

La actitud hacia la enfermedad mental, una revisión de la bibliografía *

Margarita Casco**
Guillermina Natera***
Ma. Esperanza Herrejón**

Summary

The aim of this paper is to present a complete revision of the literature about the perception and attitudes towards mental illness. Emphasis is made on the theoretical backgrounds and the methodological approach used for research in different populations.

These investigations are important in order to evaluate the feasibility of mental health programs with objectives such as the care and rehabilitation of the mentally ill in the community.

In the USA this type of research has been widely developed and different groups have been studied: Psychiatric in-patients, families of psychiatric patients, ex-patients, professionals, but mainly general population.

Most of the instruments employed in these investigations are of the Lickert's type, designed to evaluate opinions towards mental illness.

Results emphasize that rejection of the mentally ill correlates with the subject's characteristics such as aggression, unpredictability and irresponsibility. Respondent's sociodemographic variables, such as education, occupational hierarchy and age, are also important.

One feature that is more consistent among the studies is that people with higher levels of education and occupational hierarchy manifest more favorable attitudes towards the mentally ill.

Resumen

Con el interés de difundir y estructurar el cúmulo de información que existe en relación con el tema de la percepción y las actitudes hacia la enfermedad mental, se sistematizaron las investigaciones realizadas durante el periodo de 1946 a 1985. Se subrayan los enfoques teóricos y metodológicos utilizados por los diferentes investigadores para conocer las actitudes hacia la enfermedad y el enfermo mental en diversas poblaciones.

Las investigaciones nos demuestran que hay una mayor tendencia a utilizar escalas tipo Lickert para estudiar las actitudes, predominando la Escala de Opiniones de la Enfermedad Mental (OMI).

Los resultados demuestran que el rechazo hacia el enfermo mental está influenciado en gran medida por las características de agresión, impredecibilidad e irresponsabilidad del sujeto, así como por la influencia de variables sociodemográficas tales como la educación, la jerarquía ocupacional y la edad de los

* Este trabajo forma parte de una investigación titulada "Percepción y actitud hacia la enfermedad mental de la comunidad" dirigida por la Mtra. Guillermina Natera.

** Investigadoras Asociadas del Departamento de Investigaciones Psicosociales del Instituto Mexicano de Psiquiatría, Calz. México-Xochimilco 101, Col. S. Lorenzo Huipulco, México D.F.

*** Investigadora Titular y Jefe del Departamento de Investigaciones Psicosociales del Instituto Mexicano de Psiquiatría, Calz. México-Xochimilco 101, Col. S. Lorenzo Huipulco, México, D.F.

membros de su comunidad.

En las dos primeras variables se reporta que a medida que los sujetos adquieren más educación y jerarquía ocupacional manifiestan una actitud más favorable hacia el enfermo mental, y que a medida que tienen más edad se muestran menos favorables hacia este tipo de pacientes.

Introducción

El objetivo del presente trabajo es proporcionar al lector, bibliografía (58 artículos) de los estudios más relevantes realizados en los últimos 30 años a nivel internacional sobre la percepción y las actitudes hacia la enfermedad y el enfermo mental. Para tal fin se ordenó la información en un cuadro sinóptico por país, año en el que se realizó el estudio, su autor, el método e instrumento con el que se hizo y los principales resultados.

El interés en la investigación acerca de la manera como se percibe la enfermedad mental y la actitud hacia ella, surgió durante la segunda mitad del siglo XX. Esta inclinación se debió, en parte, a que se empezó a considerar este tipo de enfermedades como un problema de salud pública y no tanto como exclusivo del modelo médico psiquiátrico, y también porque las enfermedades de origen psicológico empezaron a ser más evidentes debido a que afectan a un mayor número de individuos, además de 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 se ha destacado por sus estudios acerca de la percepción de la población general hacia el enfermo mental, ha sido Estados Unidos, en parte, porque su población se ha visto más afectada psicológicamente por las guerras internacionales en las que ha participado, por su tipo de desarrollo tecnocrático y por su gran influencia en el contexto internacional, lo que ha provocado fuertes tensiones a la comunidad en general. Por otra parte, también en los países del Tercer Mundo se han realizado investigaciones en el campo de la enfermedad mental: en América Latina, en Sudáfrica y en la India; algunos países orientales y europeos también han hecho estudios aislados.

La metodología utilizada ha variado dependiendo principalmente de la ideología que se tenga acerca de

la enfermedad mental. El tipo de instrumento y la técnica empleada también dependen de tal ideología. La población que se estudió fue muy variada: pacientes hospitalizados, familiares de pacientes y ex-pacientes, profesionales y trabajadores de la salud; pero el principal objetivo ha sido conocer las actitudes y las percepciones que tiene la población general.

Los primeros instrumentos que se utilizaron fueron los cuestionarios tipo Lickert, entre los cuales resalta el elaborado por Cohen y Struening (1962), que se denomina OMI (Opinión de la Enfermedad Mental) y el CMHI (Ideología de la Custodia de Enfermos Mentales), elaborado por Baker y Schulberg (1967).

Algunos de estos instrumentos han sido reestructuraciones de los CMHI y OMI originales. Así elaboró Taylor el AMI, que primero fue utilizado en Canadá (51) y posteriormente en México, por Natera y cols. (36). Wig (1980) desarrolló recientemente un tipo de viñeta y un cuestionario alrededor de los mismos. También se han empleado las entrevistas semiestructuradas, el diferencial semántico, el Inventario de Personalidad de California y el Cuestionario sobre Salud y Necesidades de Atención.

Se observó una variabilidad importante en los resultados: mientras que algunos estudios informan que hay tendencias al rechazo, otros, utilizando la misma técnica, encontraron actitudes de aceptación, lo cual se explica porque cada comunidad maneja valores y creencias particulares. Sin embargo, se observaron coincidencias en los resultados de los diferentes estudios, como son que las variables educación, jerarquía ocupacional y edad, influyen positivamente en las actitudes. Los estudios de tipo transcultural indican que la cultura determina las diferencias en la concepción de la enfermedad y del enfermo mental de un grupo étnico a otro.

Por otro lado, hay similitud en la mayor parte de los resultados, en los cuales se considera que el rechazo hacia el paciente mental depende del grado en el que

se sospeche que hay elementos de agresión e impredecibilidad en la conducta del enfermo. El hecho de etiquetarlo ha sido positivo para algunas poblaciones, pues una vez que se diagnostica a un paciente, la comunidad (familiar o social) sabe a qué atenerse. Pero para otros grupos la etiquetación contribuye a estigmatizar al paciente y, por consiguiente, a aumentar su rechazo.

Es importante señalar que la mayor parte de la información obtenida en los estudios efectuados hasta la fecha es de un nivel descriptivo y los análisis estadísticos son sencillos.

Algunos investigadores, como Taylor (51), Stefani (49, 50) y Lawton (26), se han preocupado por hacer mejores diseños metodológicos para conocer con más precisión la actitud hacia los enfermos y para poder predecir su comportamiento.

En las revisiones de la literatura se han encontrado datos importantes sobre la percepción y las actitudes de la comunidad hacia la enfermedad mental, de investigadores como Rabkin (39, 40), Stefani (47), Davidson (7), Scheff (43), Ruggiero (42) y Gove (19), entre otros. Aunque sus conclusiones no coinciden del todo, hay denominadores comunes, como la correlación entre el sistema de creencias (estilo de vida, experiencias, etc.) de un grupo específico y las actitudes que se manifiestan; al igual que la relación entre las variables sociodemográficas: como tener mayor escolaridad, ser más jóvenes, tener mejor jerarquía ocupacional, con las actitudes favorables hacia el enfermo. También influye la utilización del modelo psicosocial en la conceptualización de la enfermedad mental y, por consiguiente, del desarrollo de las actitudes.

Por otro lado, consideramos que es necesario hacer más investigaciones que nos permitan adentrarnos más en la cultura y el proceso de reconstrucción que tienen los diferentes grupos poblacionales respecto al concepto de enfermedad y enfermo mental, así como identificar las variables que contribuyan a integrar las actitudes.

ESTADOS UNIDOS DE NORTE AMERICA

| LUGAR/AÑO | AUTORES | TIPO DE POBLACION | METODO E INSTRUMENTO | RESULTADOS |
|-----------------------|-----------------------------|---|--|---|
| Austin, Texas 1957 | Gartly J | N = 385 sujetos de la población general | Muestra sistemática basada en la clase social. Utilizaron un cuestionario de actitudes hacia la enfermedad mental. | No hay diferencias de una clase social a otra respecto a la actitud que asumen hacia la enfermedad mental. El rechazo hacia la enfermedad mental está influenciado por los valores culturales. Se observó que hay una relación inversa entre el nivel socio-económico y la incidencia de trastornos mentales. |
| Nueva York 1962 | Cohen J, Struening EL | N = 541 empleados N = 653 empleados de dos hospitales neuropsiquiátricos | Muestra representativa de personal que desempeña diferentes funciones y que está en contacto frecuente con los pacientes. Cuestionarios anónimos. Se aplicaron tres escalas que miden actitudes: opinión acerca de la enfermedad mental (OMI), de Cohen y Struening (1962); ideología acerca de la custodia de los enfermos mentales (CMI), de Gilbert y Levinson 1956, y la escala California F, de Adorno T, 1950. | Se identificaron cinco puntos importantes que se usan para medir la opinión y las actitudes hacia la enfermedad mental: 1. Factor autoritarismo: se identificó con la escala California F; define un sometimiento autoritario, combinado con la opinión de que el enfermo mental es de una clase inferior. 2. Factor benevolencia: incluye opiniones paternalistas que proceden de la religión y del humanitarismo. 3. Factor ideología de higiene mental: orientación positiva que considera que la enfermedad mental es como cualquier otra. |

| LUGAR/AÑO | AUTORES | TIPO DE POBLACION | METODO E INSTRUMENTO | RESULTADOS |
|-----------------------|---------------------------------|---|---|---|
| | | | | <p>4. Factor restrictividad social: la opinión principal es que el enfermo mental constituye una amenaza para la sociedad.</p> <p>5. Factor etiología interpersonal: la opinión es que la enfermedad mental procede de experiencias interpersonales, especialmente de deprivaciones afectivas durante la infancia.</p> |
| New Hampshire 1964 | Phillips DL | N = 300 Mujeres casadas | Muestra sistemática de población general. Se aplicaron cinco viñetas: Neurosis depresiva, esquizofrenia simple y paranoide, fobia compulsiva y estado normal. Un cuestionario relacionado con las patologías, un cuestionario sobre las fuentes de ayuda y una escala de distancia social. | Se obtuvieron dos elementos importantes que influyen en el rechazo hacia la enfermedad mental: 1. Cuanto más se vislumbra una conducta desviada hay más rechazo; 2. Se toleran más las mujeres con padecimientos mentales. |
| Pensilvania 1964 | Lawton MP | N = 72 ayudantes de psiquiatría de un hospital de Pensilvania | Se aplicaron cuatro escalas: la de la opinión acerca de la enfermedad mental (OMI); una lista para evaluar conocimientos interpersonales (ICL); la escala de Edwards de preferencia personal (EPPS) y la de terapéutica <i>versus</i> custodia (TVCR) y un cuestionario de variables demográficas. | Se observó que la escala OMI tiene una correlación significativa con la escala ICL. El factor de autoritarismo se correlaciona con la edad y los años de servicio. El factor de restrictividad social está correlacionado con el nivel educativo. La variable sexo no está correlacionada con las actitudes. La escala EPPS y las TVCR no se correlacionan con las variables demográficas ni con las otras escalas. |
| Louisiana 1967 | Fournet GP | N = 200 adultos de la población general de Winnfield y de St. Martinville, Louisiana | Selección por medio de una muestra grupal. Encuesta de hogares; los instrumentos consistieron en: una escala de actitudes (OMI), la biografía de los sujetos y tres descripciones hipotéticas de enfermedad mental con preguntas abiertas. | Los anglosajones protestantes mostraron actitudes más negativas hacia la enfermedad mental en comparación con los franceses de religión católica. Los negros fueron más autoritarios y rechazantes que los blancos. |
| Washington 1967 | Dohrenwend y Chin Shong | N = 233 sujetos de la población general | Muestra probabilística según la posición socioeconómica. Se utilizaron seis descripciones hipotéticas basadas en Star: Esquizofrenia, paranoia, neurosis de ansiedad, trastornos juveniles, conducta fóbica y alcoholismo, y siete reactivos de la escala de distancia social. | Se encontraron diferencias entre las clases sociales. Las personas de clase social alta demostraron una mayor tolerancia hacia la enfermedad mental que las de una clase social baja. Las personas de clase social alta son más liberales respecto a la enfermedad mental. |
| Massachusetts 1969 | Mazer M y Ahern J | N = 320 estudiantes N = 80 graduados de educación media de una isla de Massachusetts | Muestra probabilística estratificada por posición social y estatus migratorio. Se aplicó el inventario de personalidad de California (Gough, 1957). | Los hallazgos de este estudio no apoyan la hipótesis de la relación entre la migración y la incidencia de trastornos mentales, sino que los valores y las creencias asociados con la posición social influyen más que la situación migratoria. |
| Nueva York 1970 | Lubchansky y cols. | N = 20 curanderos de la comunidad puertorriqueña de Nueva York | Muestra probabilística, intervención semiestructurada y observación. | Las diferencias culturales respecto a la idiosincrasia, influyen preponderantemente en la concepción de la enfermedad mental; los brujos mostraron tener destreza para identificar las diferentes patologías. |
| Baltimore 1970 | Spiro HR, Slassi I y Crocetti G | N = 747 adultos de la ciudad | Muestra probabilística estratificada. Muestra representativa de la población adulta. Encuesta de hogares. Se aplicaron seis viñetas: Esquizofrenia paranoide, esquizofrenia simple, neurosis de ansiedad, fobia compulsiva, alcoholismo y trastorno juvenil. Un cuestionario relacionado con las viñetas. | Los resultados muestran que hay relación entre la habilidad de un individuo para identificar la enfermedad mental y su actitud hacia el enfermo mental. El estudio confirmó que la actitud hacia el enfermo mental no está determinada por la etiqueta que se le ponga, es decir, la actitud de rechazo no necesariamente se debe al estigma de enfermo mental; sino que se teme que observe conductas anormales. |

| LUGAR/AÑO | AUTORES | TIPO DE POBLACION | METODO DE INSTRUMENTO | RESULTADOS |
|--------------------------------------|----------------------------------|--|---|---|
| Connecticut 1971 | Fischer HE | N = 329 estudiantes | Encuesta directa, utilizaron: 1. Una escala de actitudes, integrada por cuatro escalas: ayuda, responsabilidad social, humanitarismo no tradicional y actitud hacia la criminalidad; 2. Un cuestionario de deseabi- lidad social; 3. Un cuestiona- rio sociodemográfico. | Los estudiantes voluntarios que interac- tuaron con los pacientes mentales, obtu- vieron una alta significancia en la conduc- ta altruista, sobre todo en las actitudes humanitarias. Los voluntarios manifesta- ron opiniones más favorables hacia los pacientes mentales. La personalidad la- tente fue un factor común en las escalas. |
| Tucson 1974 | Spencer A. Mc W, LA Morris | N = 110 residentes de un centro de salud mental | Muestra representativa. Se utilizó un cuestionario con 19 reactivos abiertos: opinión acerca de los problemas sociales de la comuni- dad, información acerca de los problemas de salud mental, infor- mación acerca de los servicios de salud mental y actitudes hacia los centros de salud mental. | Los resultados indican que los entrevista- dos tienen una actitud favorable hacia el centro de salud mental y expectativas positivas en los resultados del tratamien- to especializado para la enfermedad men- tal. Esta actitud positiva ayuda a la educación del público en relación con los servicios de salud mental. |
| San Francisco 1974 | Kirk Stuart A | N = 864 estudiantes de dos colegios de San Francisco | Estudio experimental, selec- ción aleatoria para integrar a cuatro grupos de estudiantes. Se aplicaron tres viñetas: Conducta panoide, ansiosa y depresiva; tres viñetas de casos etiquetados como enfer- medad mental y un cuestiona- rio relacionado con las viñetas. | Se observó que la etiqueta de enferme- dad mental no influye en el rechazo so- cial, sino que éste se debe a la conducta del enfermo mental. Se concluye que debe abandonarse la teoría de que la etí- quetación influye en la explicación de las actitudes de rechazo o aceptación. |
| Nueva York 1974 | Rabkin J | 83 artículos | Revisión extensa de los princi- pales estudios que se han hecho sobre las actitudes del público hacia la enfermedad mental. | No obstante los diferentes resultados ob- tenidos de uno a otro estudio; es eviden- te que en los últimos años, la gente está mejor informada acerca de la enfermedad mental. Hay una tendencia a darle mayor énfasis al modelo psicosocial de la enfer- medad mental. |
| California, Santa Barbara 1974 | Scheff JT | Revisión bibliográfica sobre estudios basados en la teoría de la etique- tación de los enfermos mentales. | Análisis crítico de 38 artículos que sustentan la teoría de la etiquetación del enfermo mental. | Los estudios sobre la enfermedad mental, basados en la teoría de la etiquetación, explican la actitud de rechazo hacia la enfermedad mental. |
| Los Angeles 1974 | Karno M Edgerton R | N = 546 sujetos de la población general: 102 angloamericanos; 184 mexicano-norteamerica- nos de habla inglesa y 260 mexicano-nortea- mericanos de habla castellana de la ciudad de Los Angeles | Encuesta a la población general. Aplicaron una descripción hipo- tética de depresión severa y dos preguntas respecto a la descrip- ción. | Se observaron diferencias entre la pobla- ción de habla hispana y la de habla ingle- sa. Los mexicano-norteamericanos que hablan castellano le atribuyeron a la enfermedad mental características mági- co-religiosas, a diferencia de los otros dos grupos que consideran que la enfermedad mental se debe a problemas de índole familiar. |
| California 1975 | Cole DJ y cols | N = 110 profesionistas de dos comunidades de Carolina del Norte (Durham y Halifax), 24 clérigos, 20 trabaja- doras sociales, 19 enfermeras, 27 policías y 20 médicos | La muestra es representativa de cada población muestreada. El cuestionario fue autoadmi- nistrado, se utilizó un cuestio- nario con 190 preguntas (157 reactivos del MMP) y 33 sobre trastornos conductuales descri- tos por los autores). | Los resultados sugieren que los diversos grupos de profesionistas tienen una con- cepción similar de la enfermedad mental, aunque hubo algunas diferencias sobre el grado de severidad de las desviaciones conductuales, las cuales se determinaron de acuerdo con la función social desem- peñada por los profesionistas. |
| Nueva York 1975 | Towsend JM | N = 728 estudiantes ame- ricanos de Washington N = 552 estudiantes ale- manes de Frankfurt | Muestra estratificada según la nacionalidad, correlacionada con la posición socioeconómi- ca. Se utilizó la encuesta directa para aplicar un cuestio- nario de 60 reactivos sobre la salud mental, elaborado por Nunnally's (1961). | Sugieren que hay diferencias entre la población alemana y la americana so- bre la concepción de los trastornos mentales. Los alemanes los atribuyen a causas de índole orgánico y los consi- deran de mal pronóstico; mientras que los americanos los consideran de buen pronóstico en la medida que se motive y ayude a los enfermos mentales. |

| LUGAR/AÑO | AUTORES | TIPO DE POBLACION | METODO E INSTRUMENTO | RESULTADOS |
|-----------------------|----------------------|--|---|---|
| Nueva York 1975 | Fracchia J y cols | N = 30 hogares de la ciudad de Nassau y Suffolk | Muestra representativa de una comunidad de clase media. Se utilizó la técnica de diferencial semántico con la escala breve de apreciación psiquiátrica elaboradas por Overall, en 1962, y la de conductas asociadas con enfermedades mentales particulares (28 reactivos). | Los resultados indican que la información influye favorablemente en las actitudes que se adoptan tanto hacia la enfermedad mental moderada como la severa; ambas las consideran de la misma forma. |
| Austin, Texas 1975 | Holtzman HW | N = 400 niños americanos de Austin, Texas. N = 400 niños mexicanos de familias originarias de la ciudad de México pero que radican en la frontera de Estados Unidos. | Entrevistas directas a las madres de los niños; información acerca de su vida familiar; sus aspiraciones para sus hijos, desarrollo del niño y otras variables socio-culturales. | La concepción de salud mental está influenciada por las características culturales. Las familias mexicanas de la frontera tienen menos problemas de enfermedad mental porque la angustia y los 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. |
| Nueva York 1976 | Fracchia J y cols | N = 30 sujetos de la población general de la ciudad de Nassau y Suffolk | Encuesta de hogares; se utilizó la técnica de diferencial semántico. Se asignaron al azar tres conceptos: enfermedad leve, moderada y severa. 28 reactivos de diferencial semántico, constituidos por cuatro factores: 1, evaluación, 2, actividad, 3, potencial y 4, entendimiento. | Los resultados indican que la población suburbana no discrimina el concepto de enfermedad leve del de severidad. La falta de individuación del paciente mental es interpretada por la existencia de estereotipos. |
| Nueva York 1976 | Gaudio A y cols | N = 33 terapeutas de psiquiatría de la Universidad de Rochester, Nueva York | Encuesta; se utilizó la escala de ideología comunitaria en salud mental, de Struening (CMHI), una escala de valor democrático y la descripción de los rasgos de ocho casos psiquiátricos. | Los resultados indican que hay una relación significativa entre la escala de CMHI y la escala de valoración democrática. Los pacientes que están integrados a la terapia tienen menos disturbios. Los terapeutas reportan un alto <i>insight</i> en los pacientes neuróticos de clase media, aunque el interés particular del terapeuta en el tratamiento de los pacientes influyó en el pronóstico de la enfermedad. |
| Nueva York 1976 | Lehmann S y cols | N = 39 mujeres N = 51 hombres, estudiantes de psicología de la universidad de Nueva York | A cada sujeto se le proporcionó un cuestionario que incluye preguntas de tipo demográfico y una escala de autodescripción con base en adjetivos. Posteriormente leyeron una biografía y se les mostró un videotape durante 3 minutos con una descripción de una mujer estudiante. Posteriormente se aplicó una escala con 18 ítems con adjetivos y 1 escala de 11 ítems de distancia social. | El rechazo al enfermo mental depende de atributos conductuales, más que de la etiquetación al enfermo mental. A los enfermos se les considera como impredecibles conductualmente, más peligrosos y menos responsables. La etiquetación no está asociada necesariamente con la sintomatología conductual, pues el sujeto puede presentar una conducta anormal sin estar etiquetado como enfermo mental. |
| Illinois 1976 | Ware EJ | N = 2000 adultos de la población general de cinco poblaciones: St Louis Missouri; Springfield, Illinois; Los Angeles, California; y Franklin, Perry y Williamson, en el sur de Illinois. | Muestra representativa de la población general adulta. Encuesta de hogares. El instrumento utilizado se estandarizó y se validó. Se aplicó la escala de percepción de la salud, integrada por 8 escalas: 1. escala de salud general, 2. escala de antecedentes de salud, 3. resistencia y susceptibilidad, 4. autovisión de la salud, 5. rechazo al rol de enfermo, 6. actitud de acudir al médico, 7. orientación de la enfermedad, 8. ansiedad por lo que concierne a la salud. | La escala es válida, confiable y estable. Se recomienda para estudios que requieran medidas de salud, en general. El cuestionario puede ser autoaplicable; dura 7 minutos. Con un estudio de tipo prospectivo se pueden esclarecer las causas y los efectos que están operando en la relación entre lo que es la salud y la conducta. |

| LUGAR/AÑO | AUTORES | TIPO DE POBLACION | METODO E INSTRUMENTO | RESULTADOS |
|----------------------|--------------------------|--|---|--|
| Missouri 1976 | Loman LA y Larkin WE | N = 17 estudiantes de Sociología de la Universidad de Southwest, Missouri | Muestreo aleatorio. Se aplicó una escala de distancia social y dos <i>videotapes</i> (un caso con etiqueta de paranoide y otro caso sin etiquetación). | La etiquetación de la enfermedad mental provoca el rechazo social aún más que la conducta desviada. |
| Estados Unidos | Davidson RA Thomson E | 400 artículos de estudios transculturales acerca de actitudes y opiniones | Análisis comparativo de estudios con diferente metodología, y teorías que investigan los efectos de la cultura y los factores ecológicos sobre la conducta y las actitudes | Se concluye que para el conocimiento relacionado con las actitudes y las opiniones no basta la aplicación de un método, sino que se requiere de la aplicación de una buena teoría. También es importante la interrelación de las creencias y de las actitudes que son desarrolladas en modelos de organización cognoscitiva. |
| Los Angeles 1978 | Weltzberg NE | N = 90 estudiantes de educación media de Los Angeles, Calif. | Estudio experimental. A un grupo de sujetos control se le dio la descripción de un compañero normal. Al grupo experimental se le dio la descripción de un compañero normal y un enfermo mental. | Los sujetos creen que los enfermos mentales son aquellos que no interactúan hábilmente por medio de la comunicación verbal y no verbal; los que tienen dificultad para entender a los demás y aquellos cuya conducta es impredecible. |
| Rhode Island 1979 | Ruggiero J | Revisión de 26 artículos | Análisis cualitativo de las investigaciones empíricas acerca de la relación entre las clases sociales y la intolerancia durante tres décadas (años 50, 60 y 70), en los Estados Unidos, para señalar personalidad autoritaria y comunismo, conformidad y libertad civil. | Señala la importancia que tiene el contexto histórico social para la comprensión del sistema de creencias. En la actualidad se atribuye un alto grado de correspondencia entre la actitud intolerante y la conducta intolerante. |
| Connecticut 1979 | Fisher JD y Farina A | N = 81 estudiantes de Psicología de la Universidad de Connecticut | Diseño experimental. Se aplicó a dos grupos: uno con orientación biosocial y otro con orientación de aprendizaje social. Utilizaron una escala de expectativas conductuales desarrollada por Golding y cols. (1975). | Respecto a la variación de la conducta por la influencia biosocial y el aprendizaje social, se observaron las siguientes diferencias: el grupo manipulado por medio del aprendizaje social se mostró más vulnerable a guiar sus actitudes hacia el control de su salud mental, mientras que el grupo expuesto a la orientación biosocial mostró menos preocupación hacia la salud. Para ellos, el consumo de alcohol y drogas no genera problemas de salud mental. |
| Belmont 1980 | Vannicelli M y cols | N = 93 informantes, que son familiares cercanos de los pacientes mentales del hospital McLean, de Belmont | Encuesta. Selección al azar. Los instrumentos utilizados fueron: 1. inventario de estados psiquiátricos (Pss) integrado por cinco escalas; trastorno conductual; desajuste en el control de impulsos; roles; angustia y principio de realidad. 2. formas de evaluación psiquiátrica, 3. opinión acerca de la enfermedad mental (OMI) y 4. un cuestionario de antecedentes demográficos. | La actitud hacia la enfermedad mental de los amigos y de los familiares del paciente, no cambia a través del tiempo, y esta actitud no afecta directamente su tratamiento en el hospital. El estatus socioeconómico y la filiación religiosa se asocia con la actitud de los miembros de la familia. Los aspectos socioculturales influyen más en la actitud hacia el paciente, que la situación concreta de la entrada del paciente al hospital psiquiátrico. |
| Texas 1980 | Heller LP y cols. | N = 100 mujeres mexicanas de Durango, México, de diferente clase social. N = 36 texanos del sector público y N = 173 texanos de dos comunidades texanas, Floydada y Lockney. | Selección de la muestra según la clase social. Encuesta de hogares. Se utilizaron cinco descripciones de conducta anormal: depresión, agresión, uso de drogas, uso de alcohol y nerviosismo, así como un cuestionario relacionado con las descripciones. | Los resultados indican similitudes entre los dos tipos de población quienes consideran que las conductas hipotéticas son relativamente normales. Las clases medias sugieren el tratamiento profesional para las conductas clasificadas como paranoides y violentas. El sentimiento de autodevaluación y el estilo de vida sí influyen sobre la opinión para detectar la necesidad de tratamiento cuando se presentan conductas anormales. |

| LUGAR/AÑO | AUTORES | TIPO DE POBLACION | METODO E INSTRUMENTO | RESULTADOS |
|---------------------------------|----------------------------|--|--|---|
| Carolina del Norte 1980 | Cole DJ y cols. | N = 469 laicos de dos comunidades de Carolina del Norte (Durham y Halifax). | Muestra probabilística estratificada, basada en variables socioeconómicas. Encuesta de hogares. Se utilizó un cuestionario de 190 reactivos (157 reactivos del MMPI y 33 que incluyen trastornos mentales). | Los sujetos con más educación les atribuyen más características a los enfermos mentales. La clase social alta les atribuye disfunciones cognitivas a los enfermos mentales. La clase media les atribuye irresponsabilidad social y falta de moralidad. La clase baja atribuye la enfermedad a una inadecuación social. |
| Nashville, Tennessee 1982 | Gove W | 89 artículos | Análisis del desarrollo de la práctica psiquiátrica y de la teoría de la etiquetación | En la década de los años 70 ocurrió un cambio cultural en la práctica de la psiquiatría. La teoría de la etiquetación presenta una imagen muy simple e inadecuada del modelo psiquiátrico, ya que no proporciona ninguna explicación acerca de la enfermedad mental. |
| Houston, Texas 1984 | Levenson MP y cols. | N = 600 estudiantes de educación media N = 240 profesionistas de Houston, Texas. | Cuestionario anónimo autoadministrado. El instrumento que se aplicó trata acerca de las actitudes del adolescente hacia la salud. | Los adolescentes y los profesionistas tienen diferente opinión acerca de la salud. Los adolescentes se mostraron preocupados por su salud y exhibieron menos conductas negativas de lo que se esperaba. |
| Washington 1984 | Harding MC, O'Looney AB | N = 216 estudiantes de educación media de la Universidad de Exeter, Washington. | El instrumento se aplicó a los sujetos durante el periodo de clases. Se relataron nueve casos clínicos sobre: dolores de cabeza, tuberculosis, ataques, tosferina, polio, cáncer y esclerosis, y se aplicó un cuestionario de 18 preguntas sobre la percepción y la opinión acerca de las enfermedades. | Las enfermedades se asociaron con el tipo de hábitos conductuales de los individuos. Por ejemplo, el cáncer se asocia con el hecho de fumar en exceso. Es importante examinar la opinión y la percepción de los sujetos respecto a las enfermedades, para medir la efectividad de los programas de educación de la salud. |
| Houston, Texas 1984 | Levenson MP y cols. | N = 600 estudiantes de educación media N = 70 estudiantes de enfermería N = 71 maestros N = 99 pediatras de Houston, Texas. | Muestra representativa de cada población estudiada. El cuestionario fue autoaplicado. Se utilizó un cuestionario sobre el uso, preferencias y necesidades de la información, elaborado por los autores. Este incluye seis áreas: 1. origen actual de la información, 2. fuentes preferentes de la información, 3. conocimiento del tipo de ayuda para los problemas de salud, 4. dificultades para obtener información, 5. percepción de las necesidades de información y 6. tópicos apropiados para discutirse en el salón de clases. | Los resultados muestran diferencias significativas entre los adolescentes y los adultos en relación con las preferencias y la percepción de las necesidades de la información. Los adolescentes opinaron que era importante adquirir adecuada información acerca de temas sexuales, de drogas, de salud mental, de tabaquismo, y de problemas del adolescente, entre otros. Sin embargo, los médicos y los maestros opinan que los estudiantes no se preocupan por los temas relacionados con su salud y que requieren de orientación de tipo individual. |
| Saskatchewan, Canadá 1969 | Rootman I, Lafave H | N = 102 adultos de una comunidad canadiense | Muestra representativa de la población adulta, de acuerdo con la distribución etarea, sexual y étnica. Encuesta de hogares. Comparación con los estudios de Star, 1950, Crocetti, 1951 y Cumming 1960. Aplicaron tres viñetas; una de esquizofrenia paranoide, otra de esquizofrenia simple y otra de alcoholismo. Se aplicó un cuestionario relacionado con la patología y la distancia social. | La población canadiense estudiada identificó claramente las tres patologías. Se obtuvieron respuestas positivas respecto a la tolerancia de la enfermedad mental. La población de clase social alta se manifestó tolerante hacia el acercamiento físico al enfermo mental. Del estudio de Rootman y Cumming (1960) se desprende que estas poblaciones conocen los síntomas de la enfermedad mental, en contraposición con lo reportado por Star y Crocetti. |

| LUGAR/AÑO | AUTORES | TIPO DE POBLACION | METODO E INSTRUMENTO | RESULTADOS |
|-----------------|----------------------|---|--|---|
| Omaha 1975 | West DN Walsh AM | N = 39 médicos de la práctica privada N = 28 jefes de departamento N = 184 empleados N = 298 estudiantes de Omaha | Muestra representativa. El estudio se efectuó en dos escuelas de medicina, en un grupo de médicos de la práctica privada y en un grupo de empleados de un hospital universitario. Todos los grupos estaban integrados en una misma comunidad. Se aplicó un cuestionario anónimo sobre la imagen del psiquiatra. | Los grupos coincidieron en mostrar una actitud favorable hacia el rol del psiquiatra y en las críticas favorables al tipo de ayuda profesional que éste ofrece a las personas que padecen de algún trastorno mental. Esta imagen hacia el psiquiatra, se debe a la relación que se establece entre él y su paciente. |
| Toronto 1979 | Taylor MJ y cols. | N = 706 sujetos sin facilidades de acceso a los establecimientos de salud N = 384 sujetos con facilidad de acceso a los servicios de salud de Toronto. | Muestreo al azar basado en el nivel socioeconómico de la población general. Encuestas: se utilizó una escala de actitudes, combinando las escalas de OMI y de CMHI. Se integró el instrumento AMI que incluye 4 subescalas: autoritarismo, benevolencia, restricción social e ideología comunitaria de salud mental. | Se obtuvo una buena información acerca de la enfermedad mental a la que consideran como cualquiera otra. Mostraron una mayor aceptación hacia el expaciente mental. Los autores señalan la importancia que tiene la actitud hacia el enfermo mental para predecir las reacciones del público hacia los establecimientos comunitarios de salud mental. |
| Toronto 1979 | Olade R | N = 52 estudiantes: 37 de enfermería y 15 de ciencias | Encuesta anónima. Se utilizó la escala de actitudes OMI (Cohen y Struening), integrada por cinco factores: 1. Autoritarismo 2. Benevolencia 3. Ideología de la higiene mental 4. Restricción social 5. Etiología interpersonal | Los puntajes más altos se obtuvieron en la escala de ideología de la higiene mental y de la etiología interpersonal, los cuales muestran opiniones positivas hacia la enfermedad mental. La benevolencia se consideró como un factor negativo que explica por qué se encontró correlación positiva entre autoritarismo y benevolencia. Las enfermeras tienen una actitud más favorable hacia la enfermedad mental que los estudiantes de ciencias médicas, por lo que se dedujo que la formación profesional en el área de la salud influye en las actitudes. |

EUROPA

| LUGAR/AÑO | AUTORES | TIPO DE POBLACION | METODO E INSTRUMENTO | RESULTADOS |
|-------------------|----------------------------|--|--|--|
| Francia 1974 | Askenasy A | N = 1170 sujetos de diferente origen cultural (ingleses, franceses y hawaianos) que radican en París | Muestra representativa. El instrumento fue diseñado por el autor. Para dicho estudio se tomaron 20 reactivos del instrumento de Cohen y Struening (OMI). | La actitud de los entrevistados tendió a ser homogénea. La ocupación es una variable que influye en la actitud de los grupos específicos: si se tiene mejor puesto, la actitud es más favorable hacia el enfermo, y el pronóstico de recuperación, también. En las tres comunidades, la variable "educación" se correlaciona positivamente con una actitud favorable, es decir, mientras más educación tengan, más optimistas se mostrarán hacia la curación del enfermo mental. |
| Finlandia 1977 | Lehtinen V y Vaisanen E | N = 1000 sujetos de la población general del área urbana y rural de Finlandia | Muestra estratificada por sexo, edad y educación. Se utilizó una escala de actitudes tipo Likert, elaborada por los autores para este estudio. | Los resultados muestran diferencias de actitud por variables demográficas. Se observó que mientras más jóvenes y educados sean, más positivas serán sus actitudes hacia la enfermedad mental. Las mujeres mostraron actitudes más negativas. |

AFRICA-ASIA-OCEANIA

| LUGAR/AÑO | AUTORES | TIPO DE POBLACION | METODO E INSTRUMENTO | RESULTADOS |
|----------------------------------|-----------------------------|---|--|--|
| Australia 1971 | Gwend DG y cols. | N = 318 sujetos de la población general de Melbourne | Encuesta de hogares. Muestra representativa de la población estudiada. Se utilizaron cuatro descripciones de enfermedad mental basadas en Star (1955): esquizofrenia simple; esquizofrenia paranoide; neurosis de ansiedad y depresión y alcoholismo; un cuestionario de diferencial semántico de Osgood (1957), y un cuestionario sociodemográfico. | Los resultados indican que la actitud e incluso la identificación de gravedad de la enfermedad mental, está influenciada por la percepción de elementos o características de conducta anormal. La esquizofrenia paranoide es considerada como enfermedad mental severa; sin embargo, a la esquizofrenia simple y al alcoholismo se les identifica como enfermedades mentales sin gravedad. No obstante, su opinión hacia la recuperación es desfavorable tanto para el alcoholismo como para la esquizofrenia paranoide. |
| Africa 1976 | Cheetham NS, Cheetham RJ | Sujetos de una comunidad rural de Xhosa | El instrumento se aplicó por grupos de sujetos en su propia choza. El instrumento describía: la debilidad mental, la ira, un disturbio severo emocional; la conducta prepsicótica, la paranoia y la obsesividad-compulsividad. | El concepto de enfermedad mental está asociado con el sistema de valores. El ritual religioso y el sacrificio están relacionados con una conducta de características paranoides, lo cual dificulta hacer una evaluación diagnóstica satisfactoria. |
| Nigeria 1977 | Erinosho AO | N = 547 estudiantes de diversas escuelas de medicina (Nigeria, Ahmadu Bello; Zaria; Ibadan; Lagos; Benin; Ife y Nsukka) | Muestra estratificada según las variables sociodemográficas. Diversos cuestionarios autoaplicados: sociodemográfico y de preguntas abiertas acerca de su opinión de la enfermedad mental, y de la práctica de la medicina tradicional y moderna. | Muchos estudiantes de medicina opinaron que la enfermedad mental puede estar influida por las sutilezas de la modernización de la educación y sobre todo por la ideología de la psiquiatría. En Nigeria le dieron preferencia a la medicina tradicional como método terapéutico para los problemas psiquiátricos. |
| Nigeria 1978 | Erinosho AO, Ayorinde A | N = 100 aldeanos (Ibara-Orile) N = 671 sujetos del área urbana (Abeokuta) población adulta | Muestra probabilística de la misma proporción de hombres y mujeres. Encuesta de hogares; se aplicaron cuatro viñetas; esquizofrenia simple; esquizofrenia paranoide, neurosis depresiva y alcoholismo. | Concluye que la comunidad no identifica claramente los síntomas de la enfermedad mental. Un 96% de la población no visualiza al alcoholico como enfermo mental. |
| India, Sudán y Filipinas 1980 | Wlg WN y cols. | N = 59 sujetos del área rural de Sudán N = 75 sujetos del área urbana de Filipinas N = 64 sujetos del área urbana de la India | Método del informante en población general. Se les escogió por su posición ocupacional y por haber residido durante más de 4 años en la comunidad estudiada. Muestra probabilística. Se aplicaron viñetas de retardo mental, de epilepsia, de manía, de psicosis depresiva, de esquizofrenia y psicosis aguda. Un cuestionario relacionado con las viñetas. | Se observaron diferencias estadísticamente significativas en los patrones de actitudes entre las tres poblaciones. La población hindú manifestó una actitud más negativa y pesimista hacia los trastornos mentales en relación con las otras dos poblaciones. El retardo mental es un problema que se identifica en la infancia. |
| Israel 1982 | Shurka E | N = 91 árabes de la población general de Nazaret | El instrumento fue administrado individualmente por estudiantes de trabajo social; consistió en un cuestionario sociodemográfico y un cuestionario sobre actitudes hacia la enfermedad mental, dividido en cinco categorías: 1. Aceptación en la comunidad del expaciente mental. 2. Potencial de peligrosidad del expaciente mental. 3. Potencial ocupacional del expaciente mental. 4. Instituciones psiquiátricas. 5. Imagen del psiquiatra. | Predominaron las actitudes negativas hacia las relaciones interpersonales con expacientes psiquiátricos y hacia la potencialidad de estos para trabajar. La religión y la educación influyen significativamente en las actitudes. Los que tienen más educación y los que practican la religión cristiana adoptan actitudes positivas hacia el enfermo mental. |

| LUGAR/AÑO | AUTORES | TIPO DE POBLACION | METODO E INSTRUMENTO | RESULTADOS |
|---------------|-------------|---|--|---|
| Japón 1982 | Fukuhara M, | N = 273 estudiantes de la Universidad de Tokio N = 93 estudiantes americanos | Estudio comparativo entre estudiantes americanos y japoneses. Se utilizó un cuestionario de actitudes hacia la consulta. De los japoneses, el 23% había asistido a consulta, y de los americanos el 61%. | Se observaron diferentes actitudes hacia la consulta en las dos poblaciones. Los japoneses tendían a ser más negativos y se resistían más a expresar sus problemas. Las razones por las que no acudían a consulta son: 1. Ellos mismos pueden resolver sus problemas; 2. Ellos mismos se responsabilizan de sus problemas; 3. El terapeuta no percibe su problema como ellos lo perciben. |

LATINOAMERICA

| LUGAR/AÑO | AUTORES | TIPO DE POBLACION | METODO E INSTRUMENTO | RESULTADOS |
|-------------------|------------------------|--|--|--|
| Guatemala 1970 | Tenzel HJ | Una comunidad indígena de 1,800 habitantes de la población general de San Antonio Palopo | Observación participativa en la práctica médica | La comunidad indígena no considera como patológicos a los chamanes. Están convencidos de que la etiología de sus enfermedades se debe a aspectos sobrenaturales. Creen que el "susto" es un factor importante para el desencadenamiento de la enfermedad. |
| Colombia 1971 | León AC y Micklin M | N = 800 adultos de la población general de Cali | Muestra estratificada de acuerdo con la clase social. Encuesta de hogares. El instrumento fue administrado por estudiantes entrenados. Se usó un cuestionario sociodemográfico y un cuestionario con seis preguntas que evalúan actitudes hacia el trastorno mental y su tratamiento | El 50% de los sujetos encuestados opinó que los locos sufren trastornos mentales o cerebrales; 56% identificó a los locos por sus manifestaciones conductuales; el 50% de los entrevistados atribuye a la enfermedad mental causas de índole hereditaria, mala alimentación y lesión cerebral. La mayor parte opinó que el psiquiatra es el especialista adecuado para dar tratamiento. Se reportaron diferencias en la concepción de la enfermedad mental de acuerdo con la clase social y con la edad. |
| Argentina 1976 | Stefani D | 40 artículos revisados | Revisión bibliográfica de los estudios de actitudes. Analiza los diferentes métodos para conocer la actitud hacia la enfermedad mental en diferentes poblaciones | Persisten las actitudes negativas y de rechazo hacia la enfermedad mental. Se observó que ignoran su etiología y sus posibilidades de tratamiento. Mientras más jóvenes eran y mayor escolaridad y jerarquía ocupacional tenían, su actitud hacia el enfermo mental era más favorable. La clase social baja es más tolerante. |
| Argentina 1977 | Stefani D | N = 110 sujetos de Buenos Aires | Se utilizó la técnica de intervalos sucesivos para construir una escala de actitudes de 110 enunciados, que se aplicaron a 110 sujetos previamente entrenados, para que evaluaran los extremos de la escala (favorable-desfavorable). | Se obtuvo una escala de 59 enunciados bien definidos. Se suprimieron aquellos enunciados en los que las variables "ocupación" y "edad" influyen en la evaluación de esos reactivos. |
| Argentina 1984 | Stefani D | N = 253 sujetos de la población general | Encuesta de hogares. Sujetos mayores de 17 años de edad de diferente nivel socioeconómico. Se utilizó un cuestionario sobre variables demográficas y una escala de actitudes hacia la enfermedad mental, construida por el autor. | No se observaron diferencias entre los puntajes obtenidos por los sujetos del sexo masculino y los del femenino. De acuerdo con el nivel socioeconómico se encontraron diferencias significativas; las actitudes son más favorables a medida que aumenta el nivel socioeconómico; a medida que desciende, aumenta el temor y la desconfianza hacia el ex-paciente mental. |

| LUGAR/AÑO | AUTORES | TIPO DE POBLACION | METODO E INSTRUMENTO | RESULTADOS |
|-------------------|----------------------|---|--|---|
| Argentina 1985 | Stefani D | N = 150 sujetos de la población general de Buenos Aires | Encuesta directa anónima. Se aplicó la escala de personalidad autoritaria de Adorno; una escala de dogmatismo de Rokeach y una escala de actitudes de Stefani. | La población encuestada posee un grado medio de autoritarismo y una actitud levemente favorable hacia la enfermedad mental. La escala de dogmatismo predice una actitud autoritaria hacia la enfermedad mental. Propone tener en cuenta la edad y la posición social. Se aplicó la escala de dogmatismo para reducir errores en la predicción de la actitud. |
| México 1985 | Natera G y cols. | N = 131 sujetos de la población general: 103 sujetos de bajos recursos económicos y 28 sujetos de altos recursos, del sur del Distrito Federal. | Muestra representativa de las dos poblaciones estudiadas. Se utilizó la técnica del informante y la dinámica grupal. Se aplicó un cuestionario para obtener los datos sociodemográficos, y siete viñetas: Debilidad mental; esquizofrenia; depresión; paranoia; histeria; obsesión-compulsión y alcoholismo. | Entre las poblaciones estudiadas no se observaron diferencias significativas en la manera como se concibe la enfermedad mental. Se le atribuyen características de tipo psicosocial. En esta actitud influye la manera como se vislumbran los elementos de agresión, de peligro y de impredecibilidad de la conducta del enfermo mental. Se informó acerca de lo que se entiende por enfermedad mental a nivel comunitario. |
| México 1986 | Casco M, Natera G | N = 129 sujetos: 26 profesionistas y 103 de la población general del sur del Distrito Federal. | Técnica del Informante y dinámica grupal. Se utilizó un cuestionario de datos sociodemográficos y siete viñetas: Debilidad mental; esquizofrenia; paranoia; depresión; histeria; obsesión-compulsión y alcoholismo, y un cuestionario relacionado con las viñetas. | Los profesionistas no perciben adecuadamente la información que posee la comunidad en relación con la enfermedad mental. |

BIBLIOGRAFIA

1. ASKENASY A: Attitudes Toward Mental Patients, Mouton—La Haya, París, 1974.
2. CASCO M, NATERA G: Percepción de un grupo de profesionistas hacia la imagen que la comunidad tiene de la enfermedad mental: Comparación entre ambas poblaciones. *Salud Mental*, 9 (2): 68-75, junio 1986.
3. COHEN J, STRUENING E L: Opinions about mental illness in the personnel of two large mental hospitals. *J Abnor Soc Psych*, 64 (5): 349-360, 1962.
4. COIE D J, COSTANZO R P, COX G: Behavioral determinants of mental illness concerns: A comparison of gatekeeper professions. *J Cons Clin Psycho* 43 (5): 626-636, 1975.
5. COIE J D, COSTANZO R P, COX G B: Behavioral determinants of mental illness concerns: A comparison of community subcultures, *Am J Commun Psycho*, 8 (5), 1980.
6. CHEETHAM R W, CHEETHAM R J: Concepts of mental illness amongst the rural XHOSA people in South Africa, *Australia and New Zealand J Psychia*, 10 (39): 40-45, 1976.
7. DAVIDSON R A, THOMSON E: Cross-cultural studies of attitudes and beliefs. *Handbook of Cross-Cultural Psychology*, 5: 25-63, 1981.
8. DOHRENWEND, CHIN-SHONG: Social status and attitudes toward psychological disorder: the problem of tolerance of deviance. *Am Sociological Review*, (3): 32, 1967.
9. ERINOSHO O A: Belief- system and the concept of mental illness among medical students in a developing country: A Nigeria example. *Journal of Antropological Research*, 33, 1977.
10. ERINOSHO O A, AYONRINDE A: A Comparative study of opinion and knowledge about mental illness in different societies. *Psychiatry*, 41: 403-410, noviembre 1978.
11. FISCHER E J: Altruistic attitudes, beliefs about psychiatric patients and volunteering for comparisonship with mental hospital patients. Reprinted from the Proceedings, 79th Annual Convention APA, 1971.
12. FISCHER J D, AMERIGO FARINA: Consequences of beliefs about the nature of mental disorders. *J Abnor Psycho*, 88 (3): 320-327, 1979.
13. FOURNET GLENN P: Cultural correlates with attitudes, perception, knowledge and reported incidences of mental disorders. *Psychology*, 67 (8778): 339-B, 1967.
14. FRACCHIA C, CANALE D, CAMBRIA E, RUEST C, SHEPPARD, MERLIS: The effect of increased information upon community perception of ex-mental patients. *J Psycho*, 91: 271-275, 1975.
15. FRACCHIA C y cols: Community perception of severity of illness levels of former mental patients: A failure to discriminate. *Comprehensive Psychiatry* 17 (6) nov-dic. 1976.
16. FUKUHARA MACHIKO: The attitudes of students

- towards consultation/counseling. Jissen Women's University, Tokio Japón, 1981.
17. GARTHY JACO: Attitudes towards and incidence of mental disorder: A research. *Southwestern Social Science Quarterly J*, 1957.
 18. GAUDIO A C y cols: Attitudes of therapists varying in community mental health ideology and democratic values. *J Consulting Clinical Psychology* 44 (4): 646-655, 1976.
 19. GOVE WALTER: Labelling theory's explanation of mental illness: An update of recent evidence. *Deviant Behavior Interdisciplinary Journal*. 3: 307-327, 1982.
 20. GWEND D G y cols: A survey of community attitudes toward mental illness, *Aust N Z J Psychiatry*, 5 (18): 18-28, 1971.
 21. HARDING M C, O'LOONEY A B: Perceptions and beliefs about nine diseases. *Public Health*, (98): 284-293, 1984.
 22. HELLER L P: Socioeconomic class classification of abnormal behavior and perceptions of mental health: A cross-cultural comparison. *Brit J Med Psych* 53: 343-348, 1980.
 23. HOLTZMAN N: Personality development and mental health of people in the border status. Paper prepared for conference on contemporary dilemmas of the Mexican - Am border. The University of Texas, Austin, 1975.
 24. KARNO M, EDGERTON R: Some folk beliefs about mental illness: A reconsideration. *International J Soc Psych*, 20 (3-4): 292-296, 1974.
 25. KIRK STUART: The impact of labeling on rejection of the mentally ill: an experimental study. *J Health Social Behavior*, 15, junio 1974.
 26. LAWTON M P: Correlates of the opinions about mental illness scale. *J Consul Psycho* 28 (1): 94, 1964.
 27. LEHMANN S y cols: Responses to viewing symptomatic behaviors and labeling of prior mental illness. *J Community Psychology*, 4: 327-334, 1976.
 28. LEHTINEN, VAISANEN: Social-demographic aspects in the attitudes towards mental illness in a Finish p. *Acta Psiq Scand*, 55: 287-298, 1977.
 29. LEON A C, MICKLIN M: Opiniones comunitarias sobre la enfermedad mental y su tratamiento en Cali, Colombia. *Acta Psiquiat Psicol Amer Lat*, 17: 385, 1971.
 30. LEVENSON M P, MORROW R J, PFEFFERBAUM M D: Attitudes toward health and illness. A comparison of adolescent, physician, teacher and school nurse views. *J Adolescent Health Care*, 5: 254-260, 1984.
 31. LEVENSON M P y cols: Health information sources and references as perceived by adolescents, pediatricians, teachers and school nurses. *J Early Adolescence*, 5 (2), 1984.
 32. LEVENSON M P y cols: A comparison of views of school nurses, teachers and middle-school students regarding health information. Interest and concerns. *Public Health Nursing*, 1 (3): 141-151, 1984.
 33. LOMAN L A, LARKIN E W: Rejection of the mentally ill; an experiment in labeling. *Sociological Quarterly*, (17): 556-566, 1976.
 34. LUBCHANSKY I, EGRI G, STOKES J: Puerto Rican spiritualists view of mental illness: the faith healer as a paraprofessional. *Amer J Psychiat*, 127 (3): 312-321, septiembre 1970.
 35. MAZER M, AHERN J: Personality and social class position in migration from an island: the implications for psychiatric illness. *Inter J Soc Psychiat*, 15 (3): 203-208, 1969.
 36. NATERA G y cols: Percepción de la enfermedad mental a través de historietas. *Bol Sanit Panam*. 98 (4): 327-338, abril 1985.
 37. OLADE R A: Attitudes towards mental illness: A comparison of post-basic nursing students with science students. *J Advanced Nursing*, (4): 39-46, 1979.
 38. PHILLIPS D: Rejection of the mentally ill: the influence of behavior and sex. *American Sociological Review*, 26: 679-687, 1964.
 39. RABKIN JUDITH: Public attitudes toward illness: a review of the literature. *Bulletin Schizophrenia*. (10): 9-32, 1974.
 40. RABKIN JUDITH: Opinions about mental illness: A review of the literature. *Psychol Bull* (77): 153-171, 1972.
 41. ROOTMAN I, LAFAVE G: Are popular attitudes toward the mentally ill changing? *Amer J Psychiat*, 126 (2), 1969.
 42. RUGGIERO J A: Research on social class and intolerance in the context of American history and ideology. *J History Behav Scien*, (15): 166-176, 1979.
 43. SCHEFF T J: The labelling theory of mental illness. *Amer Sociol Rev* (39): 444-452, 1974.
 44. SHURKA E: Attitudes of Israeli Arabs toward the mentally ill. *Inter J Soc Psychiat*, 29 (2), 1983.
 45. SPENCER A M C, LARRY A M: Community attitudes about mental health services. *Comm Ment Health*, 10 (2), 1974.
 46. SPIRO H R, SIASSI, CROCCETTI G: Ability of the public illness: an issue of substance and an issue of meaning. *Soc Psychiat*, 8: 32-36, 1973.
 47. STEFANI D: Actitudes hacia la enfermedad mental. *Rev Psicol Gen Aplic*, 31 (139): 211-234, 1976.
 48. STEFANI D: Escala de actitudes hacia la enfermedad mental. *Acta Psiquiátrica Psic de América Latina*, 23: 202, 1977.
 49. STEFANI D: Influencia del nivel socioeconómico sobre las actitudes hacia la enfermedad mental *Salud Mental*, 7 (3): 25-28, otoño 1984.
 50. STEFANI D: Autoritarismo y actitud hacia la enfermedad mental. *Salud Mental*, 8 (2): 27-30, junio, 1985.
 51. TAYLOR S M, DEAR M J, HALL G B: Attitudes toward the mentally ill and reactions to mental health facilities. *Soc Sci Med*, 13 (D): 281-290, 1979.
 52. TENZEL J H: Shamanism and concepts of disease in a Mayan indian community. *Psychiatry*, 33 (3):

- 372-380, 1970.
53. TOWNSEND M J: Cultural conceptions of mental disorders and social roles: A comparison of German and American. *Am Sociological*, 40 (6): 739-752, 1975.
 54. TSUNG-YI L: A study of the incidence of mental disorder in Chinese and other cultures. Department of Neurology and Psychiatry. National Taiwan University Hospital. Taipei; Formosa, China, 1946.
 55. VANNICELLI M: Family attitudes toward mental illness. *Am Orthopsychiatry Association* 50 (1), 1980.
 56. WARE J E: Scales for measuring general health perceptions. *Health Services Research*, 396-414, verano, 1976.
 57. WEITZBERG N E: The effects of the belief on mental illness on perception and performance under non verbal and verbal communication. *Dissertation Abstracts International*, 38 (8-B): 3920, 1978.
 58. WEST N D, WALSON M A: Psychiatry's image today results of an attitudinal survey. *Am J Psychiatry*, 132 (12): 1318-1319, 1975.
 59. WIG N N: Community reaction to mental disorders. *Act Psychiatry S.* 61: 111-126, 1980.