

1993

11241

14
20J

	FACULTAD DE MEDICINA
	<input type="checkbox"/> MAYO 21 1993 <input type="checkbox"/> SECRETARIA DE SERVICIOS ESCOLARES DEPARTAMENTO DE POSGRADO JULIS

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL

HOSPITAL PSIQUIATRICO FRAY BERNARDINO ALVAREZ

TESIS

EVOLUCION DE LA ACTITUD HACIA LA ENFERMEDAD MENTAL, DE ACUERDO AL GRADO DE ADIESTRAMIENTO EN PSIQUIATRIA. DE LOS ESTUDIANTES DE PREGRADO DE LA CLINICA DE PSIQUIATRIA HASTA LOS RESIDENTES DE LA ESPECIALIDAD, EN EL HOSPITAL PSIQUIATRICO FRAY BERNARDINO ALVAREZ.

QUE PRESENTA EL ALUMNO:

EMILIO RUIZ TRUJILLO

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA

TUTOR

DR. CARLOS J. CASTANEDA GONZALEZ

ASESOR

DR. CARLOS TORNER AGUILAR

PSICOLOGIA MEDICA DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL U. N. A. M.
--

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



1993



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 está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

INTRODUCCION

Las actitudes son los principales instrumentos con que una persona se enfrenta a la realidad, considerandolas 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. Lo que me motivó a realizar un estudio de corte transversal, comparativo entre alumnos de pregrado de la clínica de psiquiatría y los residentes de los 3 años de la especialización del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez, para de esa manera valorar la evolución de la actitud hacia la enfermedad mental, en base a los diferentes grados de conocimiento. Para ello se empleó la escala de Taylor de actitudes hacia la enfermedad mental (AMI). Con la información recabada, se nota la importancia que tiene el conocimiento, en el cambio de actitud hacia la enfermedad mental, y esto a su vez servir de molde para la aplicación en la comunidad, ya que en estudios previos se ha demostrado que en los miembros de la comunidad hay una actitud de rechazo hacia la enfermedad mental. Todo lo anterior, con el fin de cambiar la actitud hacia una forma más favorable hacia la enfermedad mental en general.

AGRADECIMIENTOS. Este estudio no hubiera sido posible sin las facilidades brindadas por la Jefatura del Servicio de Hospital Parcial, del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez".

ANTECEDENTES

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 mas que transitorias
- 2.-Ejercer un papel directivo en el comportamiento
- 3.- Ser aprendidas
- 4.- Ser predisposiciones generalizadas.

Baron, Byrne y Griffit 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 simbolo), 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 caracter social segun 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, Rodriguez, 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, labios 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 psiquiatricos; 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, considerandolo 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

factores multiples. 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 nosologica. 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 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 sociodemograficos 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 .

Vazquez 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.

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, y Ideología de la comunidad; 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.

Por último mencionaré el comentario de Johansen: 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 dara la posibilidad de cambiar la actitud, ya sea para un sentido positivo ó negativo, dependiendo de la experiencia individual.

JUSTIFICACION

El estudio se justifica por evaluar la actitud hacia la enfermedad mental en grupos con diferente grado de adiestramiento psiquiátrico, y de esta forma obtener una visión más clara como influye la cultura, el aprendizaje y formación de conceptos en el cambio de actitudes, esperando que ante mayor jerarquía de conocimientos, la actitud hacia la enfermedad mental sea más favorable.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las actitudes se adquieren mediante la socialización, aprendizaje y elaboración de conceptos, por lo que se espera que en base al adiestramiento psiquiátrico se modifiquen las actitudes hacia la enfermedad mental en forma más favorable, disminuyendo la restricción social, el autoritarismo y favoreciendo la benevolencia. Esto se realizará aplicando la escala de actitud hacia la enfermedad mental de Taylor, a estudiantes de pregrado de la clínica de psiquiatría y residentes de los tres años del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez. De esta forma se espera evaluar la evolución de las actitudes hacia la enfermedad mental, ya sea en una forma favorable o desfavorable.

OBJETIVO

Demostrar que en base al conocimiento se obtiene una actitud más favorable hacia la enfermedad mental. Y servir de punto de partida para la información de la enfermedad mental hacia la comunidad.

HIPOTESIS

Hi: Si tenemos una información adecuada sobre la enfermedad mental y nos encontramos en una comunidad donde se acepta favorablemente a este tipo de enfermedades, entonces se producirá un cambio en la actitud con visos más favorables hacia la enfermedad mental.

Ho: No existe relación entre el grado de entrenamiento y la actitud hacia la enfermedad mental.

MATERIAL Y METODO

INSTRUMENTO

Se aplicó el cuestionario de actitudes hacia la enfermedad mental de Taylor (AMI), el cual consta de 40 preguntas, cada una con una puntuación de 1 a 5 y de 5 a 1, en las cuales se miden 4 escalas que son Autoritarismo, Benevolencia, Restrictividad Social e Ideología de la Comunidad hacia la enfermedad mental. Cada escala esta constituida por 10 oraciones, 5 de ellas expresan sentimientos negativos y 5 sentimientos positivos.

El valor negativo será de 10 y significa una actitud desfavorable ó negativa, y el valor de 50 significa una actitud positiva ó favorable.

El cuestionario de la escala no incluía hoja adicional para datos personales, por lo que el individuo tiene la seguridad de que su respuesta ante el cuestionario es de manera anónima. Lo que sí se pidió, fue el grado académico.

POBLACION

La muestra fue tomada del Hospital Psiquiatrico Fray Bernardino Alvarez, de los residentes, además de los estudiantes de pregrado de la clínica de psiquiatría. Tomando en cuenta que en el hospital hay 20 RI, 15 RII, 17 RIII y un grupo de 24 alumnos de la Clinica de Psiquiatría de pregrado. Se le aplicaron los cuestionarios a 12 individuos de cada grupo tomados al azar y que aceptaron contestar dicho cuestionario. Se les indicó que no escribieran su nombre, únicamente el grado académico.

El cuestionario se aplicó en el transcurso de 15 días, a los estudiantes durante su practica clinica, y a los residentes

durante las guardias.

CRITERIOS DE INCLUSION

A).- Ser residente de psiquiatría ó estudiante de pregrado de la clínica de psiquiatría, del Hospital Psiquiatrico Fray Bernardino Alvarez.

b).- Aceptar participar en el estudio

CRITERIOS DE EXCLUSION

a).- No aceptar participar en el estudio

b).- Conocer la escala de actitud hacia la enfermedad de Taylor (AMI).

PROCEDIMIENTO

De octubre a diciembre de 1992 se recopiló la información sobre las actitudes hacia la enfermedad mental mediante la aplicación del cuestionario de actitudes hacia la enfermedad mental, a los residentes y estudiantes, en un total de 48 cuestionarios, 12 por grado académico.

Para el análisis estadístico, se utilizaron pruebas estadísticas simples para conocer tendencias central y de dispersión, además de pruebas no paramétricas, fundamentalmente la prueba de rangos de Wilcoxon para comparación de dos muestras, además de prueba de Kruskal-Wallis para muestras múltiples.

RESULTADOS

En el grupo de los RIII se obtuvieron los siguientes resultados;

Promedio de Autoritarismo = 21.25, +_ 3.13.

Promedio de Benevolencia = 42.33, +_ 2.26.

Promedio de Restricción social = 20.75 +_ 4.28.

Promedio de ideología de la comunidad = 45.58, +_ 3.50.

En los RII se obtuvieron los siguientes resultados:

Promedio de autoritarismo = 22.66, +_ 4.99.

Promedio de benevolencia = 44.08 +_ 2.06.

Promedio de restricción social = 22.58, +_ 5.74.

Promedio de ideología a la comunidad = 44.41, +_ 6.22.

En los RI se obtuvieron los siguientes resultados.

Promedio de autoritarismo = 25.08, +_ 4.10.

Promedio de benevolencia = 40.33, +_ 4.50.

Promedio de restricción social = 21.5, +_ 6.09.

Promedio de ideología a la comunidad = 40.25, +_ 5.77.

En los estudiantes de pregrado de la clínica de psiquiatría se obtuvieron los siguientes resultados:

Promedio de autoritarismo = 25.75, +_ 4.59.

Promedio de benevolencia = 43.5, +_ 4.35.

Promedio de restricción social = 20.58, +_ 7.25.

Promedio de ideología a la comunidad = 42.5, +_ 5.26.

En la comparación de autoritarismo entre RIII y Estudiantes de la clínica de psiquiatría de pregrado, se obtuvo $p = 0.49$.

Los resultados anteriores se resumen en la Tabla I.

TABLA I

GRADO ACADEMICO	ESTUDIANTES	RI	RII	RIII
AUTORITARISMO	25.75	25.08	22.66	21.00
BENEVOLENCIA	43.00	40.30	44.08	42.33
RESTRICTIVIDAD	20.00	21.50	22.58	20.75
IDEOLOGIA	42.50	40.25	44.41	45.58

Los resultados expresan el promedio de las calificaciones de los diferentes grupos estudiados.

ANALISIS DE RESULTADOS

En el autoritarismo se observa una evolución satisfactoria conforme se incrementa la jeraquía en el conocimiento, tomando en cuenta la disminución en la puntuación conforme el grado académico; Estudiantes 25.75, RI 25.08, RII 22.66, RIII 21.00, sin embargo no se encuentra significancia estadística, pero en la gráfica de autoritarismo sí se puede observar.

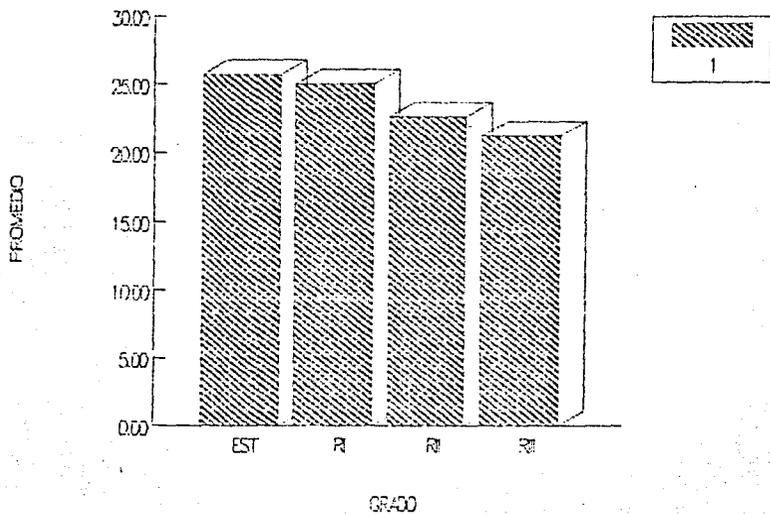
En la gráfica de benevolencia, se observa un incremento de los estudiantes a los RII, pero en los RIII disminuye, esto podría deberse al incidente ocurrido a una compañera RIII, en el que un paciente le provoca una herida en el cuello.

Los resultados de restricción social, no mostraron diferencias como se puede apreciar en la gráfica correspondiente, significando que posiblemente no hay cambios en cuanto al grado académico.

En la ideología a la comunidad, la respuesta también fué

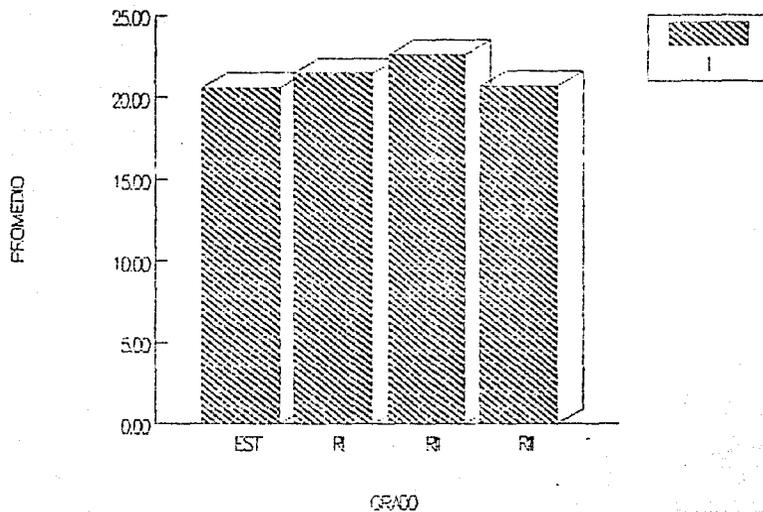
AUTORITARISMO

Promedio de los grupos



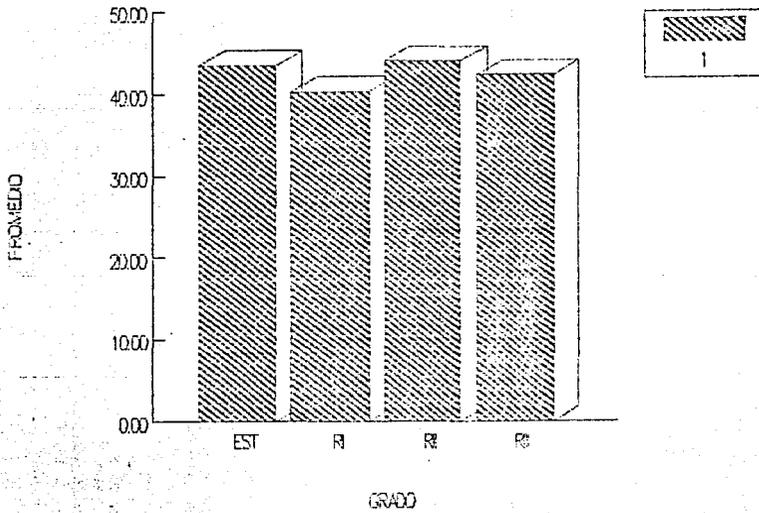
BENEVOLENCIA

Promedio de los grupos



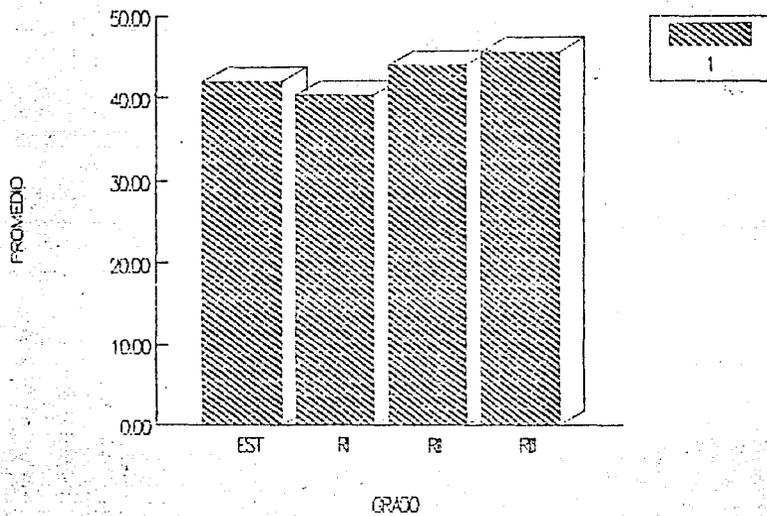
RESTRICTIVIDAD

Promedio de los grupos



IDEOLOGIA DE LA COMUNIDAD

Promedio de los grupos



favorable, como se puede apreciar en la gráfica de esta escala. No se encuentra significancia estadística, en ninguna de las escalas.

DISCUSION

Las graficas hacen notar que hay una tendencia de cambio de actitud hacia la enfermedad mental en dirección positiva, lo cual se debera tomar con reservas ya que no se encuentra significancia estadística, por lo que puede ser obra del azar. No obstante también puede deberse a que la muestra fue pequeña y tomada posterior a que un paciente le provoco una lesión en el cuello a una compañera. Este hecho se hace evidente, en la gráfica de benevolencia.

En la escala de restricción social no observamos cambios, lo que hace pensar que la escala no sirve para medir cambios finos en la actitud hacia la enfermedad mental. Corroborado en el estudio que realizó Montesinos en 1987, no encontrando diferencias significativas.

CONCLUSIONES

El estudio no muestra cambios significativos en la actitud hacia la enfermedad mental, lo que sugiere que no existe relación entre el grado de entrenamiento y la actitud hacia la enfermedad mental.

La escala no permite registrar cambios finos de la actitud hacia la enfermedad por lo que se considera se tendra que diseñar un instrumento más preciso.

Por medio de las graficas se observa una tendencia favorable en la actitud hacia la enfermedad mental, lo que hace poner en duda

si la muestra fue insuficiente, o el instrumento no es aplicable para observar diferencias en grupos que tengan alguna información al respecto.

No hay diferencias en la actitud hacia la enfermedad mental en los 4 grupos estudiados.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Taylor M. Dear M. Community attitudes toward neighbourhood public facilities. Department of Geography, University Hamilton Ontario, 1985.
- 2.- Steffani D. Actitudes hacia la enfermedad mental. Rev. Psicol. Gen. Plic. (139) 31 211 -234 . 1970.
- 3.- Taylor M. Dear M., Hall L. Attitude toward the mental III and reaction to mental health facilities. Soc. Science Med. B:D. 281-290. 1979.
- 4.-Coie, D. ,Constanzo, R., Cox Y. Behavioral determinants of mental illness concerns. A comparison profesion. Journal of consulting and clinical psychology, 211 - 216 1975.
- 5.- Rabkin, J. G. Opinions about mental illness. review of the literature. Psychol. Bull. 77- 153 1972.
- 6.- Nunnally, J. The communication of mental health information; A comparison of the opinions of experts on the public with mass media presentation. Behavioral Science; 2, 222 - 230. 1957.
- 7.-Cohen, J. Struening J.R. Opinions about mental health in the personal of two large hospitals. Journal of abnormal and social psychology. 64. 349 - 360. 1962.
- 8.-Bentick, C.. pinions about mental illness held by patients and relatives. Familie proces 193 - 207. 1967.
- 9.- Hanis, M. Boust, P. blaker J. Beliefs about mental illness as a function of psychiatric status and psychiatric hospitalization. Journal abnormal and social psychology . 3. 280 - 306 1963.
- 10.- Johansen W. J. Redel M. Personality and aptitudinal changes during psychiatric nursing affiliation. Nurses Res. 13. 343 -

345. 1964.

11.- Melendez M. Actitudes hacia la enfermedad mental en personal de seguridad de un hospital psiquiatrico y un hospital no psiquiatrico. Tesis. Salud Mental UNAM. 1990.

12.- Montesinos E. Actitudes hacia el enfermo mental en residentes de psiquiatria de primero y tercer grado. Tesis Salud Mental UNAM. 1987.

13.- Padilla J. Actitudes hacia el enfermo mental por parte de sus familiares. Tesis Salud Mental UNAM. 1987.

14.- García R. Actitud hacia la enfermedad mental en pasantes de psicología, que realizan su servicio social en el Hospital Psiquiatrico Fray Bernardino Alvarez, Tesis Salud Mental UNAM 1992.

15.-Olivares M. La actitud hacia la enfermedad mental; una comparación en un grupo de adolescentes segun sexo. Tesis. Salud Mental UNAM 1992.

16.- Erinosh, O. Ayorinde, A. A comparative study of opinion and knowledge about mental illnes in different societies. Psychiatry 41. 403- 410 1978.

17.- Star S. The public's ideas about mental illnes. Chicago, University of. Chicago. 1955.

18.- Phillips D. Rejection of the metalli ill; The influen of behavior and sex. Am. Social Rev. 29. 679 - 687. 1964.

19.- Natera G., Casco M. Actitudes hacia la enfermedad mental en población general y en un grupo de profesionales de la salud. Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatria. 1976 - 1982 1991.

20.- Ellsworth R B. A behavioral study of staff attitudes toward mental illnes. Journal of Abnormal Psychology. 70 (3) 194-200

1965.