa, auto, estatura, norma, valor, símbolo), personal (un individuo, un grupo), o un complejo de todos ellos objetos materiales, individuales, personas y grupos.

La actitud es adquirida y la adquisición implica siempre un contacto con un objeto en una situación perceptiva. Con ello se señala la existencia de una etapa perceptiva en la formación de las actitudes: la

importancia de este hecho resulta sobre todo de la reciente insistencia en la psicología de la percepción, en su carácter selectivo vinculado a factores caracterológicos y socioculturales.

En la actitud hay dos elementos: carga emocional y fase perceptiva, por ello, la distinción que propone D. Krech entre creencias y actitudes. La creencia es una organización durable de las percepciones y de los conocimientos relativos a ciertos aspectos del mundo de un individuo, mientras que la actitud es una organización durable de los procesos emocionales, motivacionales, perceptivos y cognitivos referentes a ciertos aspectos del mundo de un individuo, o sea, que toda actitud supone un elemento cognitivo, la creencia en la realidad, la actitud es una creencia adicionada de carga afectiva y volitiva, mientras que la creencia es emocionalmente neutra.

Toda personalidad social o carácter social según Fromm, implica un sistema más o menos coherente de actitudes que se podrían llamar básicas, representando el modelo patrón de las actitudes reales que los individuos poseen por el hecho de su pertenencia a un grupo. Estos esquemas van formándose desde el nacimiento y son los que en definitiva, llegan a constituir el tejido mismo en el que se va a recortar el Yo, la autenticidad del individuo.

Las expresiones de las actitudes de la conducta tienen varios aspectos básicos comunes:

1. Todas las actitudes se expresan como reacciones afectivas provocadas por las personas y las situaciones, y así es como las ve el observador.
2. El significado que tiene una situación para el individuo, depende menos de sus factores reales (objetivos), que de la forma en que aparecen entre él, y de la impresión que le produce; esto es, de la actitud que el individuo asume ante la situación.

3. Las actitudes se desarrollan. Unas veces, el origen se ve claramente, pero otras veces está incrustado tan profundamente en relaciones anteriores, que se requiere un gran esfuerzo y mucha habilidad para comprender el tema total.

4. Las actitudes son creadas por las actitudes de los demás que influyen en ellos, y pueden modificarlas, favorable o desfavorablemente, siendo estas por consiguiente, determinantes esenciales del desarrollo de la personalidad y de la conducta.

Las actitudes de los demás son tan importantes en la psicología y psicopatología, como los agentes tóxicos y no tóxicos en la salud y enfermedad.

Varios autores (Hollander, Linton, Rodríguez, Salazar y Triandis) están de acuerdo en que las actitudes se forman básicamente mediante un proceso de socialización. Otros analizan su formación en términos de las teorías del aprendizaje (Lott, 1955; Staats, 1958) y de la formación de conceptos (Rhine 1958); por consiguiente, para este tema se han considerado tres puntos básicos:

1. — Procesos de socialización
2. — Teorías de aprendizaje
3. — Teorías de formación de conceptos

Hollander (1967) estimó que la socialización es el proceso por medio del cual se introduce a un individuo a las formas propias de una sociedad. Sin embargo, este proceso hace referencia más que a la conducta, a la adquisición de disposiciones para concebir al mundo de ciertos modos particulares y para sentirse en armonía con algunas satisfacciones que brinda. Esto está dado

Por la cultura, los grupos de referencia el concepto de sí mismo. La identificación y el contacto directo con el objeto de actitud así como la familia.

Staats (1967), integra los principios básicos del aprendizaje. los datos experimentales y la observación de las ciencias sociales y conductuales, constituyendo así una teoría del aprendizaje. El considera que una teoría de las actitudes deberá incluir no solo el análisis de la formación de las mismas, sino también el de sus funciones.

Una actitud es una respuesta emocional a un estímulo generalmente social, estas respuestas emocionales evocadas por muchos estímulos sociales o de otra clase, son un proceso de condicionamiento clásico. Una vez que la respuesta emocional ha sido instalada por medio de un condicionamiento clásico, la respuesta se puede transferir a un nuevo estímulo, y a este procedimiento se le denomina condicionamiento de orden superior, así se puede decir, que por medio del condicionamiento clásico se pueden formar actitudes.

Rhine formula una teoría del desarrollo de las actitudes desde el punto de vista de la formación de conceptos, considerando que un concepto es de origen mental y que permite al individuo clasificar un número de objetos en su mundo de estímulos; Por ejemplo Negro clasifica a las personas de piel oscura, abios gruesos y cabello rizado. El aprendizaje del concepto en la vida cotidiana no es siempre explicable bajo este principio.

Una actitud favorable va a estar conformada por opiniones positivas hacia la enfermedad mental tales como: el enfermo no es causa de desprestigio para la familia; sentir deseos de ayudarlo dentro y fuera de los hospitales psiquiátricos; permitir la reintegración pensando que son capaces de desempeñarse en cualquier empleo; además de considerar posible su recuperación, etc.

Una actitud desfavorable considera opiniones negativas hacia la enfermedad mental esto es, que el enfermo mental es egoísta, violento y agresivo, considerándolo como motivo de vergüenza para la familia y la sociedad, además de negarles oportunidades de reintegración a la sociedad por pensar que sus capacidades están limitadas, etc.

A través de la revisión histórica realizada, se ha observado que la actitud hacia la enfermedad mental ha sido de rechazo. En los casos que a una persona le ha sido colocada esta etiqueta, ésta tiene que enfrentar las consecuencias asociadas a este estigma, como son la segregación y la marginación del grupo social.

De acuerdo a la política gubernamental, el presupuesto. Instalaciones y atención profesional, así como la satisfacción de necesidades básicas, no son equiparables con las destinadas a pacientes con enfermedades físicas.

Los resultados de los estudios muestran importante variabilidad, algunos muestran tendencias de rechazo, mientras que otros encuentran actitudes de aceptación (Natera y Cols, 1987). Esto puede explicarse debido a que cada comunidad maneja valores y creencias particulares, además de considerar que el comportamiento en cualquier instancia está, determinado por múltiples factores. Es decir, las actitudes se encuentran sujetas a una variedad de influencias (Rabkin, 1981).

En 1983, se realizó un estudio sobre las actitudes de la comunidad hacia la enfermedad mental y hacia el rol del psicólogo, siendo realizado por Gutiérrez y Pozos en una colonia del D.F., observando que la actitud era de rechazo, la actitud está en relación a la ocupación de la persona, encontrando desconocimiento de esta entidad nosológica. Un pequeño sector aceptó la enfermedad siempre y cuando no se establezcan relaciones interpersonales, que impliquen mayor cercanía. Para este estudio aplicaron la escala de AMI de Taylor.

Nateras y Cols en 1985(26) realizaron un estudio con población general, tomando en cuenta que fueran de nivel socioeconómico bajo y alto. Utilizaron la técnica del informante grupal y la dinámica grupal, aplicaron un cuestionario para obtener los datos sociodemográficos y 7 viñetas; no se observaron diferencias significativas en la manera como se concibe la enfermedad mental. Nuevamente Natera, en 1986, realizó el estudio entre profesionales y población general, utilizando el proceso de 1985, señalando que los profesionales no perciben adecuadamente la información que posee la comunidad en relación a la enfermedad mental(27)

Vázquez y González en 1987 realizaron el estudio de actitud hacia la enfermedad mental, en una población hospitalaria no comprometida con la salud mental, encontrando una actitud favorable y buena disposición en cuanto a la aceptación del enfermo mental.

Padilla en 1987 realiza el estudio de actitud hacia la enfermedad mental en familias de enfermos mentales de primer ingreso e ingresos subsecuentes, encontrando que los familiares de pacientes subsecuentes son más benevolentes o tolerantes. Mientras que los familiares de los de primera vez son más restrictivos. Para ambos grupos es igual el autoritarismo y tienen la misma ideología acerca de la enfermedad mental.

Montesinos en 1987 realiza su estudio de actitud hacia la enfermedad mental en residentes de primero y tercer año no encontrando diferencias significativas entre uno y otro grupo. (28)

III. ANTECEDENTES ESPECIFICOS.

Es importante conocer la manera cómo percibe la comunidad la enfermedad mental pero también resulta de interés saber que actitudes toma la familia, y como influyen estas en la evolución de la enfermedad.

El interés en la investigación acerca de la manera como se percibe la enfermedad mental, surgió durante la 2a. mitad de este siglo, en parte porque se comenzó a considerar este tipo de enfermedades como problemas de salud pública además que ha sido necesario lograr la apertura y la disponibilidad de la comunidad debido a que las modernas técnicas terapéuticas pretenden que la rehabilitación del paciente se lleve a cabo en su propia comunidad más que en el hospital, dejando este último para cuando el paciente atraviese por situaciones críticas y de urgencia. El país que más ha desarrollado este tipo de estudios es Estados Unidos

En el tercer mundo incluido México se han practicado este tipo de investigaciones y últimamente se está dando importancia a la investigación epidemiológica en nuestro país.

En los últimos años se han hecho estudios acerca de la manera como se percibe la enfermedad mental.

Originalmente la psiquiatría inicio los estudios acerca de la actitud de los médicos y de los pacientes hacia esta enfermedad, así como de la manera como la perciben ambos grupos. Más tarde, también los profesionistas de las ciencias sociales, como la sociología, la psicología social, la antropología y la psiquiatría social, tuvieron interés en conocer la manera como la percibía la comunidad en general. Entre los estudios más sobresalientes se encuentran los de Hollingshead y Redlich (1958) (6), Star (1955) (7), Nunnally (1957) (8), Lemkau y Crocetti (1962) (9), Phillips (1964) (10) y Dohrenwend y Chin-Shon (1967) (11). En los Estados Unidos: los de Cummings (1957) (12) y Taylor (1979) (13) en Canadá: y en otros países, los de Wig (1980) (14) y Erinoshio (1978) (15), etc. En los países de América Latina es más escasa la investigación sobre este tema, pero entre los que se han llevado a cabo sobresalen los de Insua (1974) (16), León y Maclin (1971) (17) y Steffani (1977) (18), (1984) (19).

Los primeros instrumentos utilizados fueron los cuestionarios tipo Lickert entre los cuales destaca el elaborado por Cohen y Struening (1962) que se denomina OMI (opinión de la enfermedad mental) y el CMHI (ideología de la custodia de los enfermos mentales y elaborado por Baker y Shulberg (1967)

Algunos de estos cuestionarios han sido reestructuraciones de los OMI y CMHI originales, así elaboró Taylor el AMI (el usado en el presente estudio). En 1960 fue utilizado primero en Canadá y posteriormente en México por Natera y cols. (20)

Se han observado variaciones importantes en los resultados de estudios sobre actitud hacia la enfermedad mental, mientras algunos estudios muestran tendencia al rechazos otros en cambio con la misma técnica encontraron actitudes de aceptación lo cual se trata de explicar, porque cada comunidad maneja valores y creencias particulares sin embargo hay similitudes en la mayoría de los resultados, en los cuales se considera que el rechazo hacia el paciente mental depende del grado en que se sospeche que hay elementos de agresión e impredecibilidad en la conducta del enfermo.

La concepción de salud mental esta influenciada por las características de la comunidad por ejemplo, las familias mexicanas de la frontera tienen menos problemas de enfermedad por que la angustia y conflictos se resuelven dentro del ámbito familiar y de grupo, a diferencia de los americanos quienes tienden a resolver los problemas por medio de la ayuda especializada(21)

Otros resultados sobre actitudes hacia la enfermedad mental En 1976 se realizó una investigación con 27 estudiantes en el que se aplicaron cuestionarios uno sobre actitudes (no AMI no OMI) uno sobre deseabilidad social y un cuestionario sociodemográfico los resultados fueron; los estudiantes voluntarios que interactuaron con los pacientes mentales obtuvieron una alta significancia en la conducta altruista sobre todo en actitudes humanitarias Los voluntarios manifestaron opiniones más favorables hacia la enfermedad mental (22)

En 1979 durante un estudio en el que se aplicó la escala AMI a 1090 sujetos con y sin acceso a los servicios de salud mental se obtuvo una buena información sobre la enfermedad mental a la que se considera como cualquier otra se mostró una mayor aceptación hacia el paciente mental, 105 autores señalan la importancia que tiene la actitud ante la enfermedad mental para predecir las reacciones del publico hacia los establecimientos comunitarios de salud mental. (23) Estados Unidos 1960, utilizando un cuestionario de 190 reactivos extraídos de MMPI y 33 de trastornos mentales, concluye que los sujetos con más educación atribuyen más características a los enfermos mentales. La clase social alta les atribuye disfunciones cognoscitivas a los enfermos psiquiátricos, la clase media les atribuye irresponsabilidad social y falta de moralidad, la clase baja atribuye a la enfermedad una inadecuación social. (24).

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿es la actitud del familiar ante la enfermedad un factor de riesgo para la frecuencia del ingreso hospitalario del paciente esquizofrenico, en el hospital Fray Bernardino Alvarez?

V. JUSTIFICACION

La necesidad de la integración de las personas con trastornos mentales a un medio en donde puedan ser funcionales. dependerá de la comprensión, entendimiento y actitud ante la enfermedad en gran parte de la familia, ya que esta será la encargada de proporcionar y mantener una adecuada red de contención para la supervisión del tratamiento adecuado el cual nos llevara al control de la enfermedad y permitirá la integración del paciente. Es evidente la necesidad de determinar las actitudes de los familiares que influyen en las constantes recaídas de los pacientes que tendrán como resultado final el frecuente ingreso hospitalario.

VI. HIPOTESIS

Si la actitud de la familia ante la enfermedad es un factor de riesgo para el ingreso hospitalario entonces la familia tiene un papel importante para evitar las recaídas en el tratamiento y rehabilitación de los pacientes esquizofrénicos

VII. OBJETIVOS

VII. I. OBJETIVO GENERAL

Identificar la existencia de la o las actitudes ante la enfermedad de los familiares de pacientes con Esquizofrenia Paranoide que intervienen y que condicionan el ingreso hospitalario frecuente.

VII. II. OBJETIVO ESPECIFICO.

Identificar que relación hay entre el tipo de actitud ante la enfermedad mental (ESQUIZOFRENIA PARANOIDE) que toma la familia y su relación con el ingreso hospitalario frecuente .

VIII. METODOLOGÍA

VIII. I. CARACTERISTICAS DEL ESTUDIO

DESCRIPTIVO, ABIERTO, OBSERVACIONAL, TRANSVERSAL.

VIII. II UNIVERSO DE TRABAJO

Familiares de pacientes con el diagnóstico de Esquizofrenia Paranoide que acudan a control a la consulta externa del hospital " Fray Bernardino Álvarez"

VIII. III. UBICACIÓN ESPACIO TEMPORAL

El estudio se realizara y llevara acabo en el servicio de consulta externa del Hospital "Fray Bernardino Álvarez", iniciando aplicarse el cuestionario durante los meses de Abril a Junio del 2002.

VIII. IV. ESTRATEGIA DE TRABAJO

Se realizó la búsqueda e Identificación previa de pacientes con ingresos hospitalarios durante el periodo comprendido de enero a diciembre del año 2001 con el diagnóstico de Esquizofrenia Paranoide (f 20.0), actividad realizada en el servicio de registros médicos del hospital. Una vez identificados se realizó una lista ordenada por número de expediente con el fin de agilizar la identificación en el servicio de consulta externa.

Para la localización de los familiares a quienes se aplicara el cuestionario A.M.I del Dr. Taylor que determinara las actitudes ante la enfermedad mental, se procedió a la búsqueda e identificación de los números de expediente (previamente obtenidos) en las listas de programación diaria de la consulta externa, así se fueron identificando conforme acudían al servicio de consulta externa del hospital "Fray Bernardino Álvarez" para su control. Una vez identificados, se procedía a la revisión de los expedientes clínicos para corroborar el diagnóstico de acuerdo con criterios del DSM IV brindándoles el cuestionario una vez que reúnan los criterios de inclusión para este estudio, en una sola ocasión. Explicando los objetivos de la investigación y solicitando su autorización, para la realización de este.

Se utilizó una hoja frontal para recabar los datos sociodemográficos de los participantes en el estudio, dos hojas con las preguntas del cuestionario y una hoja para las respuestas.

Posterior se realizaron el vaciado de datos en una hoja de calificación y se procederá al análisis de los resultados, buscando las actitudes que predominan en el grupo de personas evaluadas.

INSTRUMENTO DEL ESTUDIO: CUESTIONARIO (A.M.I)

ESCALA DE ACTITUDES HACIA LA ENFERMEDAD MENTAL

La escala tiene los siguientes antecedentes; en 1979 M. Dear y M. Taylor formaron un cuestionario uniendo las escalas de Cohen y Struening y la de Baker y Shulberg adicionando algunas modificaciones, teniendo como resultado un cuestionario de cuatro escalas: Autoritarismo Benevolencia Restrictividad Social e Ideología de la comunidad hacia la enfermedad mental; a continuación se desglosa cada término:

- a) **Autoritarismo.**- Es la visión del enfermo mental el cual pertenece a una clase inferior y requiere de un manejo coercitivo.
- b) **Benevolencia;** Es la visión paternalista y amable hacia los enfermos mentales cuyos orígenes se derivan de la religión y del humanismo más que de la ciencia.
- c) **Restrictividad social;** Su creencia central radica en que el enfermo mental es una amenaza social particularmente hacia la familia y por lo tanto debe ser restringido su funcionamiento tanto durante como después de la hospitalización.
- d) **Ideología de la comunidad hacia la enfermedad mental;** Mide el grado de adherencia de un individuo a la ideología que prevalece en la comunidad sobre la enfermedad mental; incluye la idea de que son los enfermos mentales quienes buscan activamente ayuda psiquiátrica; la orientación de los recursos comunitarios al trabajo con pacientes y los esfuerzos preventivos, vía intervención ambiental. Esto es tolerancia para la aceptación social del enfermo mental.

El formato de las respuestas es de tipo lickert, (totalmente de acuerdo, de acuerdo, neutral, en desacuerdo y totalmente en desacuerdo) cada escala esta constituida por 10 oraciones, 5 de ellas expresan sentimientos positivos y las otras 5 expresan sentimientos negativos de la categoría que están midiendo. Por cada escala en 5 reactivos su puntuación es de 1 a 5 (totalmente de acuerdo tiene 1 punto hasta totalmente en desacuerdo que tiene puntuación de 5) los otros 5 reactivos de esa escala se califican de totalmente en desacuerdo con 1 punto a totalmente de acuerdo con 5 puntos.

Los resultados en cada escala están en un rango de 10 a 50. El valor mínimo es de 10 que significa actitud negativa hacia lo que mide la escala. El valor máximo significa actitud positiva hacia lo que mide la escala, por ejemplo si se obtiene una puntuación de 10 en Autoritarismo esa persona no es autoritaria, si obtiene 20 hay tendencia a no ser autoritario, 30 es neutral, 40 tendencia a ser Autoritario, 50 actitud favorable al autoritarismo. Así en las cuatro escalas

Series de 4 preguntas corresponden cada una a una escala, así la pregunta numero 1 corresponde a autoritarismo, la 2 a benevolencia, la 3 a restrictividad social, la 4 a ideología de la comunidad, la 5 a autoritarismo y así sucesivamente hasta la pregunta 40.

En una prueba piloto para evaluar la consistencia, comprensión del lenguaje y confiabilidad, del instrumento, aplicando el test de Crombach , manejando los reactivos contra total de reactivos se obtuvo en las cuatro escalas altos niveles de significancia, la mayoría con $p < 0.001$.

IX. MUESTREO.

IX. I DEFINICIÓN DE LA UNIDAD DE MUESTREO.

Familiares de pacientes que cumplen con criterios diagnósticos para Esquizofrenia Paranoide, que acuden al servicio de consulta externa del Hospital Fray Bernardino Álvarez.

IX. II SELECCIÓN DE LA MUESTRA.

Se realizará selección de aquellos familiares que acudan con el paciente a la consulta externa de una lista de 300 expedientes previamente identificados de los cuales solo se les aplicara el cuestionario a 100 familiares esto conforme acudan al servicio de consulta externa del hospital y de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión.

IX. III. CRITERIOS DE INCLUSION

- a) Ser familiar de un paciente con Dx de Esquizofrenia Paranoide según Criterios del DSM IV
- b) Aceptar participar
- c) Cohabitar con el paciente y ser familiar responsable.
- d) No conocer el cuestionario que se aplicara.
- e) Que el paciente sea tratado actualmente en el hospital Fray Bernardino Álvarez
- f) Saber leer y escribir.

IX. III. I CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- a) Cuestionarios que estén incompletos.
- b) Cuestionarios que tengan doble respuesta.
- c) Cuestionarios que estén mal requisitados

IX. III. II CRITERIOS DE EXCLUSION

- a) No aceptar participar.
- b) Familiares con pacientes que no reúnan los criterios diagnósticos para esquizofrenia según DSM - IV
- c) Haber participado antes o conocer la encuesta.
- d) Familiares con pacientes que no se han tratado en el hospital " Fray Bernardino Álvarez "
- e) Familiares que no cohabiten y no sean responsables del paciente.

IX. IV. TAMAÑO DE LA MUESTRA.

100 familiares de 100 pacientes que cumplan con criterios diagnósticos para Esquizofrenia Paranoide que acudan a control a la C. Externa del hospital "Fray Bernardino Álvarez"

X. ANÁLISIS DE DATOS

Frecuencia por cada variable (Autoritarismo, Benevolencia, Restrictividad Social, Ideología de la comunidad)

Porcentaje por cada variable

Cruce de Variables .

Análisis de estadística paramétrica de normalidad (Chi cuadrada, Desviación estándar)

XI RECURSOS MATERIALES:

Plumas, Lápices, Hojas de papel bond, PC, impresora de inyección de tinta cannon 2000, Tinta para impresora cannon borradores, Disket 1.44 MB, calculadora electrónica etc.

XII. CRONOGRAMA :

Tiempo de realización: 10 meses

Búsqueda de información 2 meses

Elaboración de protocolo 1 mes

Aplicación del instrumento 3 meses

2 mes para análisis y resultados de los datos

1 mes para la integración de los resultados y realización de las conclusiones.

1 mes para la divulgación de los datos.

ACTIVIDAD / MES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	
Búsqueda de información				*	*		*													
Elaboración de protocolo								*	*	*	*									
Captación de la información													*	*	*	*	*	*	*	*
Procesamiento y análisis de datos																			**	**
Elaboración del informe técnico final																				**
Divulgación de los resultados																				**

XIII. RESULTADOS

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICA

De los 100 familiares entrevistados se eliminaron 6 por reunir los criterios de eliminación del estudio, restándonos 94 de los cuales el 37 % son mayores de 50 años, el 30 % están entre los 40 -49 años, el 27% entre 30-39 años y el 6% entre los 20 a 29 años. El 72% son femeninos y el 28 % masculinos, de los cuales el 56 % son casados, el 20.2% solteros, el 11.7% viudos, en el restante 11.7 % se localizan madres solteras, divorciados, separados y unión libre.

Se observó que el 40% contaba con estudios primarios, el 20% con secundaria, un 13.8 % con carrera técnica o comercial (secretariado, etc.) Solo un 9 % contó con estudios medios y un 14% con estudios superiores.

En relación con la ocupación de cada uno de los participantes se obtuvieron los siguientes datos el 16% estaba desempleado, el 41% eran amas de casa, 4.3 % eran obreros, 5.3 % estaban jubilados o pensionados, y el 33% contaban con algún subempleo (comerciante, estilista, chofer, empleada doméstica, artesano, mesero, albañil, cocinera, lavandera, fotógrafo)

Se entrevistaron a familiares de pacientes que habían presentado desde uno hasta seis o más ingresos hospitalarios; de los cuales el 39 % correspondía a los de un solo ingreso, el 29% dos veces, el 15 % tres veces, y el 10 % seis o más veces. Tabla 1

Del total de la población la distribución por tipo de familiar entrevistado predomina la presencia de la madre con un 36.2 %, seguida de los hermanos con un 30 %, padres con el 16 %, esposos con el 12% y otros (sobrinos, abuelas) 4%, hijos 2% Tabla 2. De los cuales la religión que predominó fue la Católica con un 83 % seguida de la Cristiana 6.4 %, el 5.3 % que manifestó no tener religión alguna, 3.2% testigos de Jehová y el 2.1 % Evangélica.

RESULTADOS POR ESCALAS SEGÚN LA CALIFICACIÓN DEL INSTRUMENTO DE ACTITUD HACIA LA ENFERMEDAD MENTAL .

En la escala de autoritarismo se observó que el 23% de la población se localizó en el rango de tendencia favorable, el 67% en neutral, el 10% en tendencia favorable. Grafica 1.

En la escala de benevolencia se observó que el 30% de la población se ubicó en el rango neutral, el 66% en la tendencia favorable, el 4% en favorable. Grafica 2.

En la escala de restricción social el 3% correspondió aquella población ubicada en el rango desfavorable, el 53% en tendencia desfavorable, el 43% en neutral, el 1% en tendencia favorable. Grafica 3

En la escala de ideología de la comunidad hacia la enfermedad mental el 31% correspondió a neutral y el 62% correspondió a tendencia favorable, mientras el 7% a favorable.

Grafica 4

En la suma de las escalas de **actitudes negativas** (autoritarismo más restricción social) se obtuvo que el 35% de la población se ubicó en el rango de tendencia favorable, el 64% en neutral, y el 1% en tendencia favorable. Grafica 5

En la suma de las escalas de **actitudes positivas** (benevolencia más ideología de la comunidad hacia la enfermedad mental) se observó que el 28% de la población fue neutral, el 69% se ubicó en tendencia favorable y el 3% en favorable. Grafica 6

RESULTADOS POR TIPO DE FAMILIAR

En la escala de autoritarismo se obtuvo que del total de la población (23%) que se ubico en tendencia desfavorable, predominaron la Madre (8), el Hermano (8) y Esposo (5). Del 67 % de los que se ubicaron en la neutralidad, predomino la Madre (21), el Hermano (17) y el Padre (14) Del 10% de la población que se ubico en tendencia favorable predomino la Madre (5), el Hermano (3) y otros (1) Grafica 7

En la escala de benevolencia se observo que del 30 % de la población que se ubico en neutral, predomino la Madre (11), Padre (6), Hermano (6), del 66% del rango de tendencia favorable predomino la Madre y el Hermano (21) y el padre (9) En el 4 % de la población que se ubico en rango favorable predomino la Madre (2), Hermano y Esposo (1) Grafica 8

En la escala de restricción social se encontró que del 3 % de la población que se ubico en el rango desfavorable estuvo conformado por la presencia de la Madre, Hermano y Esposo todos con igual cantidad (1) Del 53 % de los que se ubicaron en tendencia desfavorable se observo que predomina el hermano (19), Madre (15), el Padre y Esposo (6) Del 43 % de la población localizada en neutral se observan que predominan la Madre (17), el Padre (9) y el Hermano (8) El 1% de la población con tendencia favorable, estuvo representado por la madre (1) Grafica 9.

En la escala de ideología de la comunidad hacia la enfermedad mental se observo que el 31 % de la población ubicada en el rango de neutralidad predomina la presencia de la Madre (14) el Padre (7) y hermano (4) Del 62% de la población que se encontró en el rango de tendencia favorable predomino Hermano (22), Madre (18) y Padre (8) del 7 % de los que se ubicaron en el rango favorable predomino el Esposo (3) la Madre y el Hermano (2) Grafica 10

RESULTADOS POR NUMERO DE HOSPITALIZACIONES

Se observa que en la escala de autoritarismo el **Padre** tiende a permanecer neutral y conforme aumentan los ingresos hospitalarios aumentan el numero de padres que se mantienen en este rango.

La **Madre** y el **Esposo** presentan una tendencia desfavorable que disminuye conforme aumenta el numero de ingresos, así mismo disminuye su neutralidad conforme aumentan los ingresos hospitalarios

Observando que la tendencia favorable es mayor a menor numero de ingresos, tendiendo a su disminución conforme aumentan las hospitalizaciones.

Los **Hijos** al igual que el **Padre** y **Otros familiares** se mantienen neutrales y casi no participan.

Los **Hermanos** presentan una tendencia desfavorable que se observa disminuye conforme aumenta el numero de ingresos disminuyendo el numero de los que se mantienen neutrales, observando que la tendencia favorable aumenta conforme aumenta el numero de hospitalizaciones. Grafica 11

En la escala de Benevolencia se observo que el **Padre** presenta una neutralidad que tiende a aumentar conforme aumenta el numero de ingresos hospitalarios, manteniéndose el mismo numero de los que presentan una tendencia favorable sin variar mucho, independiente del numero de ingresos hospitalarios. La **Madre** en esta escala se observa disminuye el numero de las que se mantienen neutrales conforme aumenta el numero de hospitalizaciones, así mismo disminuye el numero de las que presentan una tendencia favorable al ir aumentando los ingresos hospitalarios.

Los **Hijos** se mantienen neutrales, con escasa participación. Los **Hermanos** presentan en esta escala un aumento en el numero de los que se encuentran neutrales conforme aumentan los ingresos hospitalarios, disminuyendo el numero de los que presentan una tendencia favorable y favorable conforme aumentan los ingresos.

El numero de **Esposos** con tendencia favorable, disminuye conforme aumentan los ingresos hospitalarios, el numero de los que se presentan neutrales tiende a mantenerse sin gran variación aumentando el numero de los que se presentan en el rango favorable conforme aumenta el numero

de hospitalizaciones. El número de **Otros familiares** que se ubican en los rangos de neutral y tendencia favorable se observa disminuyen conforme aumentan los ingresos hospitalarios. Grafica 12

En la escala de restricción social observe que el número de **Padres** ubicados en el rango neutral y tendencia desfavorable tienden a mantenerse sin importar el número de hospitalizaciones de su paciente.

El número de **Madres** en el rango desfavorable, neutral y tendencia desfavorable hacia la restrictividad social disminuye conforme aumenta el número de hospitalizaciones, aumentando el número de aquellas con tendencia favorable. Los hijos se mantienen neutrales con escasa participación.

Los **Hermanos, Esposos y Otros Familiares** en esta escala tienden a disminuir su número en los rangos desfavorable, neutral, tendencia desfavorable conforme aumentan los ingresos hospitalarios.

Grafica 13

En la escala de ideología de la comunidad hacia la enfermedad mental observe que el Número de **Padres** en los rangos de neutralidad y tendencia favorable se mantenían sin importar el número de hospitalizaciones. En el caso de la **Madre, Hermanos, Esposo** tiende a disminuir el número en los rangos de neutral, tendencia favorable y favorable. Los **Hijos** se mantienen neutrales. Grafica 14.

**DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA POR NUMERO DE HOSPITALIZACIONES DEL FAMILIAR ESQUIZOFRENICO
N = 94 SUJETOS**

TABLA 1

HOSPITALIZACIONES	NUMERO	PORCENTAJE
UNA	37	39.4
DOS	27	28.7
TRES	14	14.9
CUATRO	4	4.3
CINCO	3	3.2
SEIS O MAS	9	9.6
TOTAL	94	100

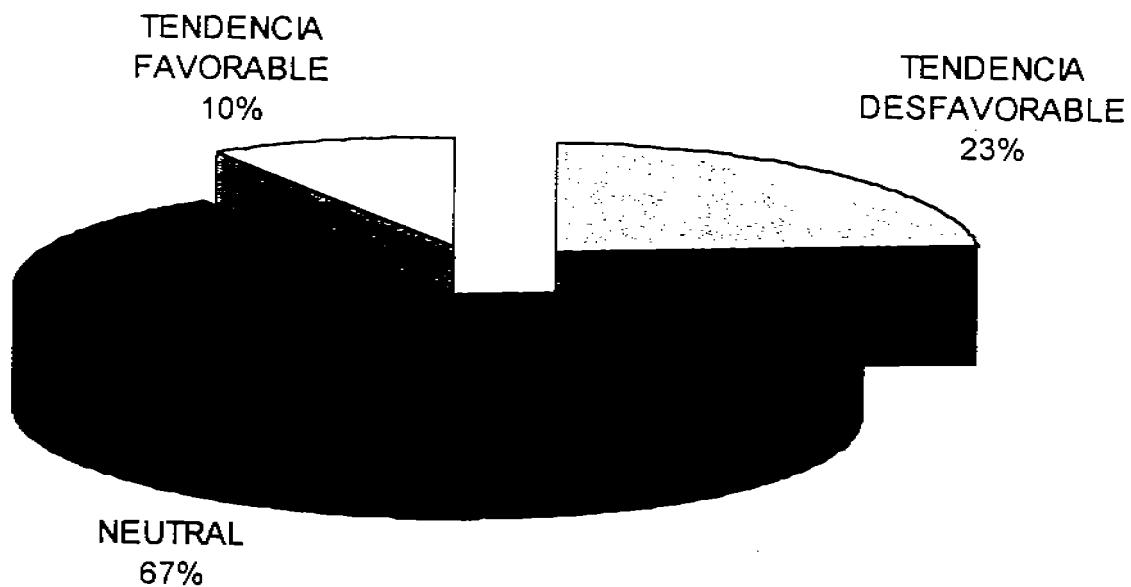
FUENTE : ACTITUDES HACIA LA ENFERMEDAD MENTAL ESTUDIO DE 100 FAMILIARES DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA PARANOIDE EN EL HOSPITAL FRAY BERNARDINO ALVAREZ .

**DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA POR TIPO DE FAMILIAR .
N = 94 SUJETOS
TABLA 2**

PERENTESCO	NUMERO	PORCENTAJE
PADRE	15	16
MADRE	34	36.2
HIJO	2	2.1
HERMANO	28	29.8
ESPOSO	11	11.7
OTROS	4	4.3
TOTAL	94	100

FUENTE : ACTITUDES HACIA LA ENFERMEDAD MENTAL ESTUDIO DE 100 FAMILIARES DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA PARANOIDE EN EL HOSPITAL FRAY BERNARDINO ALVAREZ .

PORCENTAJES DE AUTORITARISMO EN 94 FAMILIARES DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA PARANOIDE



GRAFICA 1

FUENTE :TABLA 3

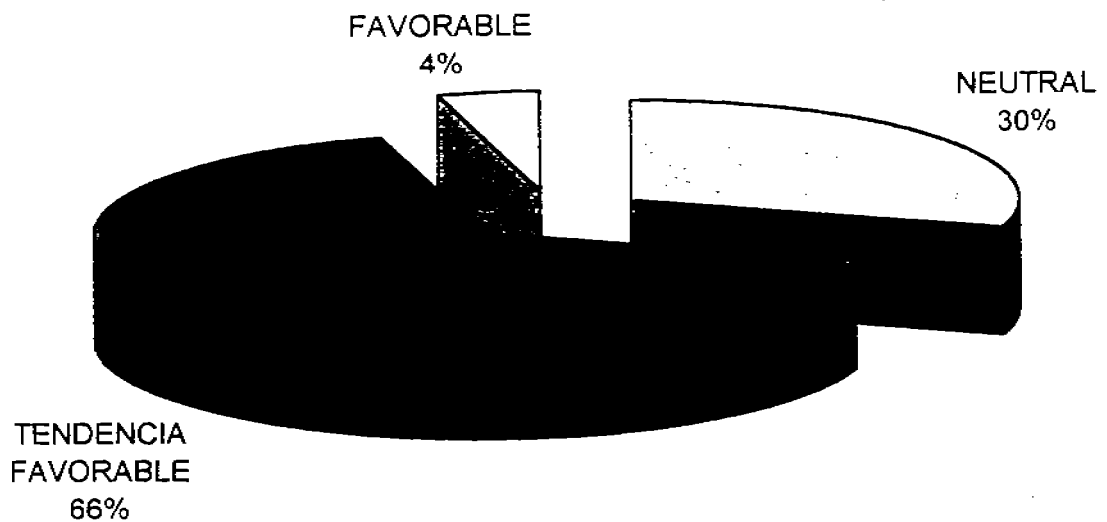
TABLA 3

CALIFICACIÓN OBTENIDA EN LA ESCALA DE AUTORITARISMO DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA

AUTORITARISMO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
TENDENCIA DESFAVORABLE	22	23
NEUTRAL	63	67
TENDENCIA FAVORABLE	9	10
TOTAL	94	100

FUENTE :ACTITUDES HACIA LA ENFERMEDAD MENTAL ESTUDIO DE 100 FAMILIARES DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA PARANOIDE EN EL HOSPITAL FRAY BERNARDINO ALVAREZ

PORCENTAJES DE BENEVOLENCIA EN 94 FAMILIARES DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA PARANOIDE



GRAFICA 2.

FUENTE :TABLA 4

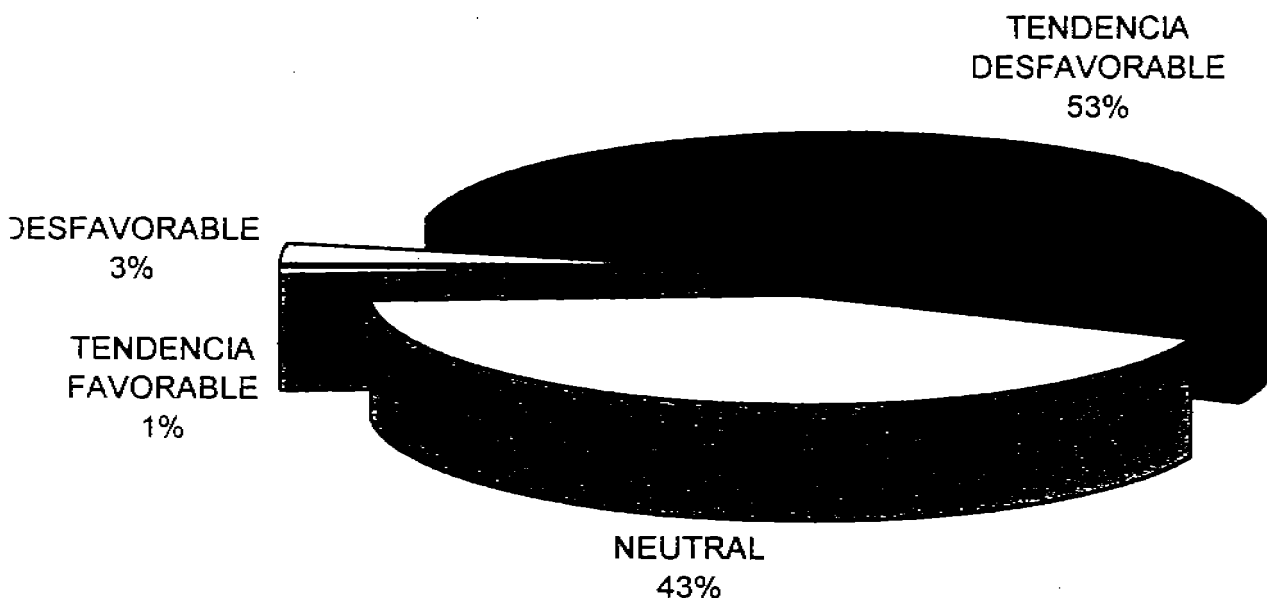
TABLA 4.

CALIFICACIÓN OBTENIDA EN LA ESCALA DE BENEVOLENCIA DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA

BENEVOLENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NEUTRAL	28	30
TENDENCIA FAVORABLE	62	66
FAVORABLE	4	4
TOTAL	94	100

FUENTE :ACTITUDES HACIA LA ENFERMEDAD MENTAL ESTUDIO DE 100 FAMILIARES DE
PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA PARANOIDE EN EL HOSPITAL FRAY BERNARDINO ALVAREZ

**PORCENTAJES DE RESTRICCIÓN SOCIAL EN 94
FAMILIARES DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA
PARANOIDE**



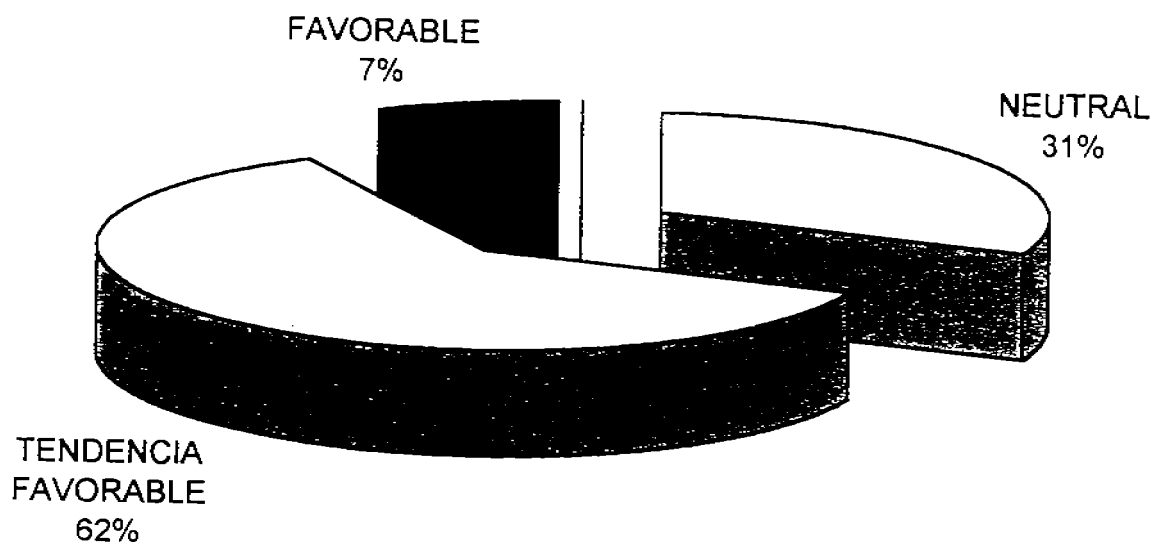
GRAFICA 3
FUENTE :TABLA 5

TABLA 5
CALIFICACIÓN OBTENIDA EN LA ESCALA DE RESTRICCIÓN SOCIAL DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA

RESTRICCIÓN SOCIAL	NUMERO	PORCENTAJE
DESFAVORABLE	3	3
TENDENCIA DESFAVORABLE	50	53
NEUTRAL	40	43
TENDENCIA FAVORABLE	1	1
FAVORABLE	0	0
TOTAL	94	100

FUENTE :ACTITUDES HACIA LA ENFERMEDAD MENTAL ESTUDIO DE 100 FAMILIARES DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA PARANOIDE EN EL HOSPITAL FRAY BERNARDINO ALVAREZ

**PORCENTAJES DE IDEOLOGIA DE LA
COMUNIDAD HACIA LA ENFERMEDAD MENTAL EN
94 FAMILIARES DE PACIENTES CON
ESQUIZOFRENIA PARANOIDE .**



GRAFICA 4
FUENTE :TABLA 6

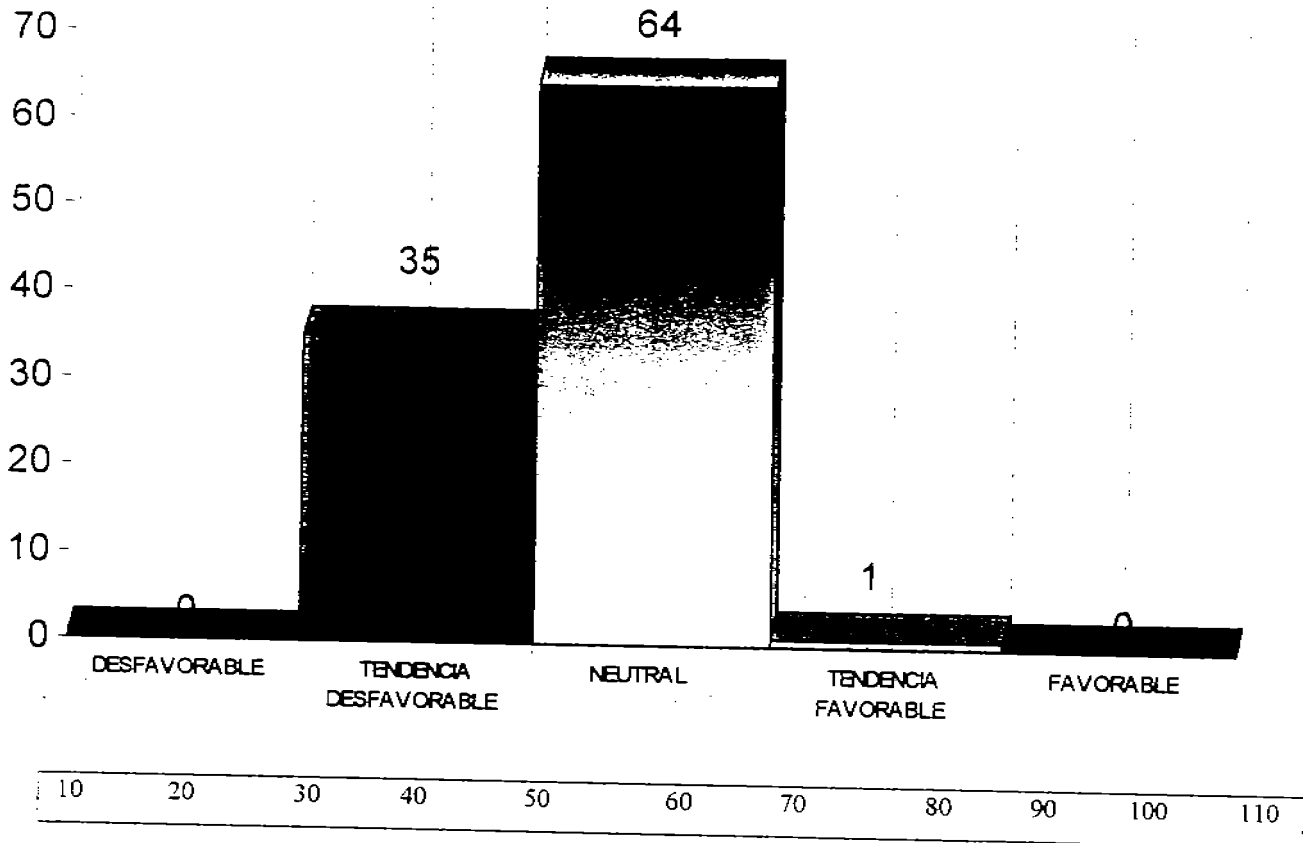
TABLA 6

CALIFICACIÓN OBTENIDA EN LA ESCALA DE IDEOLOGÍA DE LA COMUNIDAD HACIA LA ENFERMEDAD MENTAL DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA

CMHI	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NEUTRAL	29	31
TENDENCIA FAVORABLE	58	62
FAVORABLE	7	7
TOTAL	94	100

FUENTE :ACTITUDES HACIA LA ENFERMEDAD MENTAL ESTUDIO DE 100 FAMILIARES DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA PARANOIDE EN EL HOSPITAL FRAY BERNARDINO ALVAREZ

PORCENTAJE DE AUTORITARISMO MAS RESTRICCIÓN SOCIAL EN 94 FAMILIARES DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA PARANOIDE



GRAFICA 5
FUENTE : TABLA 7

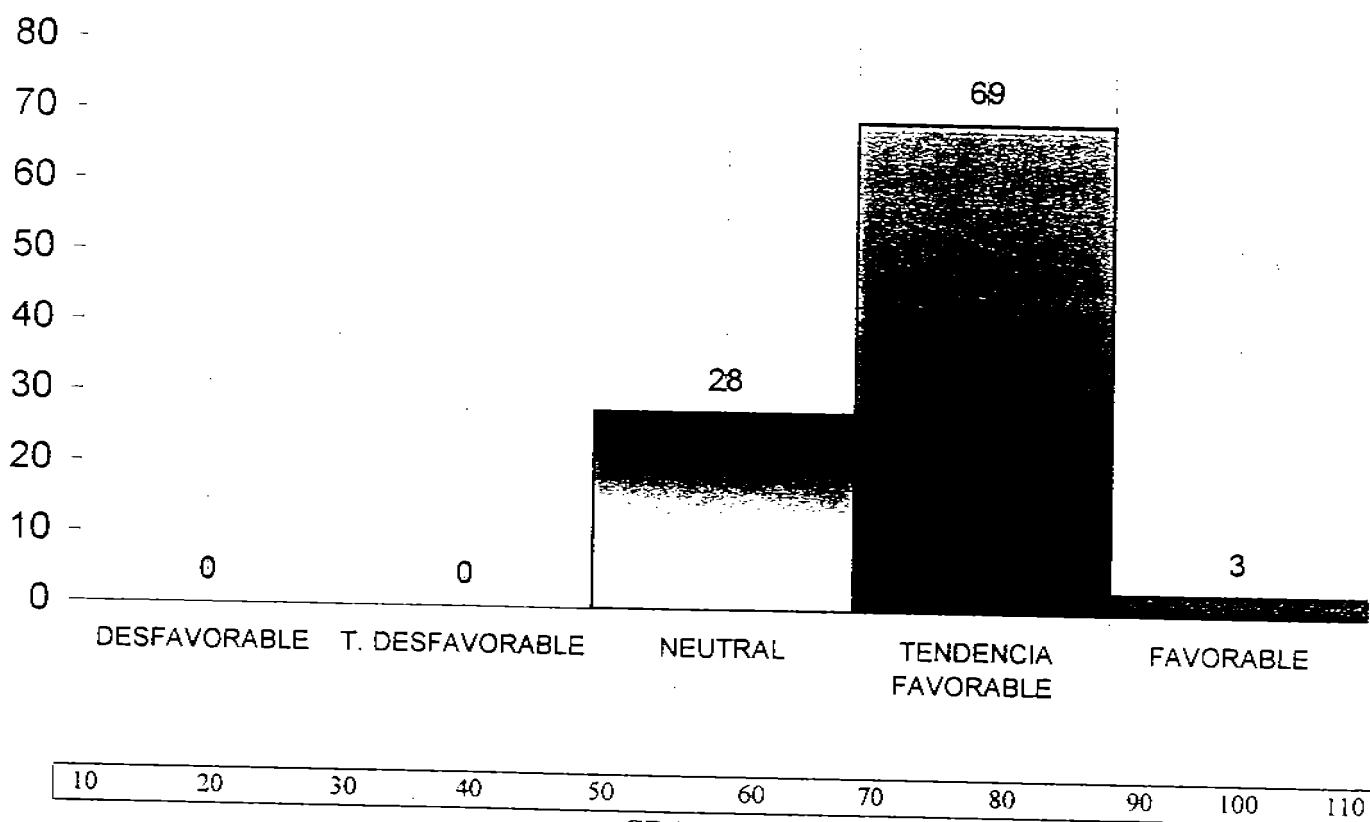
TABLA 7

CALIFICACION OBTENIDA DE LA SUMATORIA DE LAS ESCALAS DE ACTITUDES NEGATIVAS DE LA POBLACION ESTUDIADA

AUTORITARISMO + R. SOCIAL	NUMERO	PORCENTAJE
TENDENCIA DESFAVORABLE	33	35
NEUTRAL	60	64
TENDENCIA FAVORABLE	1	1
TOTAL	94	100

FUENTE : ACTITUDES HACIA LA ENFERMEDAD MENTAL ESTUDIO DE 100 FAMILIARES DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA PARANOIDE EN EL HOSPITAL FRAY BERNARDINO ALVAREZ.

**PORCENTAJES DE BENEVOLENCIA MAS IDEOLOGIA DE LA
COMUNIDAD HACIA LA ENFERMEDAD MENTAL EN 94
FAMILIARES DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA
PARANOIDE**



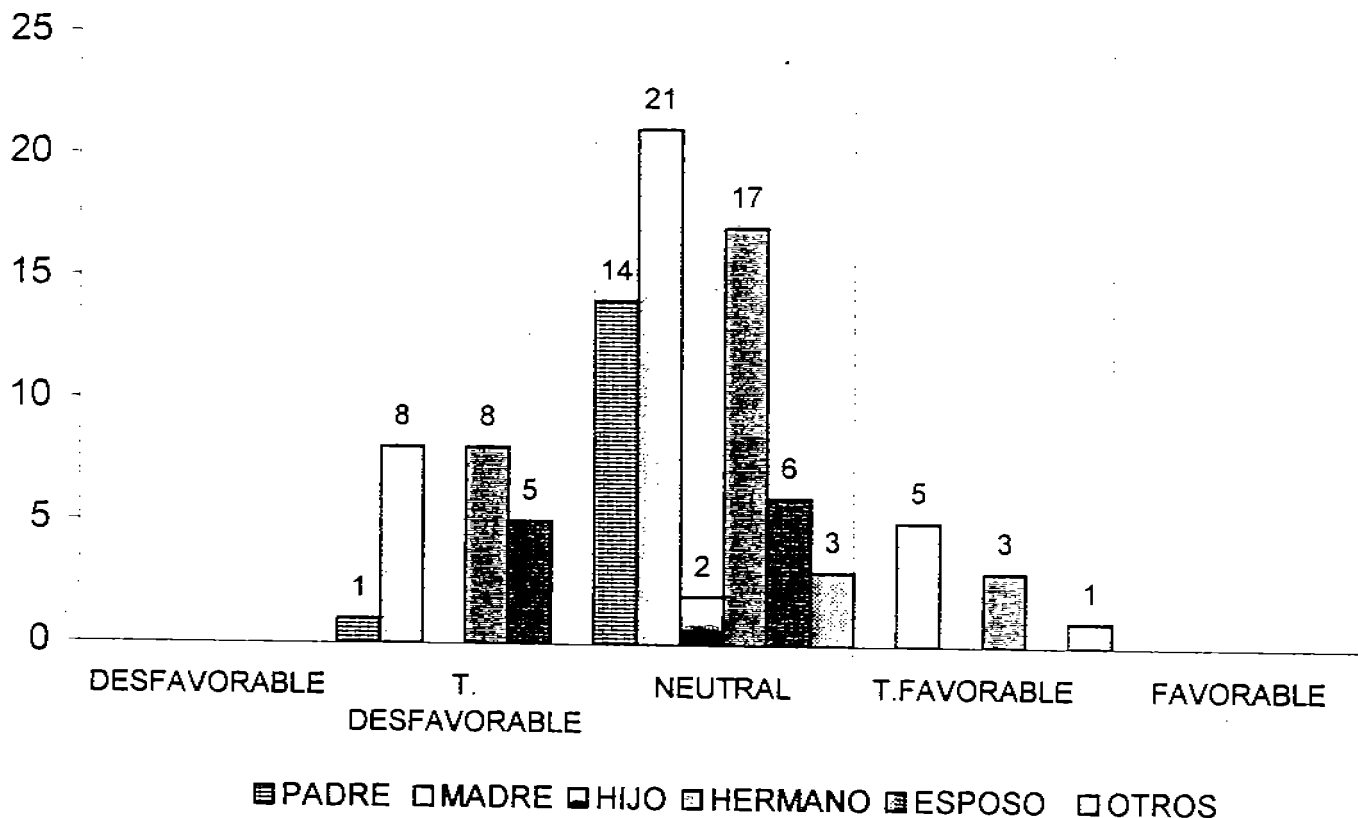
GRAFICA 6
FUENTE : TABLA 8

TABLA 8
CALIFICACION OBTENIDA DE LA SUMATORIA DE LAS ESCALAS DE ACTITUDES POSITIVAS DE LA POBLACION ESTUDIADA.

BENEVOLENCIA + CMHI	NUMERO	PORCENTAJE
NEUTRAL	26	28
TENDENCIA FAVORABLE	65	69
FAVORABLE	3	3
TOTAL	94	100

FUENTE : ACTITUDES HACIA LA ENFERMEDAD MENTAL ESTUDIO DE 100 FAMILIARES DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA PARANOIDE EN EL HOSPITAL FRAY BERNARDINO ALVAREZ.

RANGOS DE AUTORITARISMO POR TIPO DE FAMILIAR



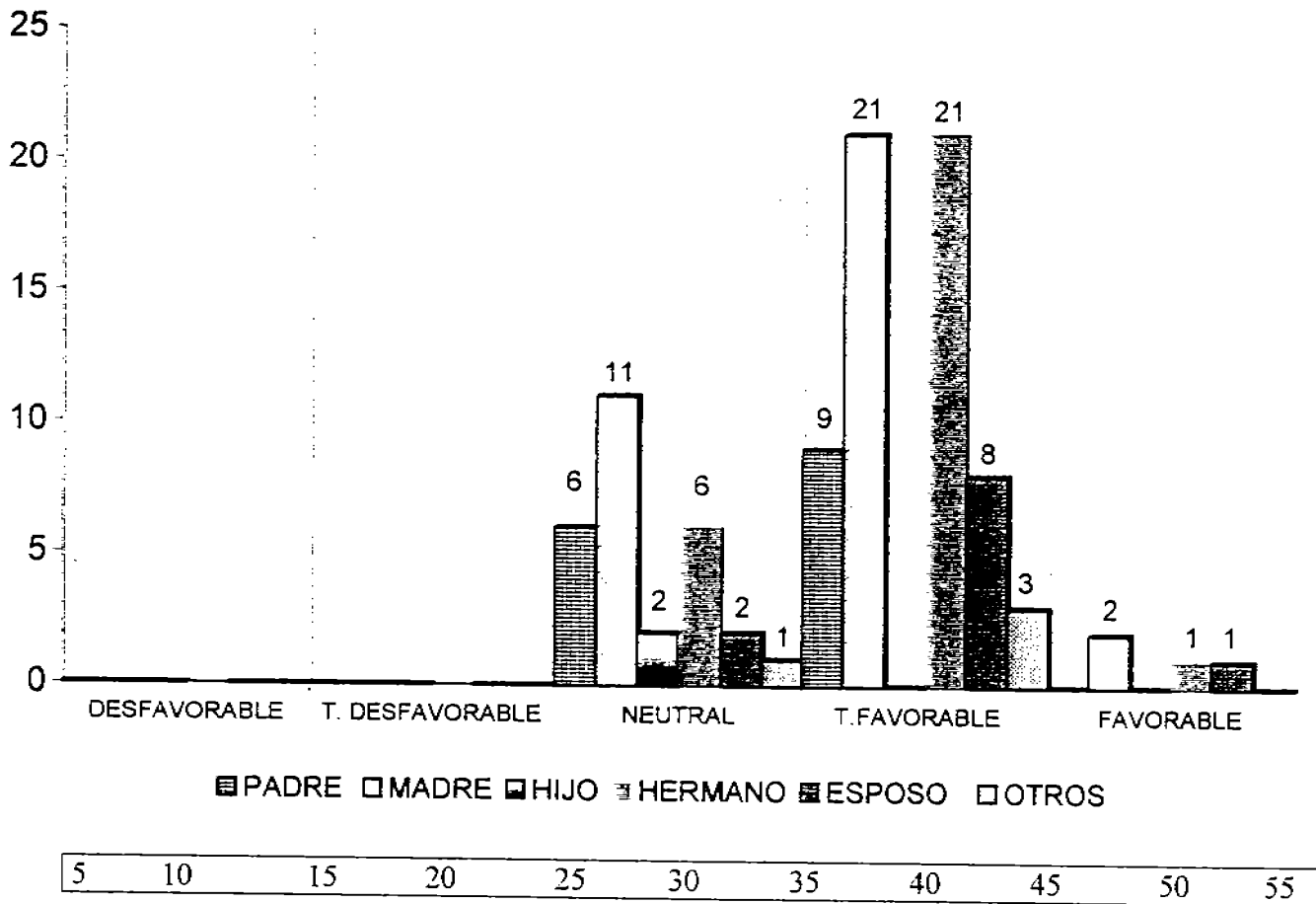
GRAFICA 7
FUENTE: TABLA 9

TABLA 9
RANGOS DE AUTORITARISMO POR TIPO DE FAMILIAR
N. =94

AUTORITARISMO POR PARENTESCO	T.					TOTAL
	DESFAVORABLE	DESFAVORABLE	NEUTRAL	T.FAVORABLE	FAVORABLE	
PADRE	0	1	14	0	0	15
MADRE	0	8	21	5	0	34
HIJO	0	0	2	0	0	2
HERMANO	0	8	17	3	0	28
ESPOSO	0	5	6	0	0	11
OTROS	0	0	3	1	0	4
TOTAL	0	22	63	9	0	94

FUENTE: ACTITUDES HACIA LA ENFERMEDAD MENTAL ESTUDIO DE 100 FAMILIARES DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA PARANOIDE EN EL HOSPITAL FRAY BERNARDINO ALVAREZ.

RANGOS DE BENEVOLENCIA POR TIPO DE FAMILIAR



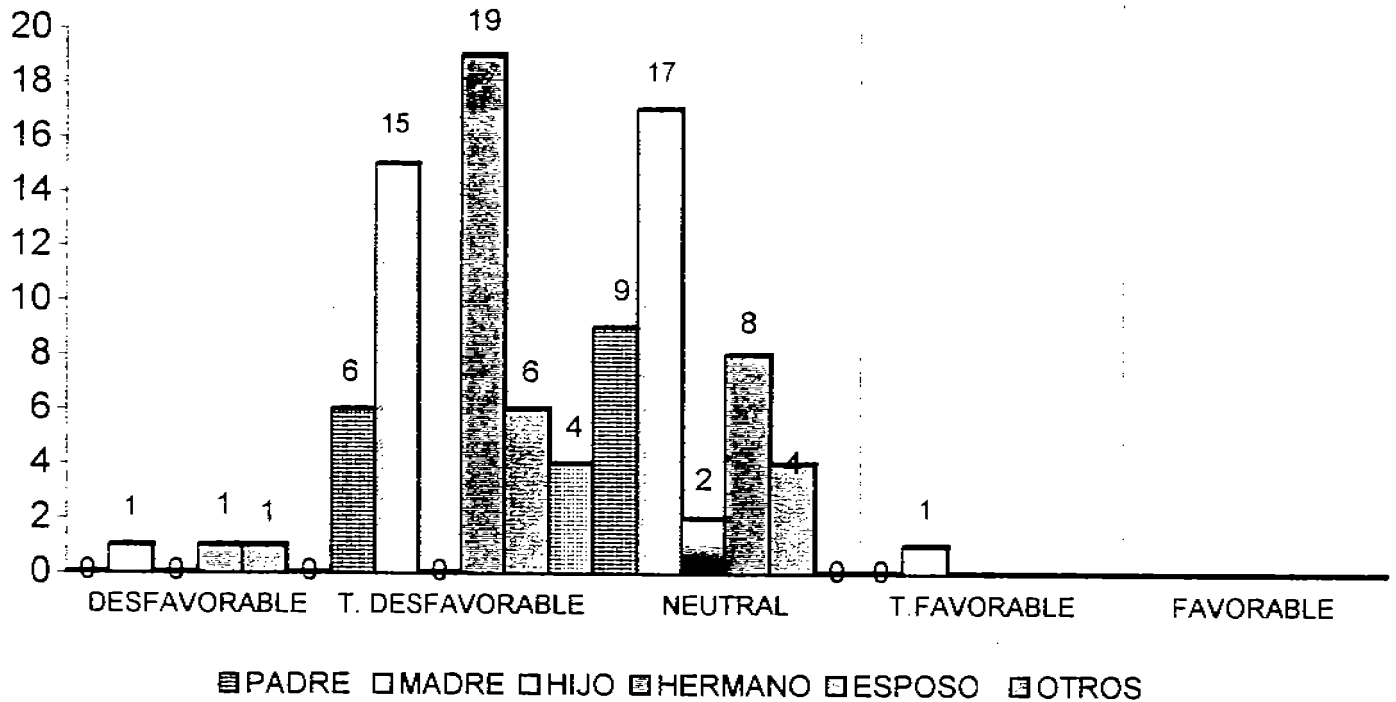
GRAFICA 8
FUENTE : TABLA 10

TABLA 10
RANGOS DE BENEVOLENCIA POR TIPO DE FAMILIAR
N. =94

BENEVOLENCIA POR PARENTESCO	T.					TOTAL
	DESFAVORABLE	DESFAVORABLE	NEUTRAL	T.FAVORABLE	FAVORABLE	
PADRE	0	0	6	9	0	15
MADRE	0	0	11	21	2	34
HIJO	0	0	2	0	0	2
HERMANO	0	0	6	21	1	28
ESPOSO	0	0	2	8	1	11
OTROS	0	0	1	3	0	4
TOTAL	0	0	28	62	4	94

FUENTE : ACTITUDES HACIA LA ENFERMEDAD MENTAL ESTUDIO DE 100 FAMILIARES DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA PARANOIDE EN EL HOSPITAL FRAY BERNARDINO ALVAREZ .

RANGOS DE RESTRICCIÓN SOCIAL POR TIPO DE FAMILIAR



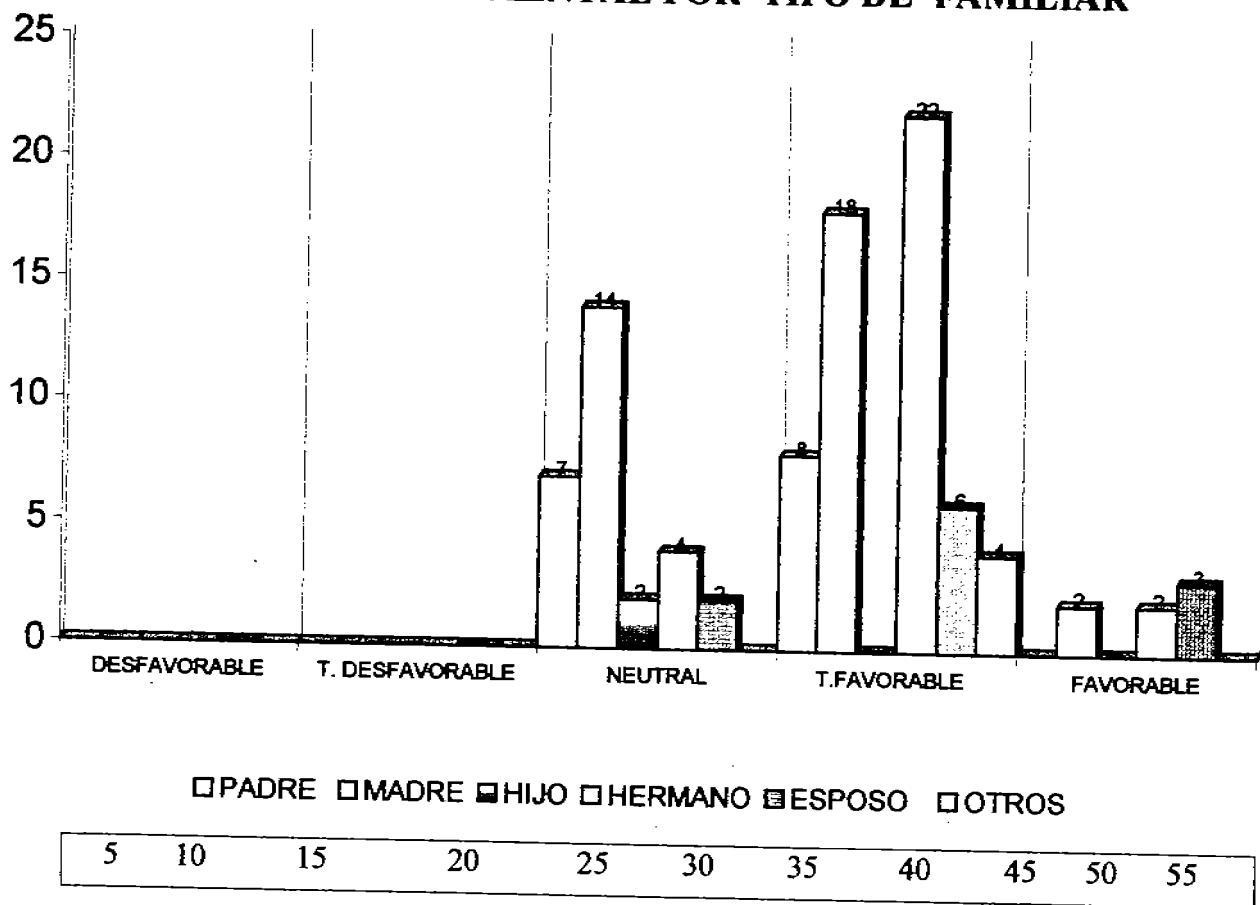
GRAFICA 9
FUENTE: TABLA 11

TABLA 11
RANGOS DE RESTRICCIÓN SOCIAL POR TIPO DE FAMILIAR
N. =94

RESTRICCIÓN SOCIAL POR PARENTESCO	T.					TOTAL
	DESFAVORABLE	DESFAVORABLE	NEUTRAL	T.FAVORABLE	FAVORABLE	
RE	0	6	9	0	0	15
RE	1	15	17	1	0	34
)	0	0	2	0	0	2
MANO	1	19	8	0	0	28
OSO	1	6	4	0	0	11
OS	0	4	0	0	0	4
AL	3	50	40	1	0	94

ENTE: ACTITUDES HACIA LA ENFERMEDAD MENTAL ESTUDIO DE 100 FAMILIARES DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA PARANOIDE EN EL HOSPITAL FRAY BERNARDINO ALVAREZ.

RANGOS DE IDEOLOGIA DE LA COMUNIDAD HACIA LA ENFERMEDAD MENTAL POR TIPO DE FAMILIAR



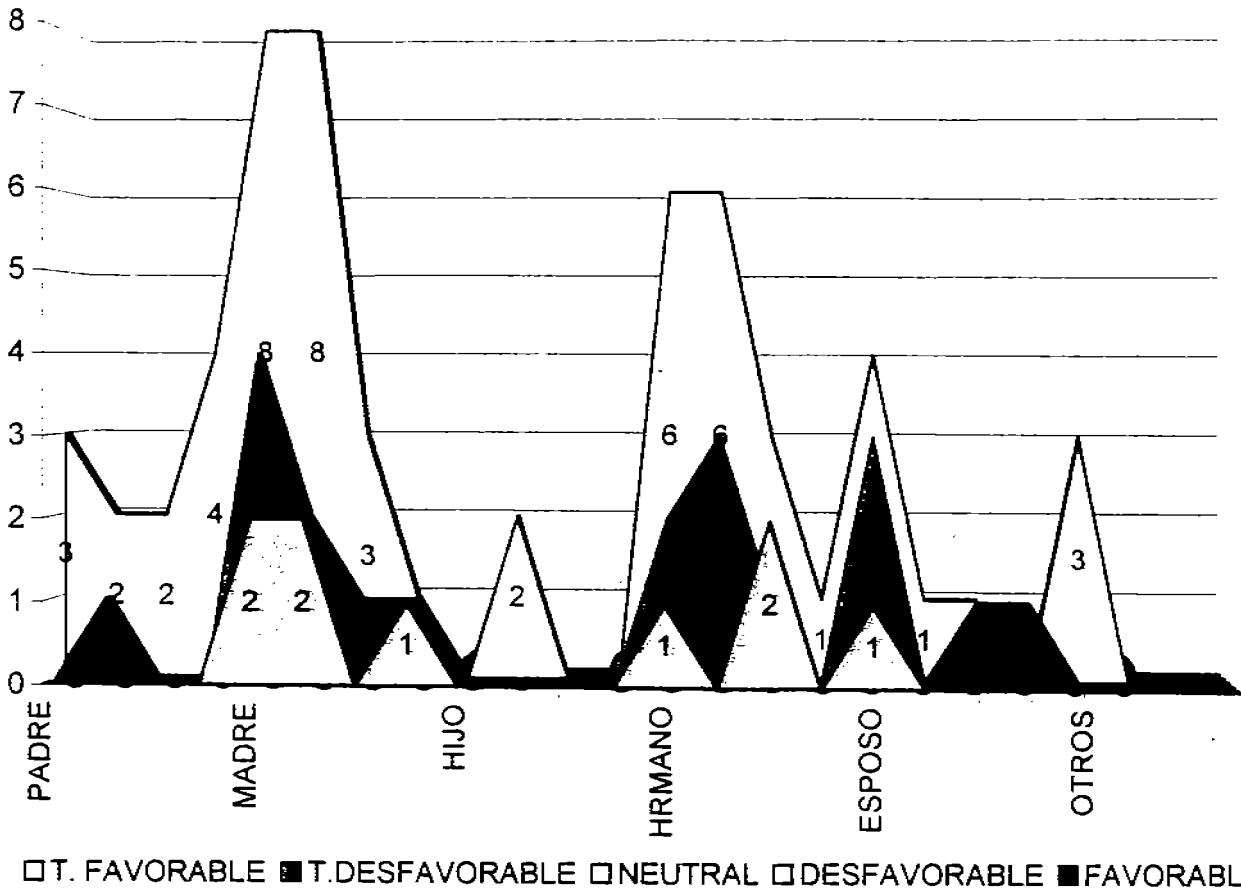
GRAFICA 10
FUENTE: TABLA 12

TABLA 12
RANGOS DE IDEOLOGÍA DE LA COMUNIDAD HACIA LA ENFERMEDAD MENTAL POR TIPO DE FAMILIAR
N. =94

CMHI POR PARENTESCO	DESFAVORABLE	T. DESFAVORABLE	NEUTRAL	T.FAVORABLE	FAVORABLE	TOTAL
PADRE	0	0	7	8	0	15
MADRE	0	0	14	18	2	34
HIJO	0	0	2	0	0	2
HERMANO	0	0	4	22	2	28
ESPOSO	0	0	2	6	3	11
OTROS	0	0	0	4	0	4
TOTAL	0	0	29	58	7	94

FUENTE: ACTITUDES HACIA LA ENFERMEDAD MENTAL ESTUDIO DE 100 FAMILIARES DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA PARANOIDE EN EL HOSPITALN FRAY BERNARDINO ALVAREZ .

AUTORITARISMO Y HOSPITALIZACIONES



Grafica 11
Fuente: tabla 13

TABLA 13

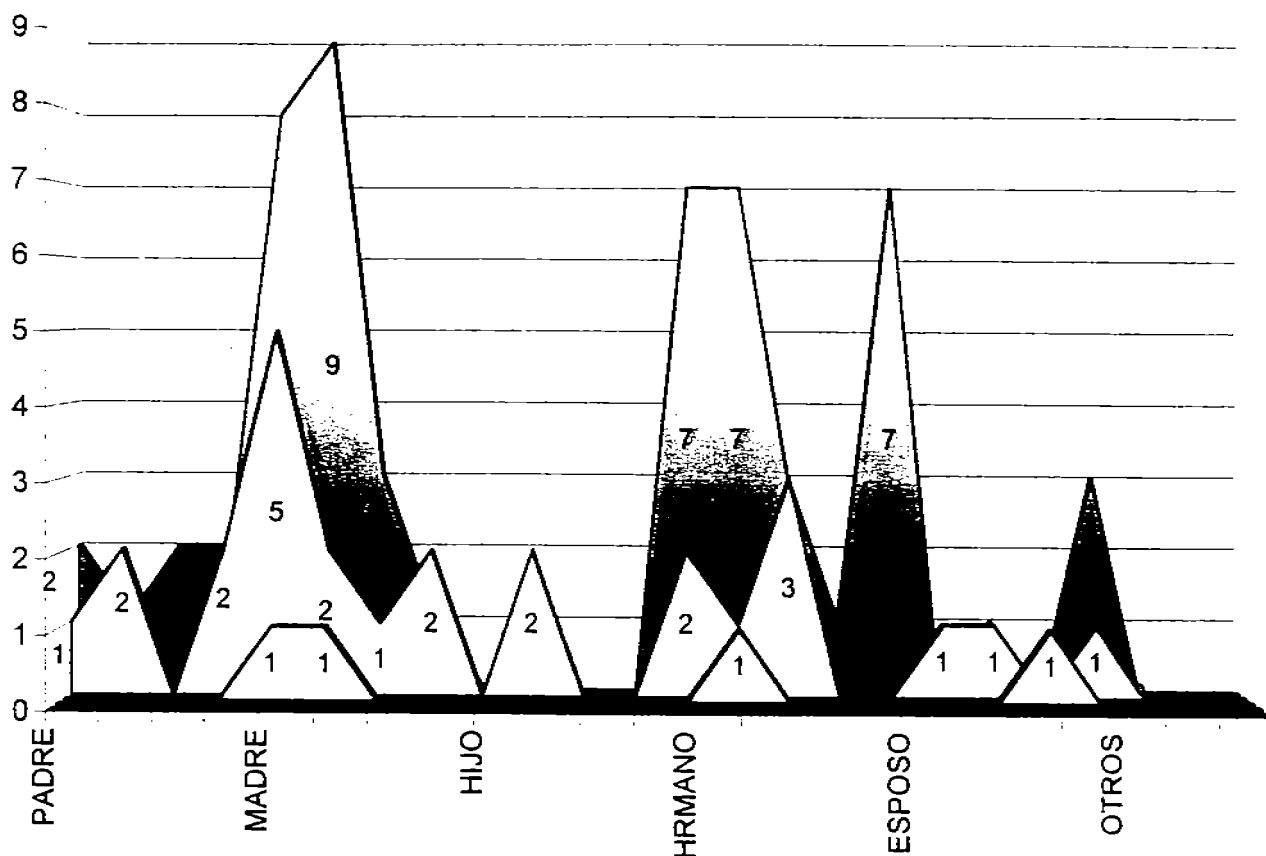
RANGO DE AUTORITARISMO EN RELACION CON EL NUMERO DE HOSPITALIZACIONES DE LOS
PACIENTES DE LOS SUJETOS ENCUESTADOS.

N. =94

HOSPITALIZACIONES	1				2				3				6			
	PADRE	MADRE	HIGO	HRMANO	PADRE	MADRE	HIGO	HRMANO	PADRE	MADRE	HIGO	HRMANO	PADRE	MADRE	HIGO	HRMANO
DESFAVORABLE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
T. DESFAVORABLE	0	1	0	0	4	2	1	1	0	0	0	0	2	3	1	0
NEUTRAL	3	2	2	4	8	8	3	1	0	2	0	0	6	6	3	1
T. FAVORABLE	0	0	0	0	2	2	0	1	0	0	0	0	1	0	2	0
FAVORABLE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

FUENTE : ACTITUDES HACIA LA ENFERMEDAD MENTAL, ESTUDIO DE 100 FAMILIARES DE
PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA PARANOIDE EN EL HOSPITAL FRAY BERNARDINO ALVAREZ .

BENEVOLENCIA Y HOSPITALIZACIONES



□ DESFAVORABLE ■ T. DESFAVORABLE □ FAVORABLE □ NEUTRAL ■ T. FAVORABLE

Grafica 12

FUENTE : TABLA 14

Tabla 14

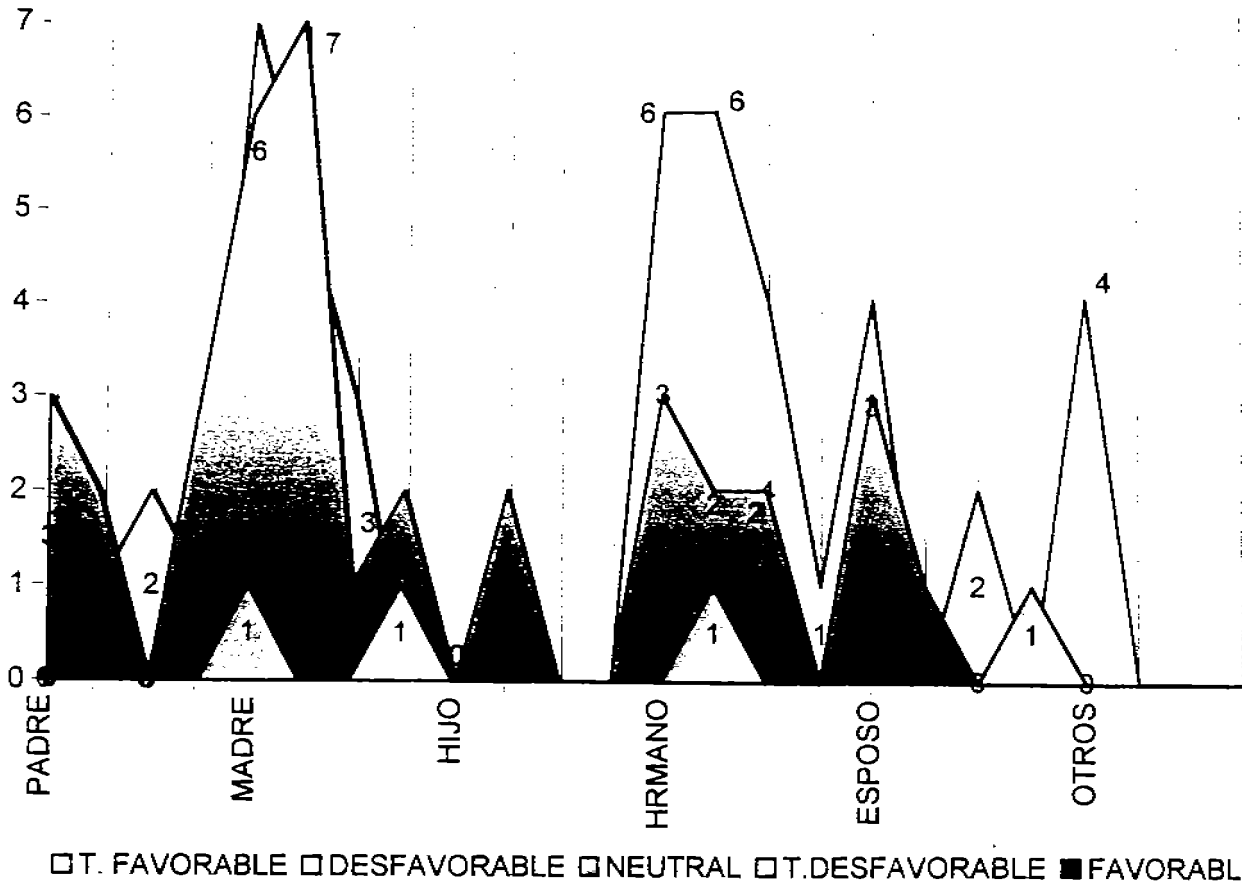
RANGOS DE BENEVOLENCIA EN RELACION CON EL NUMERO DE HOSPITALIZACIONES DE LOS PACIENTES DE LOS SUJETOS ENCUESTADOS.

N. =94

HOSPITALIZACIONES	PADRE				MADRE				HIJO				HERMANO				ESPOSO				OTROS			
	1	2	3	6	1	2	3	6	1	2	3	6	1	2	3	6	1	2	3	6	1	2	3	6
DESFAVORABLE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
T. DESFAVORABLE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
NEUTRAL	1	2	0	2	5	2	1	2	0	2	0	0	2	1	3	0	0	1	1	0	1	0	1	0
T. FAVORABLE	2	1	2	2	8	9	3	1	0	0	0	0	7	7	3	1	7	0	1	0	3	0	0	0
FAVORABLE	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0

FUENTE : ACTITUDES HACIA LA ENFERMEDAD MENTAL, ESTUDIO DE 100 FAMILIARES DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA PARANOIDE EN EL HOSPITAL FRAY BERNARDINO ALVAREZ.

RESTRICCION SOCIAL Y HOSPITALIZACIONES



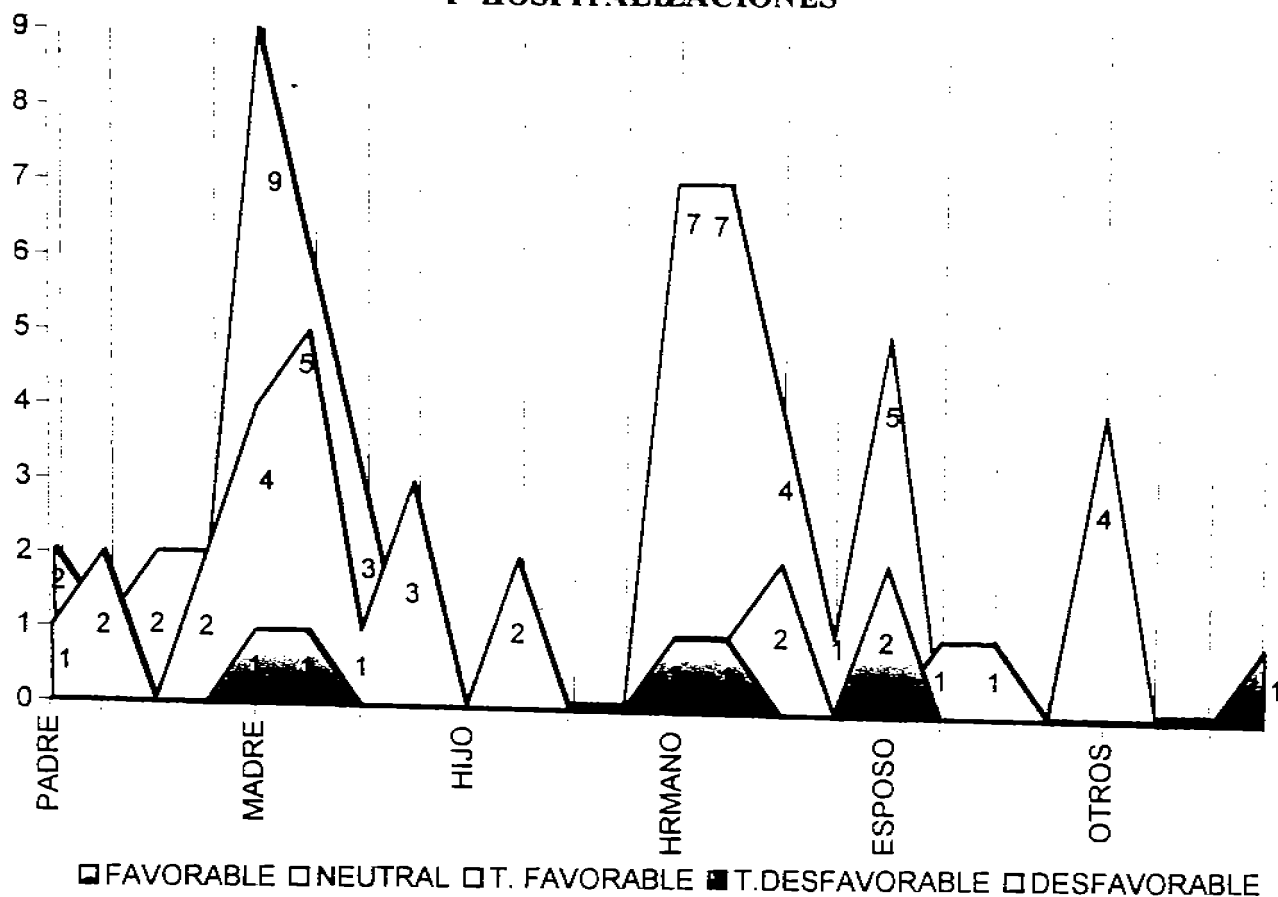
Grafica 13
FUENTE : TABLA 15

Tabla 15
RANGO DE RESTRICTIVIDAD SOCIAL EN RELACION CON EL NUMERO DE HOSPITALIZACIONES DE LOS PACIENTES DE LOS SUJETOS ENCUESTADOS.
N. =94

HOSPITALIZACIONES	1				2				3				6										
	PADRE	MADRE	HIJO	HRMANO	ESPOSO	OTRO	PADRE	MADRE	HIJO	HRMANO	ESPOSO	OTRO	PADRE	MADRE	HIJO	HRMANO	ESPOSO	OTRO					
DESFAVORABLE	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0
NEUTRAL	3	2	0	3	6	7	1	2	0	2	0	0	3	2	2	0	3	1	0	0	0	0	0
T. DESFAVORABLE	0	1	2	1	7	5	3	0	0	0	0	0	6	6	4	1	4	0	2	0	4	0	0
T. FAVORABLE	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
FAVORABLE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

FUENTE : ACTITUDES HACIA LA ENFERMEDAD MENTAL, ESTUDIO DE 100 FAMILIARES DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA PARANOIDE EN EL HOSPITAL FRAY BERNARDINO ALVAREZ.

IDEOLOGIA DE LA COMUNIDAD HACIA LA ENFERMEDAD MENTAL Y HOSPITALIZACIONES



Grafica 14
FUENTE : TABLA 16

Tabla 16
RANGO DE IDEOLOGIA DE LA COMUNIDAD EN RELACION CON EL NUMERO DE HOSPITALIZACIONES DE LOS PACIENTES DE LOS SUJETOS ENCUESTADOS.
N. =94

HOSPITALIZACIONES	1				2				3				6						
	PADRE	MADRE	HIJO	HRMANO	ESPOSO	OTROS	PADRE	MADRE	HIJO	HRMANO	ESPOSO	OTROS	PADRE	MADRE	HIJO	HRMANO	ESPOSO	OTROS	
DESFAVORABLE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
T. DESFAVORABLE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
NEUTRAL	1	2	0	2	4	5	1	3	0	2	0	0	1	1	2	0	0	1	1
T. FAVORABLE	2	1	2	2	9	6	3	0	0	0	0	0	7	7	4	1	5	0	1
FAVORABLE	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	2	0	0

FUENTE : ACTITUDES HACIA LA ENFERMEDAD MENTAL, ESTUDIO DE 100 FAMILIARES DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA PARANOIDE EN EL HOSPITAL FRAY BERNARDINO ALVAREZ .

XIV. DISCUSIONES

Se observo que la distribución de la población por sexo presenta diferencias importantes siendo en su mayoría del sexo femenino lo que nos indica que los familiares responsables y que conviven más con el paciente son del sexo femenino. esto puede deberse a factores culturales ya que en el país las mujeres son las que se dedican al cuidado del paciente mientras los hombres solo fungen como proveedores.

En la distribución por grupos etareos se observa que el porcentaje mayor se presenta en el grupo de 50-75 años y con una edad mínima de 20 y una máxima de 75 con una media de 44.40 y una desviación estándar de 11.69. lo que nos explicaría que las personas más cercanas al paciente son las de mayor edad y las que toman la responsabilidad del cuidado de este en especial la madre la cual predomina en frecuencia con un 36.2 % del total de la población estudiada.

Del total de la población se identifico que la minoría contó con estudios superiores, mientras la mayor parte solo cuenta con estudios primarios, esto sin duda refleja la situación social del país, lo cual repercute en la población, ya que como comenta De la fuente (1) que tanto la información como la educación pueden contribuir positivamente a un cambio en los criterios y en las actitudes de la población, a fin de propiciar una mejor atención de estos problemas.

XV. CONCLUSIONES

1. En la sumatoria de las escalas de actitudes negativas se obtuvo que la población encuestada se mantiene neutral ante estas actitudes, y en las actitudes positivas se obtuvo que la población se mantuvo con una tendencia favorable.
2. Con relación al número de hospitalizaciones se observó que la actitud negativa de autoritarismo es inversamente proporcional al número de hospitalizaciones, siendo así que aquellos familiares que son Autoritarios en el momento del primer ingreso, se modificaron haciéndose menos Autoritarios y los que no son Autoritarios en el primer ingreso, lo serán conforme aumente el número de estos. En relación a la benevolencia se observó que los padres se mantienen con su misma actitud neutral y benevolentes sin modificarse por el número de ingresos hospitalarios sin embargo en las madres se observa que sus actitudes sí se modifican ya que tienden a ser menos neutrales y menos benevolentes conforme aumenta el número de ingresos situación que comparten los hermanos. Se observa que con relación a la restrictividad social, los familiares tienden a tener actitudes favorables hacia la restrictividad conforme aumenta el número de ingresos hospitalarios. En la escala de ideología de la comunidad se observó que a mayor número de hospitalizaciones, la tolerancia para la aceptación del enfermo tiende a disminuir.
3. Se observó que los familiares que están más en contacto con el paciente fueron la madre los hermanos y los esposos.

Por otro lado se observaron coincidencias en los resultados con otros estudios respecto a que variables como la ocupación, la educación, la edad, religión, sexo influye en las actitudes de los familiares.

Haciendo notar que este estudio en específico es pionero ya que en nuestro país no se realizan con frecuencia este tipo de estudios. En donde se estudia la actitud del familiar y como puede esta influir en la evolución del padecimiento, las ventajas en este tipo de estudio es que solo fue descriptivo y nos encontramos actitudes presentadas por los familiares en un momento específico de la evolución del paciente, teniendo como desventaja el no tener un punto de comparación para poder afirmar que hay cambios en las actitudes ante la enfermedad. Esto podría ser tema para una serie de estudios posteriores.

XVI — BIBLIOGRAFIA

1. **DE LA FUENTE R:** La salud mental en México. *Salud Mental* Vol. 5, No 3, 1962 pp. 22—25.
2. **LARTIGUE M T, VIVES J.** Panorama de la salud Mental en México. *Umbral* XXI 2:40-44, 1990.
3. **LOO C, TONG B, TRUE R:** A bitter bean : Mental health status and attitudes in china Town. *Journal of Community Psychology* , 17:283 -296 , 1989 .
4. **PARRA F,** Perception of mental illness in México: A descriptive study in the city of Chihuahua *International Journal of Social Psychiatry* , 33(4) : 270-276, 1987.
5. **DE LA FUENTE R:** La salud Mental. En *Problemas de la Medicina en México*. El Colegio Nacional Fondo de Cultura Económica, 307 - 310, México 1983
6. **HOLLINGSHEAD A Y, REDLICH F O:** *Social Class and Mental Illness: A Community Study*. John Wiley and Sons Inc. Nueva York, 1958.
7. **STAR SA:** The public's ideas about mental illness. University of Chicago, 1955 (Mimeography).
8. **NUNNALLY J:** 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. 1957.
9. **LEMKAU P y CROCETTI Y M:** An urban population opinion and knowledge about mental illness. *American Journal of Psychiatry* 118:692-700, 1962.
10. **PHILLIPS O L:** Rejection of the mentally ill: The influence of behavior and sex. *American Sociological Review* 679-687. 1964.
11. **DOHRENWENO 8, CHIN-SHON F:** Social status and attitudes toward psychological disorder: the problem of tolerance of deviance. *American Sociological Review* 32 (3): 417-433, 1967.
12. **CUMMING R. CUMMING J:** *Closed Ranks: An Experimental in Mental Health*. Cambridge. Harvard University Press, 1957.

13. **DEAR M, TAYLOR M:** Community Attitudes Toward Neighborhood Public Facilities: A Study of Mental Health Services in Metropolitan Toronto. Dept. of Geography. McMaster-University, Hamilton, Ontario LBS 4K1.
14. **WIG N, SULEIMAN M A:** Community reactions to mental disorders. *Acta Psychiatry* 61: 111-123, 1980.
15. **ERINOSHO O, AYONRIDE A:** A comparative study of opinion and knowledge about mental illness in different societies. *Psychiatry* (47): 403-410, 1978.
16. **INSUA A M:** Actitud hacia el enfermo mental de grupos sociales con diferente nivel de instrucción. *Psicología Médica* 3: 319-329, 1974.
17. **LEON O A, MICLIN M:** Opiniones comunitarias sobre la enfermedad mental y su tratamiento en Cali, Colombia. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina* 17(6): 385-395, 1971.
18. **STEFFANI D:** Escala de actitudes hacia la enfermedad mental. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina* 23: 202-207, 1977.
19. **STEFFANI D:** Influencia del nivel socioeconómico sobre las actitudes hacia la enfermedad mental. *Salud Mental* 7 (3): 26-28, 1984
20. **CASCO M. NATERA:** La actitud hacia la enfermedad mental; una revisión de la bibliografía. *Salud Mental*. Vol. 10 No 2, junio 1967. pp. 41—42
21. **HOLTZMAN N:** Personality development and mental health of people in the border status. Paper prepared for conference on contemporary dilemmas of de Mexican—am border. The University of Texas, Austin 1975.
22. **FISCHER EJ:** Altruistic attitudes believes about psychiatric patients and voluntaring for comparison ship with mental hospital patients. Reprinted from the proceedings, 79th annual convention APA, 1971.
23. **TAYLOS MJ Y COLS:** Attitudes toward the mental and options to mental health facilities. *Soc Scy Med*, 13 D 1979. Pp 261—290.
24. **COHEN J D.COSTANZO R P :**Behavioral determinants o mental illness concerns: a comparison of community subcultures, *Am Y, Commun Psycho*, 6 (5) 1960.
25. **HAROLD I KAPLAN. BENJAMÍN.J. SADOCK;** Sinopsis de psiquiatría 8 ED, 2000 pp. 521.

26. **GUILLERMINA NATERA M. CASCO.** Et al cols. Bol. of Sanit Panam 98(4) 1985 .
27. **GUILLERMINA NATERA M. CASCO.** Percepción de un grupo de profesionistas hacia la imagen que la comunidad tiene de la Enfermedad Mental: Comparación entre ambas poblaciones. Salud Mental Vol. 9(2) junio 1986, pp. 70- 77.
- 28 **MONTESINOS:** Actitud hacia el enfermo mental en residentes de psiquiatría de 1o y 3o grado. Tesis Salud Mental UNAM 1967.

ANEXOS

HOSPITAL PSIQUIATRICO FRAY BERNARDINO ALVAREZ

HOJA FRONTAL

CUESTIONARIO

Instrucciones: Anote en la casilla el número que coincida o más se acerque a su respuesta.

DATOS GENERALES .

- 1.- NO. DE EXPEDIENTE DEL PACIENTE _____
- 2.- Sexo:
(1) masculino (2) femenino
3. Edad: _____
- 4.- Estadocivil :
(1) soltero (a) (2) Casado (a) (3) unión libre (4) separado (a) (5) viudo(a) (6) divorciado (a)
(7) madre soltera
5. Escolaridad:
(1) *Primaria* 1 2 3 4 5 6 T
(2) *Secundaria* 1 2 3 T
(3) Carrera técnica o comercial
(4) Preparatoria o vocacional
(5) Profesional 1 2 3 4 5 T
(6) Otros (especifique) _____
- 6.- Ocupación:
(1) desempleado (2) hogar (3) obrero (4) estudiante (5) jubilado o pensionado
6) otro (especifique)
7. Número de hospitalizaciones que ha tenido su familiar :
(1) dos veces
(2) tres veces
(3) cuatro veces
(4) cinco veces
(5) más de 6 veces (especifique) _____
(6) una vez
8. Nombre del familiar responsable _____
9. Parentesco: (1) Padre (2) Madre (3) hijo (4) Hermano (5) otros (6) Esposo
10. Religión: (1) Católica (2) Testigo de Jehová (3) Evangelico (4) ninguna (5) Cristiano

**HOSPITAL PSIQUIATRICO FRAY BERNARDINO ALVAREZ
CUESTIONARIO SOBRE ACTITUDES HACIA LA
ENFERMEDAD MENTAL**

Lea cuidadosamente las siguientes preguntas y tache la respuesta más adecuada a lo que usted piensa, en la Hoja de Respuestas adjuntas

1. En cuanto una persona parece tener signos de perturbación mental, debería ser hospitalizado.
2. Creo que el gobierno debería dedicar más impuestos para el tratamiento y cuidado de los enfermos mentales.
3. Pienso que los enfermos mentales debieran ser aislados del resto de la comunidad.
4. La mejor ayuda terapéutica para muchos enfermos mentales, es que sean parte de una comunidad normal.
5. La enfermedad mental es una enfermedad como cualquier otra.
6. Los enfermos mentales son una carga para la sociedad.
7. Los enfermos mentales son menos peligrosos que lo que la gente supone.
8. El que existan centros u hospitales para curar enfermos mentales en las áreas habitacionales, las desprestigian.
9. Hay algo en los enfermos mentales que hace que fácilmente se diferencien de las personas normales.
10. El enfermo mental ha sido por largo tiempo objeto de ridículo.
11. Sería tonta una mujer si se casa con un hombre que hubiera estado enfermo mentalmente, aunque ya estuviera totalmente recuperado.
12. En tanto sea posible, la comunidad debería de proporcionar facilidades de servicios de salud mental.
13. Menos énfasis debería ser dado, para proteger al público de los enfermos mentales.
14. Aumentar el gasto en servicios de salud mental, es un desperdicio de impuestos.
15. Nadie tiene el derecho de separar al enfermo mental de su colonia.
16. Tener pacientes viviendo dentro de la colonia puede ser buena terapia, pero los riesgos para los residentes son demasiado grandes.
17. Los enfermos mentales necesitan el mismo tipo de control y disciplina que los niños.
18. Nosotros debemos adoptar una actitud más tolerante hacia los enfermos mentales de nuestra comunidad.

19. A mí no me gustaría vivir junto a un vecino que hubiera estado enfermo(a) mentalmente.
20. Los habitantes de la comunidad deberían aceptar que haya servicios de salud mental en su colonia, para atender las necesidades de esa comunidad.
21. El enfermo mental no debería ser tratado como un inútil de la sociedad.
22. Existen suficientes servicios para el enfermo mental.
23. A los pacientes mentales se les debe ayudar a asumir responsabilidades en la vida normal.
24. Los vecinos tienen buenas razones para resistirse a que haya un ser vicio de salud mental en su colonia.
25. La mejor forma de manejar al enfermo mental, es tenerlo encerrado.
26. Nuestros hospitales psiquiátricos parecen más bien prisiones que lugares donde se puede cuidar a los enfermos mentales.
27. Cualquiera que haya tenido problemas mentales en su pasado, debería ser excluido de ocupar un cargo público u oficial.
28. Tener servicios de salud mental en la colonia, no pone en peligro a los habitantes de la colonia.
29. Los hospitales psiquiátricos o mentales es una forma anticuada de tratar al enfermo mental.
30. Los enfermos mentales no merecen nuestra simpatía.
31. A los enfermos mentales no se les deberían negar sus derechos individuales.
32. Las facilidades de salud mental, deberían estar lejos de las colonias habitacionales.
33. Unas de las causas principales de la enfermedad mental, es la falta de autodisciplina y la falta de voluntad.
34. Nosotros tenemos la responsabilidad de dar el mejor cuidado posible a los enfermos mentales.
35. Al enfermo mental no se le debe dar ninguna responsabilidad.
36. La gente de la colonia nada tiene que temer de la gente que venga a la misma colonia para obtener servicios de salud mental.
37. Cualquier persona puede llegar a ser un enfermo mental.
38. Es mejor evitar a cualquier persona que tenga problemas mentales.
39. A la mayoría de las mujeres, aunque alguna vez hayan sido pacientes de un hospital psiquiátrico, se les puede confiar el cuidado de los hijos.
40. Da miedo la idea de pensar que la gente con problemas mentales vivan en nuestra colonia.