



universidad Autónoma de Bucaramanga
Escuela de Ciencias Sociales, Humanidades y Artes
Facultad de Psicología
Línea de Investigación: Cognición en Procesos
Psicoterapéuticos y Psicosociales

Autor
(donación) Feb/2007 7.06
P452a
q.1
\$30000= 064467

ACTITUDES HACIA EL DETERIORO PSICOLÓGICO Y HACIA LA
BÚSQUEDA DE AYUDA PSICOLÓGICA PROFESIONAL EN UN GRUPO DE
ADULTOS INTERMEDIOS DE LA CIUDAD DE BUCARAMANGA

Presentado por:
Lizbeth Carolina Pernía Carvajal

Bajo la dirección de: Ps. Leonardo Yovany Álvarez Ramírez
Bucaramanga, Noviembre de 2006

Tabla de Contenido

	Pág.
ACTITUDES HACIA EL DETERIORO PSICOLÓGICO Y HACIA LA BÚSQUEDA DE AYUDA PSICOLÓGICA PROFESIONAL EN UN GRUPO DE ADULTOS INTERMEDIOS DE LA CIUDAD DE BUCARAMANGA	
Introducción	1
Antecedentes investigativos	2
Objetivos	15
Objetivo general	15
Objetivos específicos	16
Marco teórico	16
Paradigma de la salud y la enfermedad	17
Concepto de salud	18
La salud mental	19
Evolución del concepto de enfermedad	24
La enfermedad mental	26
Modelos explicativos de la enfermedad mental	26
Modelo médico de la enfermedad mental	26
Modelo biológico tradicional de la enfermedad mental	27
Criticas al modelo	27
Modelo conductual de la enfermedad mental	28
Modelo cognitivo de la enfermedad Mental	29
Modelo vitamínico de la enfermedad mental	30
Antecedentes de la psicología cognoscitiva	33

Desarrollo del paradigma de la psicología cognoscitiva	39
Representaciones sociales de salud y enfermedad	43
Definición de actitud	44
Modelos explicativos de la actitud	48
Estructura de la actitud	57
La interpretación de las actitudes desde el paradigma de la psicología cognoscitiva	60
Las actitudes vistas desde la perspectiva de teoría de las representaciones sociales	61
La actitud como esquema	63
Funciones de las actitudes	63
Formación de actitudes	65
Actitudes basadas en la información cognoscitiva	65
Actitudes basadas en la información afectiva	66
Actitudes basadas en la información conductual	66
Actitud y procesamiento de información	68
Marco social del desarrollo de la psicología cognoscitiva	68
Búsqueda de ayuda profesional psicológica	70
Características generales de los adultos intermedios	72
Adultos maduros	73
Método	75

Actitudes hacia el deterioro psicológico IV

Tipo de investigación	75
Diseño	75
Hipótesis	75
Variables	76
Definición conceptual	76
Definición operacional	76
Sujetos	77
Instrumentos	77
Procedimiento	79
Resultados	80
Discusión	87
Conclusiones	91
Recomendaciones	92
Referencias	94
Apéndices	103
Apéndice A. Escala de actitudes hacia el deterioro psicológico.	104
Apéndice B. Inventario de actitudes hacia la búsqueda de ayuda profesional en caso de problemas psicológicos.	106

Resumen

El propósito del presente estudio es describir las actitudes hacia el deterioro psicológico y hacia la búsqueda de ayuda psicológica profesional. La investigación sigue un diseño correlacional transversal. Se evaluó una muestra de 200 adultos entre 40 y 65 años de edad, con capacidad lecto escritora básica, de género masculino y femenino, que no presentara condiciones previas de discapacidad mental y que no hubiera participado previamente en tratamiento psicológico, procedentes de la ciudad de Bucaramanga. Fueron utilizadas dos escalas: "actitudes hacia el deterioro psicológico" e "inventario de actitudes hacia la búsqueda de ayuda psicológica profesional", para la evaluación de las dos variables. El procedimiento seguido fue de aplicación individual. Los hallazgos indicaron que existe una correlación positiva considerable ($r \sim .770$) entre las dos variables y se encontraron dimensiones factoriales en las dos escalas similares a las arrojadas por estudios precedentes (restricción, separación, benevolencia, conceptualización constructiva). En conclusión las variables actitud hacia el deterioro psicológico y búsqueda de ayuda psicológica profesional muestran una correlación directa considerable sugiriendo que los participantes que presentaron una actitud favorable hacia el deterioro psicológico, igualmente presentaron una actitud favorable hacia la búsqueda de ayuda psicológica profesional, además, la población objeto de estudio opera con similares categorías actitudinales a las de otros grupos poblacionales en distintos lugares del mundo.

Palabras clave: Actitud, deterioro psicológico, búsqueda de ayuda psicológica, correlación.

Abstract

The present study intends to describe people's attitudes towards both psychological impairment and the search for professional psychological assistance. This research follows a transversal correlative design, i.e., the two variables were obtained and then results were analyzed without further comparison. A sample of 200 female and male adults from the city of Bucaramanga, whose ages ranged from 40 to 65 years, was assessed. The subjects participating in the study had basic reading and writing skills; they ought to be free of any preceding conditions of mind disabilities; besides, they ought not to have been on psychological treatment in the past. Two scales for the assessment of the two variables were used, namely, (1) "attitudes towards psychological impairment" and (2) "inventory of attitudes towards the search for professional psychological assistance."

As a conclusion, the "attitude towards psychological impairment" and "search for professional psychological assistance" variables prove to have a considerable direct correlation, and the study subjects operate with similar attitude-related categories to those of study subjects worldwide.

Key Words: Attitude; Psychological impairment; Search for Psychological Assistance; Correlation.

ACTITUDES HACIA EL DETERIORO PSICOLÓGICO Y HACIA LA
BÚSQUEDA DE AYUDA PSICOLÓGICA PROFESIONAL EN UN GRUPO DE
ADULTOS INTERMEDIOS DE LA CIUDAD DE BUCARAMANGA

Las creencias y actitudes de las personas son generadas y determinadas por los patrones culturales, prevalecientes en el grupo social al que pertenecer y se transmiten a sus miembros por medio de diversos agentes de socialización, a través de mitos, estereotipos y dogmas tradicionales ya que sólo algunos miembros de la comunidad se exponen directamente a experiencias personales relevantes que pudieran modificarlas. (Mickil, M. 1978).

En las personas comunes predominan las creencias negativas (desinformación respecto de causas, síntomas y tratamiento para los deterioros psicológicos) y actitudes (sentimientos de temor, ansiedad y rechazo) que quizás actúan como una barrera hacia el cuidado de la salud mental, materializadas en la poca búsqueda de ayuda psicológica profesional y en la ausencia de participación en programas de promoción y prevención de la salud mental (Rey, J., Hormiga, C. 2005). Dichas actitudes restan eficacia a las acciones o programas y servicios de atención que puedan formularse en las comunidades, individuos y grupos con este propósito, Por esta razón resulta importante la exploración de las relaciones existentes entre las actitudes hacia el deterioro psicológico, las actitudes hacia la búsqueda de ayuda psicológica profesional y la exploración de esta relación se hace aún más necesaria en nuestro medio, ya que según las estadísticas publicadas por el Observatorio de Salud Pública de Santander, el número de personas con deterioros psicológicos cada vez es mayor; por ejemplo en noviembre de 2005 se registraron 10.545 personas con algún deterioro

psicológico en los últimos 12 meses y sólo el 29.8% buscó ayuda profesional, el 70.2%, no buscaron ayuda o abandonaron el tratamiento después de iniciado. Además, existe un bajo índice de participación en los programas comunitarios de promoción y prevención de la salud mental que ofrece la secretaria de salud departamental; por ejemplo, se han realizado programas como "Reducción de riesgos, prevención y control de enfermedades mentales", "Salud mental y estilos de vida saludables", "Salud mental, familia y población" donde el aprovechamiento de estos durante el año 2005 fue sólo del 39% (Rey, J. , Hormiga, C. 2005).

Por tanto, se plantea como pregunta de investigación para este trabajo: ¿Cuáles son las actitudes hacia el deterioro psicológico, la búsqueda de ayuda psicológica profesional y la relación existente entre ellas, de un grupo de adultos intermedios de la ciudad de Bucaramanga?

Antecedentes

El concepto de actitud ha mantenido a lo largo del tiempo un lugar relevante en el campo de la psicología social. Este concepto se ha abordado teóricamente desde diversos paradigmas y constituye un instrumento útil para la investigación debido a su estructura y componentes (cognitivo, afectivo y de intención conductual) que lo convierte en un objeto de investigación que es fácilmente evaluable.

Mediante el conocimiento de las actitudes se puede indagar en los estereotipos, prejuicios y comportamientos de la población hacia diversos objetos sociales y así se puede explicar como se mantienen creencias sobre cuestiones que en muchas ocasiones dificultan el avance cultural y

científico y con ello el crecimiento personal, familiar y grupal. (Sánchez, E. 2001).

Los primeros estudios sobre las actitudes hacia el deterioro psicológico fueron publicados en los años cincuenta cuando se desarrollaron algunas investigaciones aisladas al respecto en Estados Unidos de Norteamérica, (Cumming, E. 1957), (Garty, E. 1957), (Middleton, J. 1953), (Nunnally, J. 1957), (Ramsey, G. 1948). A partir de entonces el número de investigadores interesados en el tema se ha incrementado notablemente (Mcguire, W. 1998) .

En el campo de la salud en general y de la salud mental, en particular, las actitudes de la población en general hacia el deterioro psicológico son prejuiciosas y contradictorias, como señala la literatura al respecto, y su conocimiento resulta de enorme relevancia pues constituye en el caso de las actitudes hacia el deterioro psicológico uno de los determinantes que definen parámetros, como el curso y la evolución del propio proceso de enfermar; a su vez, unas y otras determinan en la persona la integración que ésta realiza de la información que recibe sobre aspectos relacionados con la salud y la enfermedad (Guillén, F. 2001).

A nivel mundial existen estudios con diferentes grupos poblacionales, estudiantes universitarios (Bethany, A. 2004), (Borshuk, C., 2001), (Cuomo, D. 1998), (Dominicus, W. 2005), (Evangelu, H. 2005), (García, S., 1998) (Meda, R. 2004), (Steven, w., 2005), (Yllá, L. , 2000) , población en general (Desviat, M., 1993), (García, S. / 2002) , (Lara M. , 1996), (Jordán, M., 2002), (Mora, J, 2003), (Vezzoli, R. , 2002), y curanderos urbanos (Berenzon, S., 1999), los cuales basaron la recolección de datos en diferentes instrumentos que miden las actitudes hacia la enfermedad

mental siendo el más utilizado Opinions about Mental Illness Scale - OMI. (Cohén, J. , Struening, E., 1962), y de los cuales se hace mención a continuación, con el propósito de revisar estudios afines con esta investigación en términos de sus objetivos, metodología y hallazgos.

En Europa se ha venido estudiando el tema de las actitudes hacia la enfermedad mental, en el año 1993 Desviat, M; Delgado, M; González, C; y Hernández, M. realizaron un estudio transversal para medir la tasa de prevalencia de trastornos mentales en participantes entre 18 y 65 años, los instrumentos utilizados fueron los registros de casos psiquiátricos, el General Health Questionnaire (GHQ) y encuestas para recoger datos sociodemográficos; encontrándose que el concepto de trastorno mental se relaciona con dificultades en el mantenimiento del vínculo social, además, se describe una relación directa entre las opiniones de las personas acerca del trastorno mental y la demanda de atención en estos casos, un vacío de esta investigación es el rango de edad de la muestra, muy amplio, lo que dificulta una generalización de los resultados.

Iniciando el nuevo siglo (2000) en España, Yllá, L. y González, A. , en un estudio experimental que buscaba determinar los efectos de la terapia de grupo en el cambio de actitudes hacia la enfermedad mental en estudiantes de medicina de la Universidad de País Vasco, aplicaron el cuestionario OMI - R, para evaluar la actitud hacia la enfermedad mental, aplicando el instrumento antes y después de la experiencia de formación grupal. Encontraron diferencias significativas en las actitudes de los estudiantes antes de recibir la instrucción y después de ella, lo que significa que a mayor información sobre el

tema, las actitudes hacia la enfermedad mental son más positivas, sin embargo, el número reducido de casos implicados en este estudio sugiere no considerar los resultados obtenidos como concluyentes, aspecto que se tienen en cuenta en este estudio con el tamaño de la muestra.

A su vez en un estudio realizado en el 2001 por Sánchez, F., Guillén, C., Pineda, N., Moreno, I., Medina, F.J., Barón y M.T., Labajos., analizaron las actitudes hacia la enfermedad mental y somática en un grupo de estudiantes universitarios en Málaga España y los cambios producidos al finalizar el curso teórico-práctico denominado "Psicosomática", utilizando como instrumento el Cuestionario de actitudes hacia la enfermedad mental y somática al comienzo y al final del curso académico; los resultados mostraron que al finalizar el curso los estudiantes tuvieron una mayor sensibilidad hacia la enfermedad mental, presentando actitudes favorables hacia la vigilancia, disciplina, reinserción del enfermo mental y en contra del internamiento, en esta investigación al igual que la realizada por Desviat, M; Delgado, M; González, C; y Hernández, M. 1993, el tamaño de la muestra es reducido lo que impide tomar como válidos los resultados obtenidos.

Por otra parte, Vezzoli, R; Archiati, C; Buizza, P; Pasqualetti, G y Rossi, R. (2002), realizaron un estudio piloto exploratorio en la ciudad del norte de Italia donde buscaban conocer las actitudes hacia los pacientes psiquiátricos en participantes del público en general, administraron una entrevista semiestructurada y encontraron en esta investigación a diferencias de la realizada por Borshuk, C. 2001, diferencias significativas en la variable contacto previo con los pacientes

psiquiátricos, las personas que han tenido algún contacto con los enfermos mentales poseen actitudes más positivas, la variable nivel educativo también mostró diferencias y en las demás variables no se evidenciaron cambios.

Otro de los estudios descriptivos, que se realizaron en Europa fue el publicado por Evagelou, H., Adali, E., Koukia, F., Katostaras, M. y Toulia, G. (2005), acerca de la influencia de la educación por medio de una curso de psiquiatría en estudiantes de enfermería de Atenas sobre la formación de la actitud hacia la enfermedad psiquiátrica, el instrumento usado fue la escala de actitudes sobre la enfermedad mental OMI y los resultados encontrados revelan diferencias significativas en el factor A y factor D de la escala de medición, los demás resultados fueron positivos. Cuatro de los cinco estudios referenciados (Yllá, L., 2000. Sánchez, E. , 2001. Vezzoli, R. 2002 y Evalou, H. 2005), relacionan la variable actitudes hacia el deterioro psicológico y el conocimiento sobre ellas, sin embargo, no se encontró en Europa estudios que relacionen las dos variables de la presente investigación.

En Norteamérica se han realizado estudios importantes sobre las actitudes hacia le enfermedad mental y los enfermos mentales, durante el año 1998 fue realizado por Cuorno. D. , y Ronacher, A., un estudio descriptivo transversal que examina las diferencias de actitudes hacia las enfermedades mentales en estudiantes de terapia ocupacional, psicología y contaduría. Utilizándose la escala de opiniones acerca de las actitudes hacia la enfermedad mental OMI y el test Tukey's HSD, usado para determinar si existían diferencias entre los tres grupos de estudiantes, en los resultados la única diferencia

significativa encontrada entre los estudiantes fue en el factor 1\ (autoritarismo) y el factor D (restricciones sociales) de la escala.

Además, Borshuk, C. (2001), realizó un estudio experimental donde se planteó la hipótesis que los participantes que posean mayor información acerca de las enfermedades mentales tendrán menos actitudes negativas que aquellos que no posean información; fue realizado con estudiantes de psicología y el instrumento que utilizaron fue la escala OMICC. Se encontró que las personas que poseen información sobre las enfermedades mentales tienen una actitud menos negativa hacia los enfermos mentales y la variable contacto cercano no mostró diferencias significativas.

También, Wallach, H. (2004), en New York en un estudio experimental buscando medir los cambios de actitudes hacia las enfermedades mentales en un grupo de estudiantes de psicología, utilizó la escala OMI y encontró cambios significativos en las actitudes de los estudiantes hacia los enfermos mentales después de recibir información acerca de las enfermedades mentales.

A finales del año 2005, Galka, S., Perkins, P. , Butler, M, , Griffith, Ed., Shumetzer, A., Avirrappattu, G. , Esterlina, J., en un estudio que examina las actitudes de estudiantes de medicina de tercer año de la universidad de Indiana, acerca de la enfermedad mental antes y después de seis semanas de rotación por psiquiatría, recogieron la información por medio de una encuesta; no se encontraron diferencias significativas en el test y postest después de la rotación, en las actitudes de los estudiantes acerca de las causas de cambio de los enfermos mentales con el tratamiento en familia, pero si identificaron causas

biológicas y sociales para los desordenes mentales como las más importantes para el tratamiento eficaz en estas personas.

En este mismo año (2005), Brakel, W. realizó en Estados Unidos un estudio literario sobre la medida del estigma relacionado con la salud, las referencias fueron coleccionadas a través de una búsqueda de Direct de Pubmed, donde hallaron que los instrumentos más utilizados para medir estigmas relacionados con la salud fueron cuestionarios, métodos cualitativos e indicadores y encontraron que en general el estigma tiene un impacto grave sobre las personas y sus familias, y consideran al estigma con uno de los factores determinantes.

Por otro lado, recientemente Bethany, A., Techman, G. , Komarovskaya, I., (2006) en un estudio con el fin de evaluar la presencia de actitudes implícitas, explícitas y estereotipos acerca de personas con enfermedad mental, participaron estudiantes de la universidad de Virginia, utilizaron la medida de prejuicio implícito, una versión computarizada del test de Asociación implícita, (IAT, Greenwald, McGheed, & Schwarthz, 1998) usado para valorar asociaciones automáticas a la enfermedad mental, en comparación con la enfermedad física y encontraron que las asociaciones son automáticas y no siempre fuera de la conciencia, lo que indicó que las actitudes hacia los enfermos mentales se encontraban presentes en todos los estudiantes. Los estudios publicados en Norteamérica, fueron realizados con población estudiante, por lo que es importante investigar como en este estudio las actitudes hacia la enfermedad mental en población en general.

En centro América y sobre todo en México, se han venido desarrollando investigaciones alrededor de la enfermedad

mental y las actitudes hacia ella, Meda, R; Moreno, B; Morales, M; Yanéz, P; Lara, B; Nava, G. (1998) desarrollaron un estudio descriptivo transversal, con el objetivo de identificar las creencias de salud y enfermedad en estudiantes universitarios a los que se les aplicó el cuestionario (Mera - Lara, R.M en prensa), los resultados indicaron que los estudiantes poseen creencias protectoras de salud, sin embargo, encontraron diferencias significativas por género, siendo las mujeres las que tuvieron puntuaciones más altas en todos los factores del cuestionario, por universidad se encontraron diferencias significativas en las creencias de conductas preventivas, de consumo de tabaco, alcohol y drogas y en el factor relacionado con las creencias de autocuidado.

Así mismo, García-Silberman, S. (2002) intento explicar en un estudio experimental, las actitudes en relación con la enfermedad mental, a partir del conocimiento de las principales variables relacionadas con dicho constructo. En una muestra de participantes de la población en general, mediante una encuesta estratificada por nivel socioeconómico, edad, género en relación con las creencias, actitudes e intenciones conductuales respecto de los trastornos mentales. Los resultados confirman la capacidad predictiva del modelo propuesto en cuanto a la cadena causal que conecta creencias, actitudes e intenciones conductuales y los resultados constituyen una base para comprender las actitudes de temor y vergüenza.

También Berenzon, S; Hernández, j. y Saavedra, N., realizaron una investigación en 1999 con el propósito de describir las percepciones y creencias que tienen sobre la salud y la enfermedad mental un grupo de curanderos del área urbana de la ciudad de México. Para la recolección de

información utilizaron una metodología cualitativa basada en la historia oral, realizaron entrevistas semiestructuradas grabadas, con el fin de profundizar en las percepciones de la salud y enfermedad a partir de las narraciones otorgadas por los curanderos. Encontraron que los entrevistados no separan lo que en el medio médico se conoce como salud mental del resto de la salud.

García - Silberman (1998), realizó un estudio descriptivo buscando una aproximación a la representación social de la salud y la enfermedad en un grupo de estudiantes mexicanos; utilizando entrevistas semiestructuradas, cuestionarios, escalas de distancia social y el test de la figuras, evidenciándose que la representación social de la salud y enfermedad empieza a estructurarse desde edades tempranas, en las que la salud mental se asocia con la salud en general, con relación a las variables sociodemográficas, se encontraron diferencias significativas en el nivel educativo entre los grupos con mayor cantidad de información conforme avanzaban en el escalafón escolar.

Por otra parte Mora, J; Flórez, J; González, A; y Marroquín, M; (2003), realizaron un estudio exploratorio sobre las representaciones sociales de la salud mental en población adulta de una comunidad urbana marginal de México (*Mora-Ríos J: Tesis doctoral. Facultad de Psicología, UNAM), intentaron conocer cómo se construyen los significados acerca de la salud mental, identificando la estructura del discurso de los entrevistados alrededor de este tema. Encontraron que el discurso sobre los estados emocionales de estas personas parece estar en estrecha relación con la dinámica intrafamiliar individual y de

acuerdo a esto se construyen los significados acerca de la salud mental.

También en el año 2003, Sánchez, F; Marqués, P. , realizaron un estudio no experimental, transversal de tipo correlacional, con análisis retrospectivo donde buscaban determinar la influencia que la familia puede tener en el curso de la enfermedad de una persona que padece esquizofrenia, tomaron una muestra de familiares de pacientes (con diagnóstico de esquizofrenia) en un hospital psiquiátrico de la ciudad de Hermosillo en México y utilizaron como instrumento la versión abreviada de la "Encuesta acerca de la enfermedad mental" (García, 1996), encontrando que las creencias con respecto al enfermo mental funcionan como factores disposicionales para adquirir cierto tipo de competencias en el manejo del paciente. Sin embargo, son las creencias negativas las que facilitan en el familiar la búsqueda y adquisición de competencias y habilidades para el manejo del paciente.

En 2004 Bravo, V. , y Roa, M. realizaron un estudio descriptivo sobre las actitudes discriminativas de padres hacia hijos esquizofrénicos y sus efectos en la vida familiar y así conocer que efectos producen en la vida familiar estas actitudes, realizaron una revisión bibliográfica sobre los temas relacionados y encontraron que las actitudes discriminativas de padres esquizofrénicos, provocan alteraciones en la dinámica familiar y problemas de convivencia entre sus integrantes. Los estudios publicados en centro América, se han desarrollado con diferentes grupos poblacionales como estudiantes universitarios, curanderos y población en general y han determinado que existe una relación directa entre la información conocida por la población de las

enfermedades mentales y la actitud de estas hacia los enfermos mentales.

En Latinoamérica y el Caribe, a finales del año 2004, Piza, E., y Blay, S. realizaron una búsqueda bibliográfica sobre la percepción de los desordenes mentales en la comunidad, donde el objetivo fue repasar la literatura de la percepción popular de los desordenes mentales, los métodos electrónicos utilizados para recolectar la información fueron Medline y Lilacs; los resultados de la búsqueda produjeron 871 artículos de los cuales 10 llenaron los criterios de inclusión, actitudes en relación al enfermo mental, positivas especialmente, de personas con un nivel socioeconómico y de educación altos. En general estos artículos arrojaron información referente a las actitudes hacia la enfermedad mental como una tendencia compartida por Latinoamérica y el Caribe hacia el modelo medico, las actitudes positivas como predominantes, considerando al enfermo mental como capaz de resolver, hacer tareas y estar a favor de los tratamientos para estas personas; además, también mostraron que las personas con un nivel socioeconómico y educativo alto presentan actitudes más positivas hacia los enfermos mentales y en relación a las demás variables, no encontraron diferencias significativas.

A pesar que en Colombia no se encontraron muchas investigaciones dedicadas al estudio de las actitudes o creencias acerca de la perturbación psicológica Arrivillaga, M., Salzar, I., y Correa, D., realizaron en Cali una investigación descriptiva transversal para describir las creencias sobre la salud de jóvenes universitarios y su relación con las prácticas o conductas de riesgo o de protección, donde recogieron la información

con cuestionarios y encuestas y encontraron alta la presencia de creencias favorables hacia la salud y además, el factor cognitivo no siempre actúa como mediador determinante en la ejecución de conductas prosalud.

También a nivel local, en Bucaramanga, Becerra, L. y Murcia, N. (2005), realizaron un estudio no experimental, descriptivo correlacional - transversal, que se relaciona con el presente estudio donde el objetivo general fue describir las actitudes acerca del trastorno mental presente en los profesionales de hospitales psiquiátricos, centros hospitalarios y de educación especial de la ciudad de Bucaramanga, la muestra utilizada fue de 100 profesionales a los que aplicaron las escala de actitudes hacia la enfermedad mental (Stefani, 1977). Encontraron que los profesionales poseen actitudes favorables hacia el trastorno mental siendo mayor en el género masculino; con respecto a las variables sociodemográficas las diferencias se evidenciaron en el nivel educativo y la edad a medida que aumentan estas dos variables fueron más favorables las actitudes hacia el trastorno mental.

En relación con la variable búsqueda de ayuda psicológica profesional también se han realizado investigaciones, en Estados Unidos, Romero, S. en el 2005, (Washington) realizó un estudio donde examino una muestra de estudiantes afro-americanos entre los 18 y 22 años, en una escuela históricamente negra, inscritos en un programa de pregrado de psicología utilizando la escala de actitud hacia la búsqueda de ayuda psicológica profesional (ATSPPHS); exploro la relación entre los años de los estudiantes en la escuela y el numero de créditos en la predicción de actitud de búsqueda de ayuda profesional. Los

resultados indicaron que el número de créditos inscritos demostraban mayor confianza en la profesión de salud mental que la que ellos habían reportado, es decir, a mayor número de créditos que los estudiantes han acumulado a lo largo de sus estudios, mayor es la confianza en la profesión de la salud mental.

En México también estudiaron la variable búsqueda de ayuda psicológica profesional, Romero, M., Gómez, C., Ramiro, M. , y Díaz, A. (1997), realizaron una investigación etnográfica sobre la necesidades de atención a la salud mental de la mujer adicta en la ciudad de México, utilizaron como técnica cualitativa las historias de vida, que permitió identificar que existen obstáculos para la atención de la salud mental de estas mujeres, por su condición y situación dentro de la sociedad, esta en una posición de mayor opresión, desigualdad y menor posibilidad de acceso a los servicios.

Igualmente en Norteamérica y México, existen estudios que relacionan las dos variables de interés para la presente investigación; Jordán, M., (2002) realiza un estudio descriptivo, no experimental, con el propósito de describir la relación existente entre las creencias acerca de la depresión y la actitud de búsqueda de ayuda profesional para este problema. Para la recolección de información utilizaron un instrumento el "formulario de datos demográficos" y la "escala de actitudes para solicitar ayuda profesional psicológica" (ATSPPHS) ; para esta investigación seleccionaron dos centro de salud y tomaron una muestra de 900 personas que consultaban por depresión. Los resultados indicaron que la depresión es considerada como una condición estigmatizante en menor grado que la esquizofrenia y el abuso de sustancias y que

existe una relación directa entre las dos variables, de acuerdo a las creencias de las personas sobre la depresión, deciden buscar o no ayuda profesional.

En México, en una investigación descriptiva "Utilización de servicios para problemas de salud mental en población femenina: tres estudios", Lara, M; Medina, M, Salgado, N, Acevedo, M, Díaz, M y villatoro, J., (1996), pretendían determinar en que casos estas personas buscaban ayuda profesional, las muestras fueron dos grupos de la zona urbana y uno rural, encuestaron a los participantes con la escala propositiva diseñada para este estudio, identificando que la ayuda más frecuente solicitada son la de familiares y amigos, debido a las creencias respecto a las enfermedades mentales.

Los dos últimos estudios relacionan las dos variables de interés de este estudio, los cuales fueron realizados con población específica, personas que sufrían de depresión (Jordán, M. 2005) y población femenina entre 18 y 65 años (Lara, M. 1996), por lo que resulta importante el estudio de estas variables (actitudes hacia el deterioro psicológico y actitudes hacia la búsqueda de ayuda psicológica profesional) en adultos intermedios entre 40 y 65 años de la población en general y en una país como Colombia en que la población de enfermos mentales esta en aumento (Cáceres, H. 2005)*.

Objetivo General

Describir las actitudes hacia el deterioro psicológico y hacia la búsqueda de ayuda psicológica profesional y la relación entre ellas, en un grupo de adultos intermedios de la ciudad de Bucaramanga, mediante escalas que permitan

identificar características distintivas en estos comportamientos en los participantes de estudio.

Objetivos Específicos

Describir las dimensiones factoriales subyacentes a las actitudes exploradas hacia el deterioro psicológico y hacia la búsqueda de ayuda psicológica profesional en un grupo de adultos intermedios de la ciudad de Bucaramanga.

Identificar las relaciones existentes entre las actitudes hacia el deterioro psicológico y hacia la búsqueda de ayuda psicológica profesional.

MARCO TEÓRICO

Para entender la relación existente entre las variables actitudes hacia el deterioro psicológico y actitudes hacia la búsqueda de ayuda psicológica profesional, es necesario realizar un recorrido por las diferentes teorías que exponen la evolución de los conceptos salud y enfermedad mental, los paradigmas cognitivos de la actitud que explican como las personas evalúan este fenómeno en el marco de sus vidas; por los conceptos asociados con las creencias y motivaciones que los individuos experimentan hacia la búsqueda de atención psicológica profesional, además, las características específicas del grupo poblacional objeto de estudio, temas expuestos como marco *Observatorio de Salud Pública de Santander, Noviembre 2005.

Paradigma de la salud y la enfermedad

Aunque salud y enfermedad son nociones fundamentales en medicina, ni la biología ni la propia literatura médica ha profundizado tanto en estos conceptos como la filosofía de la ciencia. Según Lester Ring (1954), el objetivo de estudio de la biología es la interacción entre los organismos vivos y su medio ambiente, por lo que no trata de diferenciar entre salud y enfermedad. Para Clifford Allbutt (1896) la enfermedad sería el "estado de un organismo vivo que no posee elementos esenciales diferentes de la salud, sino que dichos elementos se presentan en un orden distinto y menos beneficioso". Es decir, una combinación de elementos sería más ventajosa que otra; la primera es llamada salud y la segunda enfermedad. Para Allbut, además, el término "beneficioso" es un juicio de valor y, por tanto, sobrepasaría el objeto de la ciencia. En consecuencia, salud y enfermedad son juicios basados en

algo más que el estudio de las interacciones biológicas, y al hacer referencia a ellos se utilizan valores implícitos: la salud es algo "bueno" y deseable, mientras que la enfermedad, sea lo que fuere, implica algo "malo", "perjudicial", que comprendería desde el malestar hasta el dolor, la incapacidad y la muerte. En cualquier caso, salud y enfermedad son abstracciones situadas en un continuo y, por tanto, no representan estados bien definidos. Cuando acaba la salud comienza la enfermedad, pero estas no se polarizan en un extremo sino que se emplazan en un continuo y la línea que las separa, al estar sujeta a numerosos factores, es arbitraria.

Concepto de salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS) propone un definición positiva de la salud al caracterizarla como el estado de bienestar físico, mental y social completo, y no sólo como la falta de padecimiento o debilidad" (WHO, 1978). Esta definición plantea una serie de problemas, por un lado traslada la ambigüedad del concepto de salud al concepto de bienestar; por otro, este último sugiere la noción de estilo de vida satisfactorio, incluyendo la adaptación ambiental. Sin embargo, autores como Lewis (1953) planteó unos criterios subjetivos y objetivos de salud. Los primeros se refieren al estado de bienestar del sujeto, y los segundos a la presencia de signos manifiestos u ocultos de una alteración funcional o estructural. Para este autor es posible reconocer la presencia de la enfermedad pero no la de la salud, ya que no es posible establecer criterios positivos de salud. La persona sana sería aquella libre de cualquier evidencia de enfermedad. Al tiempo que los criterios objetivos se basan en el

conocimiento de cada órgano o sistema, existe una actividad coordinada de los diversos componentes del organismo que mantiene el equilibrio interno.

La salud mental

El concepto de salud mental es de difícil definición por varias razones. La primera es que se trata de un concepto cuyo contenido es, en gran medida, valorativo; las distintas evaluaciones de los síntomas y procesos tanto afectivos como cognitivos y comportamentales que se utilizan para designar a una persona o grupo social como sano o enfermo varían según las representaciones sociales y paradigmas científicos dominantes en cada cultura y periodo histórico (González, P. 1993); (Rosen, G. 1974). El que una persona sea considerada como enferma, no sólo depende de alteraciones de su personalidad sino de las actitudes de la sociedad con relación a ese tipo de alteraciones. Este hecho nos demuestra la importancia de los valores sociales en la definición de la salud o la enfermedad mental. Así, en todas las sociedades se realiza una distinción entre la persona que evidencia una alteración de su conducta de carácter crónico y la que muestra dichas alteraciones en situaciones socialmente aceptadas y normativamente sancionadas como pueden ser los ritos o los actos religiosos. Un mismo comportamiento puede ser evaluado de distinta forma según el contexto social en que se realiza. Sociólogos como Goffman (1976) llegan a definir la enfermedad mental no como un conjunto de síntomas claramente delimitables sino como una "incorrección situacional". Estas "incorrecciones situacionales" reflejarían una ruptura en las reglas sociales que definen la interacción comunicativa.

En segundo lugar, los procesos psicológicos asociados con la salud, o la enfermedad mental pueden ser descritos de formas diversas según los diferentes modelos psicológicos y médicos. La aproximación médica dominante en la antigüedad clásica daba una explicación de los desordenes mentales a partir de los trastornos producidos en el cerebro por desequilibrios humorales. Este tipo de explicaciones persistió hasta finales del siglo XVI. Durante el siglo siguiente se desarrollan interpretaciones naturalistas de la enfermedad mental como la iatrofísica y la iatroquímica. En los siglos XVII y XVIII los trastornos mentales o emocionales son considerados como un alejamiento voluntario de la razón que debía ser corregido mediante el internamiento y severas medidas disciplinarias. Durante ambos siglos los enfermos mentales son encerrados y apartados de la vida comunitaria. La finalidad de su aislamiento no era su tratamiento sino proteger a la sociedad de aquellos que infringían las normas sociales (Foucault, 1976); una situación que en algunos casos persistirá hasta bien avanzado el siglo XX (Zaglul, 1990). En el siglo XIX predominan las explicaciones somáticas de la enfermedad mental; objeto de estudio médico, los desordenes psicológicos eran considerados como una disfunción cerebral que debía ser objeto de tratamiento moral según los principios establecidos por el psiquiatra francés Philippe Pinel (1745-1826) . El siglo XX se caracteriza por la introducción y el desarrollo del psicoanálisis, la expansión de la clasificación nosológica de las enfermedades mentales iniciada por Emil Kraepelin (1856-1926), el desarrollo de la neurología, la fisiología y la bioquímica, bases del desarrollo de la psiquiatría organocista, el auge de la psicofarmacología y, finalmente,

el inicio de concepciones psicosociológicas de la salud y la enfermedad mental.

En cuanto a las representaciones populares de la enfermedad mental podemos distinguir cuatro grandes fases: La primera consideraría la enfermedad mental como posesión diabólica o inspiración divina; la segunda interpretaría la enfermedad como desviación social, la tercera consideraría la enfermedad mental como enfermedad física y, finalmente, tendríamos una concepción basada en diferentes modelos psicológicos y sociogenéticos (Silvana de Rosa, 1987).

La diversidad de modelos explicativos -psiquiatría organicista, modelos psicosomáticos, psicodinámicos, psicoanalíticos, conductistas, cognitivos, sociogénéticos, comunitarios, etc. y la persistencia de diferentes representaciones sociales de la enfermedad mental (Cabruja, T. 1988) hacen inviable un modelo integrativo o un criterio de definición único de salud o enfermedad mental (Warr, P. 1987).

En tercer lugar, existen criterios diferentes para la definición de salud o enfermedad mental. Los trastornos mentales pueden ser socialmente reconocidos a través del diagnóstico o a través de un enfoque epidemiológico en el que el objetivo es dar cuenta del tipo y severidad de los síntomas antes que la clasificación de las personas como mentalmente sanas o mentalmente enfermas. Los criterios para el diagnóstico de las enfermedades mentales, si bien varían, tienen, en la actualidad, un punto de referencia básico en los criterios de diagnóstico del DSM-IV, "Manual estadístico y de diagnóstico de los trastornos mentales". Los criterios principales para el diagnóstico son la existencia de sintomatología, el comportamiento social desajustado y la duración prolongada de los síntomas. Las

categorías de diagnóstico son, además, mutuamente excluyentes. Este tipo de detección de trastornos mentales ha sido objeto de críticas. De entre las mismas cabe destacar dos. La primera hace referencia a que la división en categorías de los trastornos mentales no refleja adecuadamente la realidad. Diversos estudios en los que se analiza la agrupación de síntomas según la técnica del escalamiento multidimensional muestran un elevado grado de solapamiento entre los síntomas que caracterizan diferentes trastornos mentales. La segunda crítica realizada enfatiza el hecho de que los criterios de diagnóstico comúnmente utilizados excluyen a un importante número de personas con problemas psicológicos. En resumen, los diferentes criterios utilizados para diagnosticar a aquellas personas que tienen problemas de salud mental establecen, en ocasiones, una realidad superpuesta a los problemas reales, cognitivos y/o emocionales, de las personas (Mirowsky, J., Ross, C. 1989).

Finalmente, existe también una notable confusión entre los términos salud y enfermedad mental. Ambos conceptos no son condiciones que permitan definir a la una como la ausencia de la otra. Una persona puede tener problemas de salud mental y no estar mentalmente enferma (Jahoda, 1980). Mientras que los criterios convencionales para definir la enfermedad mental siguen los criterios de diagnóstico anteriormente reseñados, los estudios sobre salud mental consideran a ésta como un continuo en el que se reflejan diferentes grados o niveles de bienestar o deterioro psicológico. Desde esta perspectiva diferentes autores como Jahoda (1980) o Warr (1987) han tratado de identificar los componentes principales de la salud mental: bienestar emocional, competencia, autonomía, aspiración, autoestima,

funcionamiento integrado, adecuada percepción de la realidad, etc. Las investigaciones llevadas a cabo principalmente en el área de la salud mental, aunque también en el campo de estudio de los trastornos de carácter psicótico, se han centrado, primordialmente, en el estudio de los factores psicosociales que determinan diferencias en salud mental entre distintos grupos sociales de la población. El punto de partida de estas investigaciones es el de considerar la enfermedad mental o el deterioro psicológico no necesariamente como una reacción patológica sino como una respuesta adaptativa ante las presiones del medio cuando otras estrategias de afrontamiento no se encuentran disponibles (Cochrane, 1983). Investigaciones como las de Alvaro (1992), Alvaro, Torregrosa y Garrido Luque (1992), Bastide (1988), Cochrane (1983), Mirowsky y Ross (1989), Páez (1986), Tusquets y Grau (1988), entre otros, ponen de relieve los efectos negativos para la salud mental del desempleo o de los procesos migratorios, así como las diferencias encontradas entre ambos sexos o entre clases sociales diferenciadas por su estatus socioeconómico. Estos estudios aunque no excluyen la terapia individual, al analizar las causas sociales del deterioro psicológico, enfatizan aquellos aspectos de intervención relacionados con el cambio social.

En conclusión, se puede afirmar que los conceptos de salud y de enfermedad mental son tanto la expresión de problemas de tipo emocional, cognitivo y comportamental como realidades simbólicas, construidas cultural e históricamente en la propia interacción social. Las concepciones de la salud y de la enfermedad varían según los enfoques teóricos y criterios de diagnóstico utilizados, las concepciones filosóficas, morales y

psicológicas vigentes y los modelos médicos predominantes. Además, arábos conceptos tienen una carga valorativa que explicéi por qué las definiciones de lo que es normal y lo que es patológico varían de una sociedad a otra y de un grupo social a otro.

Evolución del concepto de enfermedad

El concepto de enfermedad es concepto heterogéneo en el que se entremezclan diversos aspectos sociales (políticos, educativos y morales) y rodeado de una serie de inconvenientes como sus aspectos fisiológicos y ontológicos, los niveles de abstracción y la naturaleza de los diferentes modelos de enfermedad, de este modo, la distinción entre salud y enfermedad se basa en diferentes criterios: la realidad ontológica, el esencialismo, que provoca una confusión entre el concepto de enfermedad y la causa. Virchow identifica los hallazgos patológicos como la *ens morbi*, es decir, la enfermedad consiste en cambios patológicos específicos en células determinadas. Otra dimensión de la tesis ontológica se refiere a la naturaleza del cuadro clínico de la enfermedad, los síndromes clínicos se consideran tipos de enfermedad permanentes, es decir, poseen una esencia natural tras su particular forma de presentación. Los casos típicos o clásicos de una enfermedad serían imitaciones perfectas de este tipo de enfermedad natural, mientras que los casos atípicos representarían copias imperfectas de la enfermedad. En esta concepción ontológica las enfermedades tienen existencia natural independiente de su apariencia concreta en una determinada, y variable, presentación clínica.

El concepto fisiológico o funcional de la enfermedad, el nominalismo esta en oposición al enfoque ontológico y

surgió al considerar un error lógico confundir los conceptos abstractos con los objetivos. Negar la existencia de las enfermedades como entidades naturales no significa que no cumplan unas leyes generales, fisiológicas o fisiopatológicas. Para el nominalismo no existen géneros ni especies de enfermedades sino que estas son sólo nombres que se adjudican a grupos de individuos que comparten una serie de fenómenos clínicos considerados relevantes. No existen, por tanto, entidades abstractas sino entidades concretas que representan los participantes. Esta idea se expreso en el célebre dictum, atribuido a Rousseau, que "no hay enfermedad sino enfermos".

En cuanto al carácter subjetivo de la enfermedad, la sensación subjetiva de bienestar se relaciona a menudo con la salud, aunque en realidad, esta relación no es tan estrecha, la sensación de bienestar no excluye la presencia de enfermedad, mientras que la ausencia de tal sensación no denota enfermedad. En cualquier caso, el concepto de enfermedad debe incluir no sólo la disfunción biológica sino también los síntomas subjetivos que dicha disfunción causa, así como el significado que el paciente da a estos síntomas en el contexto de su propia vida.

Desde este punto de vista se ha afirmado que la principal preocupación de la medicina clínica es la enfermedad subjetiva y la salud subjetiva, la medicina clínica es algo más que la biología aplicada; se debe tener en cuenta, la experiencia del paciente con el dolor, el sufrimiento, el autorespeto, los propósitos vitales, etc., y también aprender a manejar estos fenómenos no biológicos de una manera racional.

La enfermedad mental

González, ofrece una definición para referirse a la enfermedad mental: "No es el problema aislado de un individuo: con frecuencia es el derrumbamiento de fuentes normales de apoyo social, especialmente de la familia (...) aunque el individuo contribuye a ese derrumbamiento, no es solo él, el que se deteriora y se destruye, son los sistemas de los cuales hace parte a través de la familia, la escuela o el trabajo, mediante la religión o simplemente la amistad (...) estos sistemas han fracasado en su papel de apoyo". Además, el término de enfermedad mental ha evolucionado, pasado por diferentes modelos explicativos.

Modelos explicativos de la enfermedad mental

Los modelos explicativos de enfermedad mental dan explicación acerca de las causas, la concepción que se debe tener con respecto a los deterioros psicológicos, el abordaje que se le debe hacer al paciente que incluye: el diagnóstico y los tipos de tratamientos que se deben seguir para estabilización del paciente o cliente. Desde diversos modelos se plantean explicaciones para este tema.

Modelo médico de la enfermedad mental

El modelo médico de los trastornos psicopatológicos, se fundamenta en una serie de conceptos centrales que contribuyen a configurar los componentes básicos de su estructura, como son: signo, indicador objetivo de un proceso orgánico anómalo; síntoma, indicador subjetivo de un proceso orgánico y/o funcional. Unidad mínima descriptible en psicopatología. Esto se puede clasificar en: Primarios, orienta hacia un diagnóstico determinado, secundarios, no cumplen los criterios etiológicos o

descriptivos de la entidad nosológica en la que se han identificado; síndrome, conjunto de signos y síntomas que aparecen en forma de cuadro clínico. Agrupamiento o patrón recurrente de signos y síntomas; enfermedad mental, (entidad nosológica). Estructura totalizante en la que adquieren sentido los fenómenos particulares, y dota de recursos explicativos al médico para comprender desde los factores etiológicos del trastorno hasta la validez del pronóstico, aumentando, la eficacia del tratamiento y discontinuidad entre lo normal y lo anormal, el trastorno mental, al ser considerado como una enfermedad se clasifican y diagnostica en criterios categoriales.

Modelo biológico tradicional de enfermedad mental

Este modelo entiende que la enfermedad mental es igual a la enfermedad física, por lo que posee una etiología orgánica. Además tendrá un curso determinado y un pronóstico concreto. Para este modelo la conducta anormal no es más que un mero síntoma que indica una alteración orgánica. El tratamiento será de tipo orgánico medico.

Criticas al modelo

Posee una circularidad explicativa, es decir, se diagnostica una enfermedad mental al ver los síntomas, y se dice que tiene una conducta anormal porque tiene una enfermedad mental. Además, es reduccionista, reduce toda la conducta a reacciones bioquímicas, considera a la conducta sólo un síntoma y la etiología orgánica sólo explica una minoría de los trastornos mentales. En aquellos que si hay correlatos biológicos, no se sabe si son la causa, o son efectos colaterales de la verdadera enfermedad.

Modelo conductual de enfermedad mental

Los teóricos del conductismo fueron los primeros en determinar el surgimiento del modelo conductual en psicopatología, por varias razones; poseían madurez por la psicología del aprendizaje (aplicación de los principios del condicionamiento clásico y operante del control de la conducta anormal), insatisfacción con el estatus científico y *modus operandi* del modelo médico respecto a la conducta anormal.

El postulante principal de esta corriente dice que no existe diferencia esencial entre la conducta patológica y la conducta normal. Ambas son fruto del aprendizaje a partir del ambiente. Se da una gran importancia a las influencias ambientales dejando las biológicas y genéticas en un segundo plano, aunque no se descartan por completo.

Existe ciertas características de la perspectiva conductual, como son: la objetividad, este modelo se basa en la experimentación y se centra en los fenómenos objetivos, en relaciones causales entre los fenómenos ambientales y la conducta.

Los principios del aprendizaje son utilizados como base teórica, la conducta psicopatológica consiste básicamente en hábitos desadaptativos que han llegado a condicionarse a ciertos tipos de estímulos. Tales hábitos constituyen los síntomas clínicos y la propia conducta anormal, y son generados de acuerdo con las leyes y principios del aprendizaje el tratamiento de la conducta anormal, debe basarse en la aplicación de los propios principios del aprendizaje para extinguir las conductas indeseables.

Además, el modelo conductual rechaza del concepto de enfermedad, no asume la existencia de causa subyacentes a

los síntomas. Entiende que el concepto médico de enfermedad no es aplicable a los trastornos del comportamiento. Rechaza también la conceptualización categorial de los trastornos psicológicos del modelo médico, no cabe la etiquetación de la conducta anormal, ya que entiende que la clasificación de la conducta anormal debe hacerse según dimensiones en las que se sitúan los diferentes individuos. La conducta anormal se diferencia cuantitativamente de la normal, pero no cualitativamente. La normalidad implica el funcionamiento defectuoso de ciertos sistemas psicológicos (dimensiones).

En relación a la relevancia, considera que la causa de los trastornos comportamentales obedecen a los factores ambientales que se han condicionado a través de toda la experiencia del individuo. Igualmente, la teoría cinética ofrece una explicación parsimoniosa sobre las causas y el tratamiento de la conducta anormal, sus variables han sido definidas de forma objetiva y operacional, y las hipótesis pueden ser contrastadas empíricamente (pueden ser verificadas o rechazadas).

Modelo cognitivo de enfermedad mental

Los temas centrales de la psicología cognitiva actual, son el estudio de la ciencia y la actividad mental, que son los procesos mentales superiores del individuo. La denominada "cognición social" (o psicología social cognitiva) resulta un marco de trabajo imprescindible para el psicopatólogo, puesto que si pretende comprender como y porque se producen los problemas y anomalías que presentan las personas, no puede olvidar que son seres sociales. Estudiar como se registran, elaboran y recuperan los estímulos sociales, tales como la información acerca de uno

mismo y éle los demás, y cuales con los contenidos de esos estímulos.

Otra disciplina importante para la psicología y psicopatología cognitiva es la psicología de la personalidad, especialmente la de los sistemas de constructos personales con los que las personas categorizan el mundo, interpretando los eventos en los que suceden y elaborando predicciones (Kelly). A partir de ese momento, es posible entender la actual consideración de los rasgos de personalidad como categorías cognitivas, o los estudios sobre los estilos y dimensión cognitiva, los planteamientos sobre la construcción social de la personalidad, o la revitalización de las investigaciones sobre el si mismo y los procesos cognitivos involucrados en su adquisición y desarrollo.

Las teorías cognitivas sobre la emoción parten del supuesto: "todo estímulo o situación de ser primero identificado, reconocido y clasificado antes que pueda ser evaluado y de que se suscite o active una respuesta emocional. La cognición es una condición necesariamente prevaa a la elicitación de la emoción.

Modelo vitamínico de la enfermedad mental

Otra de las explicación que se han dado al deterioro de la salud psicológica y física y que sitúa a las personas en una situación de déficit social y psicológico, es este modelo, elaborado por el psicólogo Warr, P. (1987) para explicar las causas de dicho deterioro psicológico y físico en las personas, donde pretende integrar los resultados obtenidos en las diferentes investigaciones realizadas sobre las consecuencias psicosociales del desempleo, como

una situación descontroladora para la mayoría de las personas.

Según el Warr, P. (1987), la salud mental y física de las personas depende de la capacidad del medio para proporcionarle elementos como: oportunidades de control, posibilidades para desarrollar los conocimientos y capacidades personales, objetivos externamente generados, variedad, claridad ambiental, recursos económicos, seguridad física, posibilidades de establecer relaciones interpersonales y, finalmente, una posición social valorada. Para Warr, todas estas características del medio ejercen sobre la salud mental y física un efecto parecido al que ejercen las vitaminas en el organismo. Si el medio en el que la persona se desenvuelve no provee de las características anteriormente mencionadas o lo hace de una forma deficiente, la salud se verá negativamente afectada. El hecho de no tener un puesto de trabajo por ejemplo da lugar, normalmente, a un déficit en todas estas características. Las personas desempleadas, en general, tienen menores ingresos y esto explica, en parte, su deterioro psicológico. Pero también tienen menos oportunidades de control, menos posibilidades de desarrollar sus conocimientos y capacidades, se sienten menos vinculadas a objetivos y metas colectivas, están más aisladas y se desenvuelven en un ambiente menos variado y más ambiguo e inseguro, y todo esto da lugar también a una disminución del bienestar material, físico y psicológico.

Según Warr, la asociación entre las características del medio y la salud mental no es lineal, al igual que no lo es la que existe entre las vitaminas y la salud física. Al igual que ocurre con algunas vitaminas, incrementos en algunas de las características del medio más allá de un

determinado nivel no tendrán un efecto beneficioso añadido para la salud, que se mantendría constante. Esto es lo que ocurre, por ejemplo, con los recursos económicos, la seguridad física o las posibilidades para establecer relaciones interpersonales. En niveles bajos, cuando la persona carece de las mismas en gran medida, un incremento en cualquiera de las características mencionadas tiene un efecto positivo. En niveles altos, cuando la persona ya posee dichas características de manera muy satisfactoria, un incremento en las mismas deja de tener efecto beneficioso alguno. Asimismo, en el caso de las otras características del medio, en niveles altos, incrementos demasiado grandes pueden tener efectos negativos en la salud. El modelo presentado por Warr también tiene en cuenta las diferencias individuales, de forma tal que los niveles de salud mental alcanzados por la persona actúan como variable moderadora del impacto negativo derivado de las características del medio. Las diferencias entre las características de ambos medios serían las responsables de los diferentes niveles de salud encontrados cuando comparamos trabajadores empleados con trabajadores desempleados, por ejemplo.

En términos de este modelo y la evidencia acerca del empobrecimiento de las propiedades del medio caracterizado por una situación de desempleo, cabe esperar una mayor incidencia de trastornos psicológicos menores, así como un efecto negativo sobre la salud física en la población. Además, el desempleo está asociado a cambios en hábitos de vida perjudiciales para la salud, así como a sentimientos de privación relativa y a una movilidad social descendente. Todo ello hace que el desempleo pueda ser considerado un factor de estrés, que afecta al bienestar psicológico y a

la salud física a través de una disminución de las defensas del sistema inraunológico del organismo. Asimismo, el desempleo influye en las relaciones sociales y en los recursos materiales, lo que le hace ser también un importante factor de exclusión social. (Álvaro, J., Garrido, A. 2004)

Para este estudio se tomo como base este modelo, teniendo en cuenta que considerar a una persona con un deterioro en su bienestar psicológico, no sólo depende de alteraciones emocionales o de la persona sino también de las actitudes de la sociedad con relación a ese tipo de alteraciones.

Antecedentes de la psicología cognoscitiva

Como cualquier disciplina científica, los psicólogos han utilizado analogías y construido modelos para describir su objeto de estudio y tener cabida en el tema de la salud mental, han puesto en relación teorías explicativas y en ocasiones dichos modelos se han agrupado para surgir así concepciones más ambiciosas que han conformado sistemas teóricos o han constituido paradigmas; es el caso del paradigma de la psicología cognitiva, donde los antecedentes mediatos son los trabajos de Claude E. Shannon y su teoría de la información, la teoría cibernética de Norbet VJiener y la teoría de la gramática generativa de Noam Chomsky. Claudes E. Shannom, que en ese entonces era maestro del MIT (Instituto Tecnológico de Massachusett), también trabajaba en los laboratorios de la Bell Telephone en los que se dedicaba a diseñar circuitos telefónicos de conmutadores, que sirvieran para aumentar la capacidad de transmitir información de los canales del sistema de transmisión. En 1948 publicó un libro llamado A

Mathematical Theory Of Communication, en el cual desarrollaba una teoría de la información que podía aplicarse al diseño de sistemas de comunicación y a otro tipo de sistemas con capacidad para procesar información. La base de su teoría era un procedimiento, ingeniado por él, para medir la cantidad de información que contenía un mensaje. La unidad de medida que utilizó la denominó bit (binary digit, dígito binario, palabra de uso corriente en la actualidad, pero que, entonces después del trabajo de Shannon, sólo los investigadores de su campo de estudio manejaban), la cual definió como la cantidad de información necesaria para seleccionar un mensaje entre dos alternativas igualmente probable. Por ejemplo, según los postulados de Shannon, para elegir un mensaje entre ocho probables alternativas que tengan la misma probabilidad de aparecer se requiere tres bits de información: con el primer bit se reducen las cantidades posibles de elección, ó.e una entre ocho, a cuatro posibles alternativas; el segundo bit permite una reducción de posibilidades de dos entre cuatro posibilidades, y el tercero permite la elección de una entre dos posibles (Millar, 1985).

Otro de los aportes significativos a la psicología cognoscitiva fueron los del físico Norbet Wiener, también profesor del HIT; publicó en 1948 el mismo año en que lo hizo Shannon su libro "La cibernética", o el control y la comunicación en el animal y la máquina, en el que expuso su teoría de la cibernética. El postulado fundamental de la teoría de Wiener era el del "proceso de retroalimentación". Éste consistía en implantar en las máquinas mecánicas que permitieran a la información volver a la fuente de control a través de sensores o de mecanismos similares, para

permitir actuar a los mecanismos de ajuste y tener una correcta función de la máquina. Con base en estos postulados afirmaba que se podía crear sistemas adaptativos y homeostáticos que permitieran un autoajuste y autoequilibrio. Esto fue otra revolución científica esta vez del control, porque en sí eso era la teoría de Wiener, una teoría de control a través de la comunicación de la información necesaria para los ajustes del mismo. Las ideas de Wiener fueron un paso más allá de los postulados de Shannon que habían sido aplicados a la comunicación humana. Wiener consideraba, a diferencia de otros estudios, que ningún organismo vivo recibe información de un solo canal, sino que está recibiendo constantemente información de un gran número de fuentes, la cual codifica toda a la vez. Este hecho, según Wiener, diferencia a los organismos simples de los organismos complejos, así como también a las máquinas electrónicas simples de las máquinas electrónicas complejas. Sus trabajos sobre las consecuencias de la entropía y la forma de hacerles frente por medio de la cibernética influyeron en muchos campos de la ciencia. Sus postulados sobre los procesos de control de la máquina a través de los principios de la autorregulación y la retroalimentación despertaron gran interés en investigadores sociales. Su analogía entre el funcionamiento de las máquinas electrónicas y el funcionamiento físico de los organismos vivos a través de mecanismos analógicos de retroalimentación (Wiener, 1981) dio origen a una importante línea de investigación psicológica, en la cual se aplicaron los principios de la cibernética a la investigación del comportamiento de los organismos, entre ellos los humanos, tratando de descubrir los procesos de auto control que utilizan los mismos.

Los antecedentes más recientes de la teoría de la cognición social fueron las teorías surgidas bajo esa ola de interés del control de la conducta humana que emerge después de la segunda guerra mundial. Una de ellas fue la teoría de la Gestalt y los estudios de Kart Lewin (1890-1947) sobre el grupo presentados en su obra *A Dynamic Theory of Personality* (1935). Lewin, que había sido profesor de la Universidad de Cornell, de la Universidad de Berkeley y posteriormente maestro en el MIT, era seguidor de los trabajos de Wolfgang Kohler (1887-1967) y de la psicología del campo o Gestalt iniciada por Max Wertheimer (1880-1943) en Alemania. Había contribuido con el gobierno de Estados Unidos de América durante la Segunda Guerra Mundial estudiando las formas de modificar los hábitos de consumo de las cimas de casa a través de la influencia y polarización del grupo, en su ya clásico estudio destinado a crear el hábito de consumir vísceras que eran consideradas impopulares entre las amas de casa estadounidenses (Scháfers, 1984). Posteriormente, su trabajo estuvo encaminado a estudiar factores tales como la participación individual en el grupo, el liderazgo, funciones del líder en el grupo, el apoyo social, normas en el grupo y cómo todo esto afecta el rendimiento de los grupos, que sirvieron parçi explicar conceptos como "espacio vital", "valencias positivas y negativas", "tensión", "fuerza" etc. Además, creó el primer laboratorio de dinámica de grupos en Estados Unidos de América, en el MIT; tiempo después se trasladó a la Universidad de Michigan en Ann-Arhor donde se integró al instituto de investigaciones Sociales (Lewin, 1991).

Otro de los antecedentes de la psicología cognoscitiva se encuentra en otro de los profesores del MIT, León

Festinger (1919-1989), en sus trabajos respecto a la comparación y los trabajos sobre la disonancia cognoscitiva, desarrollados en su libro "A Theory Of Cognitive Dissonance" (Jones, 1985). En sus estudios, Festinger investiga cómo se modificaban las actividades de las personas y cómo estas modificaciones de actitud les servían para reducir las sensaciones de insatisfacción en una situación grupal o social. También estudiaba cómo el mantenimiento o cambio de actitudes estaba determinado por la homogeneidad, la complejidad, la inestabilidad, la imprevisión, etc., y cómo afectaba esto a la autoimagen, la autoestima, la identidad, y en forma general a las actividades de las personas. Además, él estudió los motivos por los cuales las personas se comparan con aquellas personas que consideran importantes para modificar su actividad ante personas o situaciones. Sus trabajos fueron un gran acicate para el estudio de las actitudes, y sus puntos de vistas fueron referencia obligada para todos los investigadores de la psicología social.

La psicología cognoscitiva tomó de Lewin la tradición de la experimentación con los grupos en el laboratorio y la manipulación de la conducta, también sus planteamientos sobre la dinámica del proceso del espacio vital psicológico y contextual, así como la concepción del grupo como dinámico y sus ideas sobre el clima social (Lewin, 1978). De Festinger tomó sus estudios sobre dicotomía equilibrio-desequilibrio cognoscitivo, y la importancia de considerar las diversas cogniciones, contradictorias entre sí que posee la persona, y que influyen en su opiniones, actitudes, prejuicios, etc., dicotomía que llamó disonancia cognoscitiva; asimismo tomó sus ideas sobre los procedimientos que usan las personas para tratar de reducir

la disonancia cognoscitiva en el momento de tomar una decisión (Festinger, 1954). Además, la psicología cognoscitiva se sirvió de las explicaciones de Festinger acerca de los elementos del contexto social que influían en la conducta de las personas (como por ejemplo las normas), al igual que de sus ideas sobre las formas de comunicación en el grupo respecto al apoyo, la persuasión o proselitismo y la comparación social.

De los diversos planteamientos e investigaciones de las ciencias sociales sobre actitudes, atribución de causalidad, forma de control, sentido común, comportamiento cotidiano, etc.; de los datos recopilados en los diversos trabajos de investigación basados en los mencionados modelos; con la puesta a prueba de los mismo; con los resultados encontrados aunados a la insuficiencia de los modelos psicológicos aparecidos a principios del siglo XX, para explicar diversos aspectos de la personalidad y conducta humana, surge un paradigma alternativo, el de la psicología cognoscitiva. Sin ser éste una teoría global, integra los diferentes paradigmas que interpretan a las personas como constructoras y procesadoras activas de la información vertida en el medio social, para lo cual utiliza planes, esquemas, prototipos y guiones interpretacionales (Landman y Manís, 1983). Esta teoría entiende que los procesos cognoscitivos están regidos por reglas formales similares a los procesos lógicos o matemáticos, y parte del supuesto de que la funcionalidad de las personas es instrumentada con base en formalizaciones que llevan a un comportamiento lógico funcional. La teoría cognoscitiva considera el organismo humano como un sistema eficiente, adaptativo, cuyo comportamiento es instrumental, debido a que construye

modelos eficaces para explicar y predecir los hechos, afrontar su medio y dominarlo a través del conocimiento y los comportamientos racionales e intencionados. (Fodor, 1980). Así, la conducta de las personas será resultado de la adaptación a las exigencias del medio y de los intentos por orientarse racionalmente ante él (Mayer, 1986).

Desarrollo del paradigma de la psicología cognoscitiva

Tal como el trabajo de W. Wundt, *Gründzuge der Physiologischen Psychologie*, se considera como el iniciador de la psicología moderna, el trabajo de George A. Millar, Eugene Galanter y Kart H. Pribram *Plans and the Structure of Behavior* (1960), podría considerarse como uno de los puntos de partida de la nueva psicología cognoscitiva (Neisser, 1979), debido a que en el mismo se sintetizan los diversos postulados que consideran la mente humana como una máquina computacional, que analiza objetivamente los datos a través de reglas formales específicas y que elabora planes para dar sus respuestas, postulados que señalan también que todo este proceso dependerá del análisis que la persona, realice de la información que manipule, de los llamados datos (Mayer, 1986). George A. Millar es profesor de la Universidad de Harvard, Eugene Galanter es profesor de la Universidad de Pensilvania y Kart H. Pribram lo es de la Universidad de Stanford, además de ser director del centro de Investigaciones de la Ciencia del Oreburo de la Universidad de Radford.

Anterior al trabajo mencionado, Millar presentó una ponencia que lo hizo famoso llamada *The Magical Number Seven, Plus or Minus: some limits on our Capacity for processing Information* (Millar, 1956). En un simposio llevado a cabo en el Instituto Tecnológico de Massachussets

llamado Simposio sobre Teoría de la Información. En él planteaba que respecto a un problema, tanto en el nivel de pensamiento como de memoria inmediata, las personas sólo pueden discriminar entre siete alternativas y que las personas tienen la capacidad de decodificar los bits de información en unidades cada vez mayores.

En "Plans and the Structure of Behavior", Miller, Galanter y Pribram expusieron que la conducta no podía explicarse con base en el modelo conductista y propusieron un modelo de explicaciones que incluía variables como "imagen", "plan" y "retroacción"; afirmaba que los diversos paradigmas alternativos a los conductistas nunca habían podido explicar el tránsito de la cognición a la acción, esto es, la relación entre la configuración de imágenes y la conducta posterior. Además, comentaban que para ellos era necesario incluir o valerse de procesos como los que explicaban las teorías cibernética e informática, en cuanto a que lo que desencadena una conducta o acción era la desviación del equilibrio o estado inicial del organismo.

Explicaba que una vez iniciaba el proceso de acción había la consecución del equilibrio, lo que guiaba la acción en todo momento era la información que retornaba al organismo después de haber llevado a cabo una determinada conducta o acción, y así consecutivamente. A cada acción le correspondía una retroalimentación informática de cómo se desarrollaba el proceso de consecución del estado de equilibrio.

Los diversos paradigmas dentro de la psicología cognoscitiva suele identificarse en dos corrientes de interpretación. Por un lado, la más "clásica": la que interpreta que las personas construyen y elaboran la información proveniente del mundo y ellos mismos a través

de un proceso de asociación de los estímulos, que tiene como base las características y similitudes de los mismos, en el cual el procesamiento llevado a cabo en el pensamiento es lineal debido a que una serie de estadios secuenciados en el análisis de los hechos. La otra corriente, la más "heterodoxa": asume que las personas interpretan el medio a través de procesos cognoscitivos complejos, más allá de la simple asociación. Desde una posición constructivista explican que en el pensamiento de las personas existen diversos niveles de análisis que intervienen conjuntamente, que combinan en forma funcional la información de los datos, la información almacenada previamente y la información referida al propio sistema (Lindsay y Norman, 1986).

La base de unión de estas posiciones dentro de la teoría cognoscitiva está, en su interpretación de que el comportamiento de las personas está determinado por el pensamiento objetivo, más allá de las motivaciones y los afectos, donde a través de estructuras internas individuales las personas interpretan objetivamente el medio. Así, los esquemas del pensamiento, ya sean los prototipos o las atribuciones, vendrían a ser elementos que se construyeron individualmente y que se adaptan a lo cultural. Esta interpretación no consideraba relevantes y determinantes variables de tipo más sociales como son la extracción de clase, la ideología, el grupo de pertenencia, etc., en síntesis, la variabilidad cultural de las personas.

Con base en lo anterior se construyó una teoría psicológica cuyo propósito fue desarrollar los principios generales del funcionamiento cognoscitivo y su aplicación en los comportamientos sociales como son las funciones, el

grupo, las instituciones, la pareja, etc. Se aducía que si se lograba explicar la dinámica de la construcción de esquemas de pensamiento a través de elementos simples como la percepción, la atención, la memoria, era obvio que se lograría deducir la formación de los esquemas con los que las personas interpretaban su medio y se comportaba ante el. Lo importante de la cuestión era identificar la lógica procesional de la información que utilizaban las personas, para de esa manera conocer sus posibles reacciones ante el medio. Esta nueva interpretación teórica supuso una modificación en la estrategia de estudio de las personas, que se reflejaba también en una concepción distinta del uso del método experimental. Se trato de simular en el laboratorio situaciones sociales complejas que permitieran el estudio de los comportamientos de las personas en situaciones reales. Los principios cognoscitivistas sirvieron para estudiar una gran diversidad de variables tales como la inferencia social, la atribución de causas, el comportamiento grupal y su relación con la atención, la memoria, etcétera.

Los descubrimientos que de estos trabajos se desprendieron permitieron un avance significativo en la psicología social respecto a los procesos intrapsíquicos, pero a la vez surgió un gran número de preguntas como: ¿cuál es la influencia de lo social en la conceptualización de las personas?, ¿cuál es la influencia del grupo de pertenencia en la elaboración de esquemas conceptuales?, ¿qué función cumplen las emociones y la motivación en todo este proceso?, o sea, la influencia de los procesos interpersonales y macrosociales en la elaboración de conocimientos.

Representaciones sociales de salud y enfermedad

A partir de una investigación realizada por Herzlich (1969), basada en 80 conversaciones no directivas con una duración media de 90 minutos, donde la población fue conformada por habitantes de París y habitantes de pequeñas poblaciones de salud y enfermedad se encuentra que la salud se ve desprovista de causas y se relaciona con la afirmación "se tiene la suerte de haber nacido con una buena constitución y, por consiguiente, se goza de una salud floreciente", de manera contraria la enfermedad se atribuye "al entorno, al ritmo de la vida urbana, a una alimentación (no natural)" en relación a las representaciones sociales "la salud no es idéntica a la simple ausencia de enfermedad" (Moscovici, 1986). Herzlich clasifica tres concepciones de la salud:

- a) La salud como ausencia de enfermedad o falta de conciencia de sintomatología.
- b) La salud como reserva, como un activo de estado, como medida de fortalecimiento.
- c) La salud como equilibrio, como armonía de la mente y el cuerpo.

Y a su vez tres concepciones de la enfermedad:

- a) la enfermedad como destructora, la enfermedad vista como limitadora de la capacidad para llevar a cabo las obligaciones, aunada a la pérdida del estatus social y soledad.
- b) La enfermedad como liberadora de responsabilidades no deseadas, lo que permite el desarrollo de otras actividades.
- c) La enfermedad como ocupación, como reto al que hay que enfrentar con energía.

Definición de actitud

Una actitud se considera como una asociación entre un objeto dado y una evaluación dada (Fazio, 1989) . Tanto el objeto como la evaluación se sienten en sentido amplio en esta definición. Así por ejemplos, las situaciones sociales, las personas y los problemas sociales constituyen objetos actitudinales. La evaluación significa el efecto que despierta, las emociones que movilizan, el recuerdo emotivo de las experiencias vividas, incluso acerca de la capacidad del objeto para conseguir metas deseadas.

Cuando la persona carece de experiencias con el objeto de actitud, o cuando este no despierte su interés, la fuerza de la asociación objeto - evaluación es inexistente. Mas que de una actitud, en estos casos es preferibles hablando de una no actitud, ya que existe una evaluación previa del objeto en la memoria (Fazio, 1989).

En la fuerza de la asociación influyen tres procesos diferentes, si la persona asocia el objeto con la evaluación por medio de un conocimiento amplio y detallado de las propiedades y características del objeto, nos encontramos ante un proceso cognitivo. Si la evaluación surge más bien de experiencias intensas, de carácter positivo o negativo, con el objeto de la actitud, el proceso es afectivo.

La actitud es para muchos autores uno de los constructos más complejos de definir, ya que depende de la línea o enfoque que siga el teórico en cuestión. Según Moscovici (1986) "las actitudes son las asociaciones entre objetos actitudinales y las evoluciones de estos objetos; son evoluciones duraderas de diversos aspectos del mundo social, que se almacenan en la memoria.

Las actitudes influyen en el pensamiento social o forma en que pensamos sobre la información social, y la forma en que la procesamos. A menudo funcionan como esquemas, marcos cognitivos que poseen y organizan la información sobre conceptos específicos, situaciones o acontecimientos.

A su vez Barajas (1998), describe la actitud como los "... modos profundos de enfrentarse a si mismo y a la realidad, las formas habituales de amar, pensar, sentir y comportarse. Es el sistema fundamental por el cual el hombre ordena y determina su relación y conducta con su medio ambiente. Predisposiciones estables a valorar de una forma y actuar en consecuencia, en fin son el resultado de la influencia de los valores".

Según el modelo ABC de las actitudes, establecido por Rajecki (1989) , las actitudes constan de tres componentes importantes: a) el afectivo; del cual hacen parte las emociones positivas o negativas que el sujeto tiene con respecto a un aspecto de la realidad; b) el conductual, que consiste en la predisposición para actuar en consecuencia con las emociones ante de mencionarlas; c) el cognitivo, que comporta los pensamientos y sistemas de creencias que el individuo elabora con respecto a determinado aspecto de la realidad.

Para explicar mejor este modelo Feldman (1998) afirma: "que todas las actitudes obedecen a la interacción de estos componentes (afectivo, conductual y cognitivo), aunque varían en cuanto al elemento predominante y a la naturaleza de sus relaciones". Según esta concepción, las actitudes en lugar de ser un atributo del individuo, comportan un proceso multidimensional de interacción entre afectividad, comportamientos y cognición, cuyo resultado dependerá de

cual de estos; factores se impone sobre los demás como ha sido indiciado por Rajecki (1989).

lio obstante Arias (1996) afirma que los factores ABC de las actitudes se hayan significativamente vinculados con la personalidad, a nivel estructural, de donde se infiere que el conocimiento de la dinámica existente entre dichos factores puede servir para describir las posibles conductas basadas en las actitudes de la persona frente a determinadas situaciones.

Adicionalmente, Feldman (1998) señala que la influencia de las actitudes en el comportamiento se da en términos de que es más factible la presencia de una conducta si es más acorde con las actitudes del sujeto. Sin embargo, este autor destaca el hecho de que a nivel de las actitudes se puede presentar disonancias cognitivas cuando existen dos actitudes contrapuestas frente a una misma situación, lo cual lleva a que el individuo deba modificar su cognición o sus actitudes para eliminar las disonancias.

Por otro lado el modelo ABC de las actitudes de Rajecki (1989) implica un esquema específico de formación de las mismas, el cual está determinado por la función que tales actitudes. En este sentido /trias (1996) propone que las actitudes pueden dividirse según sus funciones en:

1. Actitudes sociales o de socialización: Las cuales se producen como resultados de los procesos de interacción y condicionamiento social, tiene por finalidad definir las pautas de comportamiento y adaptación del individuo a su grupo o comunidad.
2. Actitud egodefensiva: están principalmente relacionadas con la ocurrencia de hechos traumáticos desde el punto de vista psicología en cualquier etapa vital (especialmente en

la infancia), y tienen por objeto defender al sujeto de la situación de trauma o estrés.

3. Actitudes egoexpresivas: se produce en la integración y jerarquizaron de las experiencias vitales de la persona, a partir de las cuales se construyen las escalas y sistemas de valores, cuyo reconocimiento y aceptación genera un aumento de la autoestima con base a los buenos resultados de la interacción del sujeto con el medio.

4. Actitudes cognoscitivas: se dan cuando la integración y asimilación de las experiencias de vida producen la necesidad de elaborar de manera abstracta una significación de las mismas, como base de unos esquemas cognitivos que condicionan el comportamiento del individuo frente al medio.

En concordancia con esta clasificación, Bellack (1993), citado por (Bettin y Blanco, 2003) ha establecido que las respuesta emocionales y conductuales a los estímulos del medio dependen de la manera en que los seres humanos estructuran su experiencia, percepción o interpretación de la realidad.

Para Barajas (1998), que coincide con Arias (1996), la posibilidad de predecir el curso de la acción futura de las personéis con relación a determinados estímulos constituye el valor más importante de estudios de las actitudes.

Si la evaluación surge más bien de experiencias intensas, de carácter positivo o negativo, con el objeto de la actitud, el proceso es afectivo. Finalmente es conductual si la evaluación surge de manera gradual de la implicación conductual de persona con el objeto.

La actitud, en sí. misma, no es directamente observable. En palabras de Ajzen (1989) es una variable latente, que ha de ser inferida de ciertas respuestas mensurables y que

refleja, en última instancia, una evaluación global positiva o negativa del objeto de la actitud. En sentido estricto, conocer una actitud implica conocer con detalle cada uno de sus tres componentes. A su vez, estos sólo se conocen adecuadamente cuando se han evaluado a través de varios índices diferentes.

Modelos explicativos de la actitud acerca de la enfermedad mental desde el paradigma de la psicología cognoscitiva

Para comprender las definiciones y las relaciones entre la actitud y los conceptos de salud y enfermedad es necesario exponer algunos de los modelos explicativos que se encuentran dentro del paradigma de la psicología cognoscitiva.

1) Modelo Biosocial del cambio de actitudes Petty y Cacioppo (1983), citado por (Álvarez, 2002) proponen el denominado modelo biosocial del cambio de actitudes donde se señalan 10 principios generales que gobiernan la evaluación actitudinal de las personas confrontadas con síntomas de enfermedad:

- a) Las personas están motivadas para evaluar signos y síntomas inexplicados.
- b) Los signos y síntomas no necesitan ser percibidos con exactitud, en términos de sus causas fisiológicas subyacentes, ni basarse en cambios actuales en el fisiológico.
- c) El motivo para mantener una condición fisiológica explicable no se limita a cambios de estimulación.
- d) La base es la motivación para evaluar un signo y un síntoma esta en función de la inesperabilidad, magnitud, consecuencia percibidas y relevancia personal de las reacciones corporales.

- e) En la medida que una motivación para evaluar una respuesta corporal percibida se ha activado, la evaluación incluye una comparación de eventos corporales detectados con las consecuencias presumidas de las condiciones fisiológicas y estímulos situacionales.
- f) La tendencia a seleccionar un estímulo particular para el propósito de comparación psicofisiológica se incrementa en función de la magnitud del estímulo y la similitud percibida entre el signo y el síntoma, o los efectos fisiológicos que se presume provoca el estímulo.
- g) La evaluación del signo o síntoma está sesgado hedónicamente. Es más probable buscar exclusas que son temporales y positivas, que continuas y amenazantes.
- h) Cuando específico es el signo o el síntoma, mayor es el número de estímulos potenciales de comparación, mayor la probabilidad se selecciona errónea de estímulos de comparación, y consecuentemente mayor probabilidad de inferencias erróneas sobre la causa e implicaciones de las respuestas corporales, y más susceptible de que cambien tales inferencias. En la medida que una motivación para evaluar el signo o síntoma se ha activado, pero no se encuentra un estímulo de comparación que tenga efectos fisiológicos similares, las teorías implícitas de las personas sobre los estímulos salientes para la comparación influyen en su atención y detección de las respuestas corporales.
- i) En la medida que una motivación para evaluar el signo o síntoma se ha activado pero no se encuentra un estímulo de comparación que tenga efectos fisiológicos similares, las respuestas detectadas influyen en las actitudes y las teorías implícitas de las personas sobre los efectos fisiológicos de los estímulos de comparación salientes.

j) En la medida que la motivación para evaluar un signo o síntoma se ha activado, pero no se encuentran estímulos de comparación que tienen efectos fisiológicos similares, las respuestas corporales detectadas influyen en las actitudes y las teorías implícitas de las personas sobre los efectos fisiológicos de los estímulos de comparación salientes.

2) La teoría del análisis ingenuo de la acción

Fritz Heider con su teoría (1958) establece que las personas llevan a cabo un proceso por medio del cual intentan ordenar en forma coherente su medio. Heider argumentaba que las personas crean una organización mental del mundo, una forma de ordenar las impresiones de su entorno, explicándolo a través de estimaciones respecto a causas internas y externas. Él analizó los conceptos cotidianos del lenguaje en sus diversas manifestaciones, y encontró que las personas llegan a conocer su ambiente o espacio vital a través de la percepción y otros procesos cognoscitivos. También que las personas reciben información y en ellas influye su ambiente personal y social. Asimismo, que las personas son capaces de cambiar ese ambiente, que tienen sentimientos y necesidades surgidos en la interacción con el mismo, que pertenece a diversas entidades y que acatan ciertas normas (Deutsch y Krauss, 1984).

Son dos los conceptos básicos que Heider utiliza para explicar su "psicología, ingenua": la atribución y el equilibrio. El primero comprende las múltiples formas de explicación que elaboran las personas de su mundo, explicaciones que se basa en lo que llamó "núcleos" internamente condicionados, debido a que presuponía que las

personas centran más su atención en aspectos como las intenciones de las conductas y las habilidades. Señala que las personas interpretan y atribuyen los acontecimientos sociales con base en factores causales ya sean de la persona o del ambiente. En cuanto a las causas internas, vendrían a ser las capacidades y motivos, y las causas externas, vendrían a ser las oportunidades y las dificultades que presenta el medio. Tomando como referencia estos postulados, Heider explica que a través de este proceso, las personas tienden a realizar atribuciones de un carácter interno disposicional (las capacidades), dado que son más estables y permiten una base más ordenada en la interpretación de sí mismo y del medio. Él entiende que las atribuciones son una forma de conseguir un medio estable y coherente, una especie de descripción económica y a la vez adecuada del medio, donde esta atribución determina lo que la persona espere que ocurra y lo que hará cuando eso ocurra (Heider, 1984).

Para Heider, los esquemas atribucionales permiten a las personas formarse un mundo estable y coherente, una descripción sucinta y adecuada de los fenómenos sociales y físicos, también una expectativa de los acontecimientos y un patrón de conducta ante los hechos. Heider señala que el tipo de atribución que una persona haga de algún acontecimiento estará determinado básicamente por la necesidad de conservar el equilibrio cognoscitivo y no caer en el desequilibrio cognoscitivo. En lo referente a la atribución que hace las personas respecto a sus relaciones con otras, nos comenta que existe una tendencia a realizar evaluación estable a través de encontrar lo que la persona considera bueno y malo. Esta codificación que realizan las personas en términos de valor ya sea positivo o negativo,

nos dice Heider, se ve facilitada cuando los elementos o características positivas están agrupadas en una unidad de análisis y los negativos en otras (ídem). Pone el ejemplo que en las personas se da la tendencia a ver sólo los aspectos positivos de las personas que se aprecian, y lo contrario con aquellas que no. Así, cuando personas que se aprecian realizar algo desagradable (por ejemplo, contagiar una enfermedad grave a otras personas), se produce una situación desequilibrada que se trata de equilibrar, por ejemplos, negados a creer que esa persona lo hizo, o argumentado que no sabia lo que hacia. Él explica que básicamente ese es el procedimiento que se utiliza cotidianamente en la percepción de las personas, lo que permite con cierto grado de exactitud predecir cuales serán sus atribuciones y reacciones, dependiendo de sus valoraciones significativas.

3) Teoría de la Inferencia Correspondiente

Dentro de la clasificación realizadas en el libro psicología social II de Moscovici 1986, en relación a la teoría de la atribución, la teoría de la inferencia correspondiente de Jones y Davis ocupa el segundo lugar entre las cuatro teorías principales donde el primero es el anteriormente mencionado con su teoría análisis ingenuo de la acción de Jones y Davis explica la conducta a partir de la intención causada a su vez por el carácter, es así como surge la necesidad de construir "una teoría que explique de forma sistemática las inferencias de un observador sobre lo que un actor' en particular infiere" (Jones y Davis, 1965)1. Como concepto central de la teoría se encuentra el juicio del observador ante la pregunta de si el comportamiento es causado por un rasgo en particular al

mismo rasgo, es decir las personas suelen atribuir las conductas a cualidades estables, dicha teoría también propone que las personas manejen un llamado pensamiento formal del cual se sacan conclusiones e inferencias.

Esta teoría se compone del principio de los efectos no comunes que supone que la persona infiere pasando por dos etapas, inicialmente las personas infieren a partir de su observación de los hechos y el otro cuando se realiza las atribuciones de la conductas y de los factores que intervienen en ella, señalando a si que la disposición, o la intención, que gobierna la acción es indicada por aquellas de sus consecuencia que no con acciones alternativas.

4) Teoría de la Atribución de Kelly

Otro modelo importante es el desarrollado por Harold H. Kelly, llamado modelo Anova de explicación de la atribución (Kelly, 1967). A través del modelo, Kelly explica que las personas llevan a cabo análisis similares a los que se utilizan en los estudios experimentales para explicar las causas de las cosas. Tías personas modifican alguna o algunas ñe las variables que intervienen en un hecho, con el objetivo de observar que efecto o efectos producen en las demás variables. Se argumenta que es mediante dos procesos que la persona llega a hacer una atribución: uno, cuando la. persona v; i adquiriendo información en torno a un hecho y observa una variación causa-efecto en las relaciones de las variables que intervienen en las diferentes oportunidades que ha tenido para observando; el otro, cuando la información proviene de una sola observación y hay que deducir a partir de los elementos que intervienen en ella. Mediante estos procedimientos las

personas crean esquemas causales, que son una condensación causa-efecto de determinados hechos, estos esquemas causales actúan como conexiones temporales ordenadas e interconectadas. Existen, Kelly, cuatro tipos de esquemas causales: uno que llamó esquemas de múltiples causas suficientes, que consiste en que las personas interpretan que la aparición de una sola de las causas es suficiente para implicar el esquema; otro que nombro esquema de múltiples causas necesarias; que como su nombre lo indica, deben aparecer todas las causas para que se active el esquema; otro mas que el esquema de halo, que es un esquema asociativo en el sentido que dos causas que sean interpretadas como productoras de un hecho se unen, y por ultimo, el esquema de eliminación, que consiste en jerarquizar las causas en la medida que se le considere revelantes. Kelly razona que para explicar una conducta que alguna persona en una situación, las personas utilizan los siguientes factores: el consenso, que se refiere a si el comportamiento de la persona es el típico de todas las personas en esa misma situación; la consistencia, que se refiere a la regularidad del comportamiento de la persona en la misma situación y la distintividad, que seria el comportamiento especifico de la persona ante esa situación. Del análisis de las relaciones de esas variables se desprenderá que atribuyan el comportamiento de las personas a la situación, las circunstancias o a la persona misma (ídem). Kelly retomo la técnica estadística del análisis de la varianza (Anova) para explicar su modelo. Argumentado que en la atribución cotidiana que realizan las personas de su medio se da este mismo tipo de análisis.

5) Teoría racional de las creencias.

Un sexto modelo es el desarrollado (Rosentock, 1974; Becker, 1974) denominado teoría racional de las creencias. Señala que la adopción de una determinada conducta depende del resultado del análisis que la persona realice, cuya consecuencia sería el mantenimiento o la modificación de la conducta ante la salud o la enfermedad.

Este modelo se compone de tres dimensiones que se analizan durante la enfermedad, en primer lugar la percepción subjetiva y/o vulnerabilidad ante la enfermedad, segundo la percepción del grado de amenaza de enfermedad, junto con la evaluación subjetiva de las repercusiones en la salud y en lo social que puede provocar la enfermedad y la tercera. percepción de beneficios al llevar a cabo determinadas conductas de salud y la evaluación de probables dificultades para llevar a cabo determinadas conductas de salud.

Con el fin de explicar la forma en que las personas analizan el llevar a cabo o no una conducta preventiva, el modelo funciona de la forma:

- a) Las creencias de las personas acerca de la naturaleza del tratamiento en término de sus percepciones subjetivas ante el peligro.
- b) Las creencias acerca de las acciones específicas y sus beneficios del tratamiento.
- c) Las creencias acerca de las barreras y costos al llevar a cabo dichas acciones.

6) Teoría de la acción razonada

Por otra parte según Fishbein y Ajzen (1975) en su modelo de acción razonada varios factores anteceden y explican el comportamiento humano. Concretamente, esta teoría trata de explicar las conductas que están bajo

control consciente de los individuos a partir de distintos determinantes que la preceden y la explican.

Para estos autores el determinante inmediato de la conducta no es la actitud propiamente dicha, sino la intención de realizarla. A su vez, la intención de conducta tiene dos precursores que la explica; uno estrictamente individual, como es la actitud acerca de la conducta, y otros de carácter colectivo y social, que hace referencia al contexto socio-cultural del individuo, acuñando como norma subjetiva (Fishbein y Ajzen, 1975; Ajzen 1989; Morales, Reboloso y Moya 1994) . Tanto la actitud como la norma subjetiva están determinadas por otros factores que las anteceden, y que nos ayudan a comprender la conducta. Por lo que se refiere a la actitud, esta viene determinada por cada una de las creencias que la persona posee hacia el objeto (sea cosa, persona o institución) y la evaluación positiva/negativa realizada hacia cada una de esas creencias -

Esta evaluación es el componente afectivo de la actitud, determinando la motivación y la fuerza de la intención de conducta, ñe puede poseer distintas creencias pero estas, por si solas, no conducen a la acción. Una evaluación alta de las mismas por parte de un individuo indica la importancia que tiene para él y el grado de compromiso con ellas.

7) Modelo Atributivo de la Motivación

Otro modelo que se encuentra dentro del paradigma cognoscitivista es el llamado modelo atributivo de la motivación de Weiner, (1979). Dicho modelo ofrece una explicación a partir de cuatro factores el poder, intentar, fortuna y dificultad de tres dimensiones como factores

predictores del desenlace de los acontecimientos, cada individuo realiza un inventario sobre su nivel de capacidades, de la cantidad de esfuerzo aplicado, de la dificultad de la tarea y la fuerza o dirección de la fortuna. A partir de la presencia de estos cuatro factores se da un esquema clasificatorio de tres dimensiones:

a) Internabilidad - externalidad. Se refiere a si las causas que se atribuyen a un hecho parten de la persona misma, por ejemplo, motivación, interés, deseo, etc., o del medio, por ejemplo, el azar, las dificultades externas, las contingencias ambientales, etc.

b) Estabilidad - inestabilidad. Si la causa es atribuida y percibida como perdurable a través del tiempo (estable) o no (inestable).

c) Controlabilidad - incontrolabilidad. Si la persona la percibe con capacidad para actuar sobre las causas de un suceso y ser capaz de modificarlas o no. Estas dimensiones según Geiser aparecen a través de los estadios evolutivos dándose en la infancia la dimensión de internabilidad - externalidad, paralela a la seriación, la estabilidad, y por último la controlabilidad relacionada con los procesos cognoscitivos más complejos, (Weiner, 1981; Echeverría, 1991) .

Estructura de la actitud

La actitud tiene tres componentes (Ajzen, 1989) : cognitivos, afectivos y conativo-conductual. El primero consta de percepciones de la persona sobre el objeto de la actitud y de la información que posee sobre él. El segundo está compuesto por los sentimientos que dicho objeto despierta. El tercero incluye las tendencias, disposiciones e interés hacia el objeto, así como las acciones dirigidas

hacia eJ Los tres componentes coinciden, sin embargo en un punto: en que todos ellos son evaluaciones del objeto de actitud. Fin efecto, las percepciones o la información pueden ser favorables o desfavorables, los sentimientos positivos o negativos y la conducta o intenciones de conducta de apoyo u hostiles.

Para Ajzen (citado por Morales, 1994), los tres componentes comparten la disposición evaluativa frente al objeto. Dentro de la estructura de las actitudes existen relaciones entre sus componentes definiéndose como consistencia, en primer lugar aparece la consistencia afectiva-cognitiva que supone una relación entre el afecto que despierta un objeto y el contenido la creencia, es decir si el objeto de la actitud resulta ser facilitador de la obtención de los objetivos, dicha creencia se traduce a un afecto positivo hacia el objeto y viceversa. Sin embargo no siempre se presenta dicha consistencia, la segunda es la consistencia afectivo-conativa que hace referencia al grado de afecto y su relación con la intención conductual hacia el objeto de la actitud.

También hace parte de la estructura de las actitudes la implicación, biológica existente. Una de las primicias universales de la Psicología social es que las actitudes son aprendidas - es decir, que surgen de las experiencias directas o indirectas. No nacemos con el gusto por el fútbol ni con una actitud opositora hacia la pena de muerte; estas evaluaciones proceden de nuestras experiencias como niños y adultos. La noción de las actitudes son aprendidas lleva a muchos psicólogos a centrarse en las determinantes ambientales externos de las actitudes mas que en los internos y biológicos.

Algunos teóricos especulan sobre la función de la biológica (McGuire, 1985; Olson y Zanna, 1983; Oskamp, 1991), pero pocos han aportado datos relevantes. ¿Cómo afluirían las características biológicas de las actitudes? La secuencia más probable es que los factores físicos determinan algunas disposiciones hacia ciertas aptitudes, que se desarrollan o no **dependiendo de los factores ambientales.** Por ejemplo, las hormonas tienen una **participación importante** en determinados comportamientos (por ejemplo, la testosterona en la conducta agresiva) y nuestras concentraciones hormonales hacen más probable **adquiramos actitudes particulares.** Las concentraciones elevadas de testosteronas nos predisponen a mostrar actitudes positivas hacia los deportes agresivos ya que la hormona, nos hace ser agresivos.

La existencia de tres componentes actitudinales plantea el problema de si la actitud es realmente distinta de los componentes que la integran. Centrándose en el componente cognitivo, Lingle y Ostrom (1981) se preguntan si la representación cognitiva de la actitud, aún basándose en las creencias que conforman el componente cognitivo, es distinta de ella. En tal caso, la actitud podría servir al sujeto para responder ante el objeto de forma rápida cada vez que éste se presente. De no ser así, se vería obligado a analizar cada vez todas y cada una de las creencias, con el esfuerzo cognitivo que ello implica. La prueba de que en la actitud es distinta de la creencia la encuentran estos autores en que ejerce un influjo sobre la percepción del objeto y las respuestas hacia él que de las creencias, por si solas, no pueden ejercer. La actitud resulta ser un tema o marco cognitivo, con un rol organizador de la información

y ó.e las respuestas cognitivas relativas al objeto de la actitud.

La interpretación de las actitudes desde el paradigma de la psicología cognitiva

A lo largo del desarrollo del estudio de las actitudes se han establecido periodos, caracterizados por la relación entre el paradigma dominante y el interés sobre aspectos específicos de las actitudes. El primer periodo (la década de los treinta) del estudio de las actitudes corresponde a la consolidación de la psicología social y el interés de la construcción de herramientas específicas para medir las actitudes. En este periodo, las actitudes se definieron por un marco carácter social, puesto que eran entendidas por una serie de normas y valores de grupo que servían para orientar su relación en el nivel social, reflejados a nivel individual. En este periodo la creencia de una estrecha relación entre actitud y conducta fue característica (Fazio 1986). Un segundo periodo influenciado por el paradigma conductista se centra en el estudio de la persuasión y el cambio de actitudes (Jaspars, 1978), donde la definición de actitudes se hace a partir de las predisposiciones a responder en forma específica a determinados estímulos. El interés principal no era la cuestión de relación entre actitud y conducta, sino en conocer en que situaciones y que condiciones se daba la relación entre actitud y conducta y en que forma podían transformarse (Fazio, 1986).

Para el tercer periodo las actitudes se definen a partir del paradigma de la cognición social que se relacionaba con esquemas cognoscitivas que servían para el análisis y valoración de objetos y situaciones (Echevarría,

1991), es decir las actitudes están compuestas por un componente afectivo/ evaluativo donde se involucran los sentimientos de aceptación o rechazo en términos de bueno-mal y el componente conductual que hace referencia a la intención, y/o conducta ante un objeto.

La interpretación que la psicología cognoscitiva da acerca de las actitudes, hace referencia a esquemas, que al igual que los prejuicios, estereotipos, etc., reinterpretan selectivamente la información en estructuras de memoria cognoscitiva (Álvarez, 2002). Desde la perspectiva de la psicología cognoscitiva el objeto más claro de estudio en lo que se refiera a las actitudes es explicar como se realiza el procesamiento de la información y cuales son los factores que le afectan (Álvarez, 2002).

Las actitudes vista desde la perspectiva de la teoría de las Representaciones Sociales.

La teoría de las representaciones sociales interpreta que las actitudes forman parte de las representaciones sociales como una de sus tres dimensiones, junto a la información y la organización en torno al núcleo figurativo. Además, se considera que genéticamente la dimensión actitudinal es la primera de las tres dimensiones (Echevarría, 1991; Moscovici, 1976).

Asimismo, para que las personas puedan llegar a constituir una representación de determinado objeto, es necesario que haya tomado posición respecto al mismo. Y así en función de la posición tomada, la información que posean respecto al objeto y cómo se organice esta en torno a un núcleo figurativo, van a construir una representación. La actitud se da a través de la comunicación de información de un determinado objeto entre las personas de los grupos,

información que por otra parte, contiene creencias eñe sentido común del grupo respecto al objeto (Doise y Palmonari, 1986).

Moscovici considera ¿i las actitudes como una forma de organización psicológico evaluativo entorno a un objeto, en función de la dicotomía positiva-negativa (Moscovici, 1976), dicho en otra forma, de agrado-desagrado, fie considera que las actitudes poseen una doble función hacia el interior de una representación: una regulación esto es, al seleccionar y orientar las conductas de respuesta ante los objetos, y otra motivacional, que es la connotación afectiva respecto al objeto (Echevarría, 1991). Visto así, las actitudes se referirán a determinadas dimensiones de evaluación común que un grupo elabora con respecto a un objeto, que influyen en orientar los comportamientos respecto al objeto y que si bien existen variaciones interindividuales en el nivel actitudinal, están inmersas y reguladas por una. meta sistema grupal (Doise et al., 1994) . Un ejemplo de esto es lo encontrado por Páez y colaboradores (1991) respecto a'l SIDA. Ellos encontraron que un grupo de personas se definían por tener una actitud negativa respecto a la enfermedad asociándola con miedo, repulsión, vicio, etc., así como con la evitación de personas sospechosas de poseer la enfermedad. En otro estudio llevado ¿i cabo por Basabe y Páez (1992) sobre el consumo del alcohol por los jóvenes, se encontró que las personas tienen una actitud mas positiva hacia el alcohol, asociándolo a efectos como desinhibición ante el sexo opuesto, euforia, etc., lo cual se asoció a un mas alto nivel de consume.

La actitud influye en el aprendizaje

Una extrapolación de los resultados de Tingle y Ostrom llevaría a predecir que la actitud produce un aprendizaje selectivo, de tal modo que las personas recuerdan mejor la información y las comunicaciones favorables cuando su actitud es positiva, y a la inversa. Levine y Murphy (1943, en Pratkanis, 1989, p.80) dividieron a sus participantes en partidarios y contrarios al comunismo, les hicieron leer una serie de comunicaciones a favor y en contra de esta ideología política. Encontraron que las personas con actitudes positivas hacia el comunismo aprendían y recordaban mejor las comunicaciones favorables, mientras que las que tenían actitudes negativas hacían lo propio con las desfavorables. Tese a ser muy verosímil, este resultado no ha vuelto a aparecer en la investigación posterior.

Funciones de la actitud

La parte de las funciones de las actitudes planteadas por Arias (1996), las actitudes cumplen otro tipo de funciones (Greenwald, 1989) como por ejemplo: la orientación de una persona hacia la consecución de metas si su actitud es favorable y el rechazo hacia un grupo de personas o ideologías en el caso de que sea desfavorable. En cuanto a las funciones de las actitudes se destacan las siguientes;

En primer lugar la función adaptativa hace referencia a la utilización de la actitud con el fin de minimizar las consecuencias negativas y maximizar las recompensas; a su vez se presenta una función expresiva relacionada con la expresión positiva de nuestros valores centrales refuerza el sentimiento de autorrealización y expresión del sí.

Las actitudes sirven para proteger el ser humano del reconocimiento de variedades básicas sobre sí mismo o sobre la realidad . Atribuyendo a otros rasgos propios que considerarnos inaceptables en la persona con el fin de protegernos de los mismos a esta función se le denomina función auto protectora.

Por ultimo se encuentra la función formativa que señala que la persona continuamente esta en búsqueda de aclarar y comprender los acontecimientos a los que se enfrenta a diario, es así como la actitud suministra patrones de evaluación mientras que los estereotipos ofrecen el orden y claridad respecto a las diferencias humanas.

Por otra parte, Morales, J, Reboloso, E, y Moya, M, (1994). Plantean otra clasificación acerca de las funciones de las actitudes. La primera es la función de evaluación de los objetos del mundo social y la segunda la función de la actitud como ajuste social y de expresión de valores.

Sin embargo, el análisis más conocido es el de Katz (1960), quien identificó cuatro funciones posibles de las actitudes. Primera, las actitudes sirven para maximizar las recompensas y minimizar los castigos, Katz la llamó función utilitaria. Segunda, .Las actitudes permiten que los observadores comprendan su entorno al proporcionar evaluaciones resumidas de objetos y grupos de objetos, función de conocimiento. Tercera, las actitudes algunas veces comunican Los valores y la identidad de los individuos y hacia los demás y la llamó función expresiva del valor. En este contexto, los psicólogos sociales distinguen entre actitudes y valores; los últimos se refieren a normas o metas más amplias que se consideran importantes, como la igualdad, la libertad y la salud (Se'ligman, Olson y Zanna, 1996). Por último, las actitudes

sirven para evadir verdades dolorosas y Katz la llamó función defensiva del ego.

7.7. Teoría de actitudes

Se pueden distinguir dos tipos de teorías sobre la formación de las actitudes, estas son: la teoría del aprendizaje y la teoría de la consistencia cognitiva.

Teoría del aprendizaje.- se basa en que al aprender se reciben nuevos conocimientos de los cuales se intenta desarrollar unas ideas, unos sentimientos, y unas conductas asociadas a estos aprendizajes. El aprendizaje de estas actitudes puede ser reforzado mediante experiencias agradables.

Teoría de la consistencia cognitiva: se basa o consiste en el aprendizaje de nuevas actitudes relacionando la nueva información con alguna otra información que ya se conocía, así se trata de desarrollar ideas o actitudes compatibles entre sí.

Teoría de la disonancia cognitiva: esta teoría se creó en 1962 por León Festinger, consiste en hacernos creer a nosotros mismos y a nuestro conocimiento que algo no nos perjudica pero sabiendo en realidad lo que nos puede pasar si se siguiese manteniendo esta actitud, tras haber realizado una prueba y fracasar en el intento. Esto nos puede provocar un conflicto, porque tomamos dos actitudes incompatibles entre sí. que nosotros mismos intentamos evitar de manera refleja. Esto nos impulsa a construir nuevas actitudes o a cambiar las actitudes ya existentes.

Actitud de la información cognoscitiva

El modelo más conocido que vincula creencias y evaluaciones es la teoría de la Acción Razonada (Fishbein y

Ajzei, 2 975). De acuerdo con el modelo, nos consideramos seres racionales, pensadores deliberados que actuamos a partir de nuestros conocimientos. Esta teoría es un modelo general de las relaciones entre actitudes, convicciones, presión social, intenciones y conducta. Fishbein y Ajzen plantearon la hipótesis de que las actitudes están determinadas por características que los observadores asocian con un objeto (sus creencias acerca del objeto): esto es una actitud esta determinada por cualquier característica que parezca importante a los individuos (viene a la mente fácil y rápidamente cuando pensamos en el objeto), sopesadas por el hecho de si son características buenas o malas.

Actitudes basadas en la información afectiva

El conocimiento de los objetos también induce respuestas afectivas, como sentimientos de aprecio por un amigo que posee características agradables o sensaciones de enojo porque sabemos que alguien se benefició de manera deshonestas. En estos ejemplos, la información cognoscitiva y afectiva es interdependiente. El afecto también se vincula a los objetos de manera independiente del conocimiento, es decir, tenemos sentimientos buenos o malos acerca de un objeto por razones que no atañen a nuestras creencias.

Actitudes basadas en la información conductual

En la teoría de la auto percepción del Bem, postula que hacemos juicios acerca del yo de igual manera a como los hacemos con los demás; es decir inferimos estados internos a partir de conductas elegidas en forma libre.

La salto percepción de las actitudes a partir de las conductas es mas probable cuando esas actitudes se forman recientemente, son débiles o son ambiguas. Una vez se tiene una evaluación accesible e intensa, no se utilizará las conductas pertinentes para conocer nuestra actitud. Pero cuando Las actitudes son débiles los procesos de auto percepción nos sirven para inferir nuestra posición.

Un estudio de Charlen y Baldwin (1981) ilustra que la auto percepción ocurre solo para las actitudes débiles.

Estos autores identificaron grupos de personas con actitudes "bien definidas" hacia temas ecológicos basados en sus conocimientos y sentimientos acerca de estas cuestiones eran congruentes o incongruentes (las actitudes "bien definidas" fueron las que constituían creencias y sentimientos favorables o desfavorables). Se les aplico un cuestionario diseñado para que revisaran sus conductas pasadas de manera sesgada. Algunos participantes llenaron un cuestionario "pro ecológico", que insistía en sus conductas responsables con el entorno; otros llenaron un cuestionario anti ecológico que destacaba sus conductas irresponsables. Después, valoraron sus actitudes hacia los temas ambientales. En los participantes con actitudes mal definidas, la revisión sesgada de las conductas pasadas influyó en sus actitudes. Las personas a quienes se insistió en las conductas ecológicas se valoraron más ambientalistas que los individuos para quienes se resaltaron las conductas antiecológicas. En contraposición, esta manipulación no influyó en la valoración de las actitudes de los que poseían actitudes bien definidas. Para resumir, solo aquellos cuyas actitudes eran débiles o ambiguas recurrieron a sus actos pasados (que resaltó el

cuestionario sesgado) para inferir sus actitudes ambientales.

Actividad ;i> .pzoceanilento d'o **la información**

Una de las funciones de las actitudes es la función de conocimiento, que se refiere al hecho de que estas facilita la identificación de objetos y constituyen uno de los factores que guían la percepción e interpretación de los objetos. En cierto sentido, las actitudes son como una lente psicológica a través de la cual se procesa la información y se ve el mundo. Primero se verá el tema de selectividad: las actitudes sesgan el procedimiento de la información de modo que hay más probabilidades de que se procese la información congruente con las actitudes. La selectividad opera en todas las etapas del procesamiento de la información: la atención (lo observado), la percepción (como se interpretan los estímulos) y la memoria (lo que se recuerda). Los efectos de las actitudes sobre el procesamiento de información deberán ser mayores cuando las actitudes sean muy accesibles (es decir, cuando viene a la mente de manera rápida; Razio, 1990) ya que las actitudes accesibles se activan en forma automática en la presencia del objeto y, por ende, influyen en la percepción.

Marco social del desarrollo de la psicología cognoscitiva y su aplicación al campo de la salud

La segunda guerra mundial fue para la ciencia, el inicio de la búsqueda de respuesta para muchos interrogantes, los cuales poco a poco se fueron convirtiendo en la base para el surgimiento de organizaciones, como la organización mundial de la salud (OMS) creada en 1948, que tenía como propósito "vigilar la

salud del mundo" , Do esta incinera surgen organizaciones como leí organización de los Estados Americanos (OEA), también en 1948, la organización del tratado libre del Norte (OTAN) en 194 9', la organización mundial del Trabajo (OIT) en 1954 entre otras, para esta época los sistemas de salud de todos los países restablecieron con la intención de que fueran lo más eficientes posible con el menos gasto posible. La posguerra estableció nuevos enfoques basados en las doctrinas de l<i libertad económica y el liberalismo político por unē. parte, y la doctrina económica y social del socialismo por otra (Dahrendorf, 1974, 1990; Bell, 1984, 1987) . En el caso de los programas y sistemas de salud de los bloques socialistas, se puede decir que en general atravesaron igual número de dificultades que los de los países capitalistas, debido a que su economía no fue muy boyante en general, lo que repercutió negativamente en su sistema de salud.

El interés estaba centrado en mantener a los pueblos sanos, ayudando a que se recuperarán de sus heridas de guerra y volvieran a ser productivos. Instaurar y acrecentar el estado de bienestar para todos fue la clave del impulso o interés por la salud, el bienestar, la modernización de los sistemas nacionales de salud, la asistencia médica, los estudios médicos acerca de la salud y de le. enfermedad y la coordinación internacional respecto a los mismos (Navarro 1984), todo esto con el objetivo "del bieiestar para todos''.

El desarrollo de las ciencias sociales y sus aportes al tema maní testarían mas adelante, cuando se empezó a descubrir que los estudios y aportaciones médicas junto con las económicas, no eran por si solas suficientes para lograr el estado de salud y bienestar de los pueblos. Las

Crisis económicas hicieron que muchos planes de estado de bienestar se replantearan (Rosen, 1985; hubo que recurrir a todo lo que aportará soluciones al problema de la salud y la enfermedad, por eso se le pidió ayuda a las ciencias sociales. Allí es donde toman auge los estudios sobre la salud y la enfermedad desde el enfoque de la psicología social..

Búsqueda de la intervención psicológica profesional

Diferentes autores han opinado acerca de cual es el momento más adecuado para solicitar una intervención psicológica, por ejemplo Nathan y Gorman, 1998, dicen que quizás sea importante tener evidencia de la existencia de un problema, antes de que los psicólogos profesionales inviertan su tiempo y experiencia, y el tiempo y dinero de sus clientes, para producir un cambio. De manera más específica, puede que sea necesario contar con evidencia de un trastorno psiquiátrico diagnosticable que cumpla con los criterios detallados en el DSM IV antes de solicitar los servicios de un psicólogo clínico. De manera alternativa, una vez que un trastorno puede ser demasiado tarde para que una intervención sea útil y eficaz, pues una onza de prevención puede valer una libra de curación cuando se trata de trastornos conductuales y emocionales serios (Muñoz, Mr-azek y Haggerty, 1996; Price, Cowen, Lorion y Ramos - McKay, 1988). El mejor momento para intervenir puede ser cuando hay evidencia de que un individuo está en alto riesgo de desarrollar un problema o cuando presenta los primeros indicios de un problema serio, aunque el problema en sí no se haya manifestado con plenitud.

Y finalmente, la tercera posición la representa la ciencia de que la intervenciones psicológicas son más útiles para promover y

desarrollar estilos saludables de conducta y pensamiento (Kaplat;, 2000). Toda persona está en riesgo de desarrollar series problemas de salud, que van del cáncer al Sida, si no sigue un conjunto de directrices fundamentales para un estilo de vida saludable, de manera similar, todo individuo corre el riesgo de desarrollar problemas psicológicos, como la depresión y la ansiedad, si no desarrolla un estilo saludable de pensamiento y conducta. (Citado por Compás, B. 2003).

Otros autores como Mora, J. , y Sugiyama, M. (2005) han investigado sobre la búsqueda de ayuda profesional en caso de padecimiento emocionales y observaron que las personas ante dificultades de tipo psicológico evidencian la consideración de múltiples recursos para enfrentarlas, la principal fuente de apoyo proviene de la familia nuclear; básicamente se trata de la pareja y los hijos. Otro recurso importante está representado por los miembros de la familia de origen (padres, hermanos), familiares cercanos y otras figuras significativas como los compadres, amigos, tíos, cuñados, entre otros. Algunos incluyen a la espiritualidad (Dios) y aproximadamente el 17% de los participantes de esta investigación prefieren hacer frente por sí mismo a sus problemas. Sin embargo, al considerar la información obtenida de las entrevistas en profundidad, se hace evidente que en la práctica la disponibilidad de estos recursos es limitada, por varias razones; la familia de origen debe cubrir sus propias necesidades y no puede brindar el apoyo cuando estas personas lo necesitan, además no se encuentran preparadas profesionalmente para orientar las dificultades psicológicas. A nivel institucional, el tipo de apoyo que se ofrece no cubre las expectativas de la personas que lo requieren y otras no toman en cuenta esta

posibilidad por los mitos y falsas creencias de la sociedad con respecto a los profesionales de la salud mental.

Características generales de los adultos intermedios

No existe unanimidad ni en la denominación ni tampoco en los umbrales, pero parece claro que en todas las disciplinas que estudian el ciclo vital o la línea de vida se admite la existencia de una etapa o edad mediana, que para algunos va de los 40 a los 55, para otros de los 45 a los 60, y que teniendo en cuenta los cambios que se producen en esta etapa, cabe situarla para la presente investigación entre los 40 y 65, incluyendo parte de la siguiente etapa que son adultos maduros. Esta etapa puede iniciarse con la denominada crisis de la edad mediana, en torno a los 40 años, señalado como de fuerte impacto particularmente en el sexo masculino. Es el camino hacia la edad adulta madura, que se inicia hacia los 55 años, y que por sus características propias supone una etapa decisiva, que conduce directamente a la vejez (Vaquero, J. 1989).

En la actividad no hay un declive significativo, aunque es cierto que debido a prejubilaciones, incapacidades por enfermedades crónicas y al impacto del desempleo ya en edades consideradas socialmente como avanzadas para reciclarse, el índice cae algo en los varones (en la mujer hay una caída progresiva desde los 25-29 años, por las pautas de una sociedad aún tradicional en ciertos aspectos de la vida familiar y el peso del pasado) por vez primera, muy ligero aún, pero que no es otra cosa que el preludio de lo que ocurrirá a partir de los 55 años. Se produce del mismo modo una caída muy relevante de la fecundidad, no sólo por factores sociales sino también porque lo inevitable es que el proceso de liberación de óvulos en

la mujer inicia el camino definitivo hacia su fin, iniciándose el climaterio (fase previa de la menopausia), cuyo inicio viene dado por el descenso de la duración de los ciclos menstruales, de tal modo que de los 30 días aproximadamente de los 30 años se va acortando hasta situarse entre los 22 y 28 días hacia los 40 años de edad, produciéndose al mismo tiempo una variación importante en el momento de la ovulación, pasándose de la mitad del ciclo a un adelanto o retraso e incluso a la no aparición ocasional. Proceso que explica el hecho de embarazos no deseados en mujeres que creían conocer bien la regularidad de su ciclo menstrual y que no adoptan procedimientos anticonceptivos adecuados (Berger, K. y Thompson, R. 2001). En el hombre continúa también el descenso del número de espermatozoides viables en las emisiones seminales, cuyo resultado general, en varones y mujeres, es una disminución grande de la fertilidad ya en la edad intermedia, a lo que se debe de añadir el aumento de los riesgos de aborto espontáneo o natural y de problemas de anomalías cromosómicas en los embarazos ya tardíos, motivo por el que en leu; sociedades más desarrolladas se evita la concepción en la edad intermedia. (Vaquero, J. 1989).

Loj "c.: du' i' iiiiictivos

Se inicia esta etapa en torno a los 55 años de edad, momento en que ya se tiene conciencia de que se ha traspasado la vida media, resta menos de la mitad de vida, comienza a fallar la salud, se manifiestan enfermedades crónicas, de índole genética y en muchas ocasiones derivada.; también del ritmo de vida, algunas de las cuales, como tumores, cardiovasculares, etc., causan la muerte, o en caso de superarse, a pesar de una aceptable calidad de

vida, de; an la huella psíquica del trastorno, del declive en el ciclo de vida. La tasa de actividad inicia su caída espectacular. de tal modo que ya en el intervalo de edad de 55-60 es de 15,8% en los varones y de 38,4% en las mujeres, debido a las prejubilaciones e incapacidades laborales, preámbulo de lo que ocurrirá inexorablemente a partir de Los 65 años, en que se entra en la vejez. En la mujer s e pasa del climaterio propio de la edad intermedia a la menopausia, que se manifiesta en promedio a los 51 años, aunque puede oscilar entre los 42 y 58 años, lo que genera la pérdida definitiva de l; i fertilidad. Así, la menarquia y la menopausia significan hitos claves en el ciclo vital de la mujer, por ios cambios fisiológicos, sociológicos y psicológicos que entrañan (Larroy, C. 2004). Los bajos niveles de estrógenos en esta nueva etapa provocan además dos ¿U foraciones relevantes para la salud: el primero, la pérdida de calcio en los huesos, con el riesgo de manifestación de la osteoporosis; el segundo, el aumento de grasa en .Las arterias (arteriesclerosis), factor elevado de riesgo de. enfermedades coronarias.

Método

Tipo de investigación

Este estudio es de tipo correlacional, el cual tiene como propósito describir las actitudes hacia el deterioro psicológico y hacia la búsqueda de ayuda psicológica profesional y la relación entre ellas, en un grupo de adultos intermedios de la ciudad de Bucaramanga, mediante escalas que permitan identificar características distintivas en estos comportamientos en los participantes del estudio.

Diseño

El estudio sigue un diseño correlacional - transversal.

Hipótesis

H1: Se encontrará una correlación positiva muy fuerte entre las variables actitud hacia el deterioro psicológico y actitud hacia la búsqueda de ayuda psicológica profesional en la población objeto de estudio. (Jordán, M. 2002; Lara, M. 1996; Desviat, M. 1993).

H2: En la población objeto de estudio se encontrarán dimensiones actitudinales hacia el deterioro psicológico tales como: separación, estereotipo, restricciones, benevolencia, predicción pesimista, estigmatización y conceptualización constructiva.

H3: En la población objeto de estudio se encontrarán las dimensiones actitudinales hacia la búsqueda de ayuda psicológica profesional tales como: privacidad psicológica, apertura al tratamiento y percepción del estigma.

Variables*Definición conceptual*

Actitud hacia deterioro psicológico: corresponde a las creencias e intenciones comportamentales (separación, estereotipo, restricciones, benevolencia, predicción pesimista, estigmatización) que poseen las personas y determinan la manera de reaccionar ante alguien que presenta un deterioro psicológico. (García, S. 1994).

Actitud hacia la búsqueda de ayuda psicológica profesional: es el reconocimiento por parte de un individuo de su necesidad de recibir un servicio profesional que le permita desarrollar recursos personales para buscar su bienestar psicológico. (Mackenzie, C., Knox. J., Gekoski, W. 2001)

Definición operaciopal

Actitud hacia el deterioro psicológico: repuestas dadas por los participantes en un rango de escala de 1 a 5, a los 36 ítems del instrumento para evaluar actitudes hacia el deterioro psicológico, dividida en siete sub - escalas: 1^{ra} Separación con ocho ítems, 2^{da} Estereotipos con cuatro ítems, 3^{ra} Restricción con cuatro ítems, 4^{ta} Benevolencia con siete ítems, 5^{ta} Predicción pesimista con cuatro ítems, 6^{ta} Estigmatización con cuatro ítems y 7^{ma} Conceptualización constructiva con cinco ítems.

Actitud hacia la búsqueda de ayuda psicológica profesional: repuestas dadas por los participantes en un rango de escala de 0 a 4, a los 24 ítems del instrumento para medir actitudes hacia la búsqueda de ayuda psicológica profesional, divida en tres sub - escalas que contienen ocho ítems cada una, 1^{ra} Privacidad Psicológica, 2^{da} Informe de Apertura al tratamiento y 3^{ra} Percepción del Estigma.

Participantes

Este estudio incluyó una muestra aleatoria de población en general, 100 mujeres y 100 varones Colombianos entre 40 y 65 años de edad habitantes de la ciudad de Bucaramanga. Se tuvieron en cuenta los siguientes criterios de inclusión:

1. Rango de edad: 40 a 65 años.
2. Capacidad lecto escritora básica.
3. Género: masculino y femenino.

Criterios de exclusión:

1. Condiciones previas de discapacidad mental.
2. Participación en tratamiento psicológico.

Instrumentos

Para la recolección de información, acerca de las actitudes hacia el deterioro psicológico, se utilizó la escala de actitudes hacia el deterioro psicológico (Modificada, 2006) (apéndice A) , adaptada del instrumento original "Opinions about Mental Illness Scale - OMICC" (Borshuk, C., 2001). Dicho instrumento consta de 36 ítems que expresan opiniones desfavorables, neutrales y favorables respecto a el deterioro psicológico; el continuo actitudinal esta dado por una escala likert con cinco opciones de respuesta que son: totalmente en desacuerdo, casi totalmente en desacuerdo, algunas veces de acuerdo, casi totalmente de acuerdo y totalmente de acuerdo y dividida en siete factores o sub - escalas: I Separación con ocho ítems, II Estereotipos con cuatro ítems, III Restricciones con cuatro ítems, IV Benevolencia con siete ítems, V Predicción pesimista con cuatro ítems, VI

Estigmatización con cuatro ítems y VII Conceptualización constructiva con cinco ítems.

Los coeficientes de validez y confiabilidad Crombach's Alpha de la escala son de 0.87 y para la subescala de separación el alpha fue de 0.74, benevolencia 0.64, estereotipo 0.73, restricciones 0.79, predicción pesimista 0.58 y estigmatización 0.39. Este instrumento fue sometido al procedimiento de validación por jueces con el fin de obtener un concepto de experto acerca de los diversos aspectos de los ítems que componen el instrumento. Teniendo en cuenta a los autores (Desviat, M. 1993), (Vezzoli, R. 2002), fue necesario incorporar una nueva dimensión a la escala, que midiera la conceptualización de la variable deterioro psicológico, como un elemento importante en la escala de actitud referida, debido a que dicha conceptualización se refiere a la percepción que las personas tienen de dicho fenómeno, destacando aquellas que abordan la condición psicológica deteriorada como un estado de inflexibilidad, invariabilidad del significado que el individuo confiere a su experiencia personal acerca de sí mismo y de su vida. A partir de esto se incorporaron los ítems 32, 33, 34, 35 y 36 bajo el factor conceptualización constructiva.

Para medir la variable actitudes hacia la búsqueda de ayuda psicológica profesional se utilizó el inventario de actitudes hacia la búsqueda de ayuda profesional en caso de problemas psicológicos (apéndice B), traducido del instrumento original "Inventory of attitudes towards Seeking professional help for psychological problems IASPHPP" (Fischer y Turner, 2001); que consta de 24 ítems agrupados de tres factores con ocho ítems cada una, I Privacidad Psicológica, II Informe de Apertura al

Tratamiento y III La Percepción del Estigma, el inventario total y cada una de las sub escalas exhibió altos niveles de consistencia interna, para inventario IASPHPP Crombach Alpha fue de 0.87, para la sub escala de privacidad psicológica alpha fue de 0.82, para la sub escala de informe de apertura al tratamiento fue 0.76 y para la sub escala de percepción del estigma fue de 0.79 , los tres factores están alta y positivamente correlacionados el uno con el otro.

Los dos instrumentos originales fueron traducidos al idioma español por traductor certificado. (Arias, G. 2006).

Procedimiento

Para llevar a cabo la investigación se desarrollaron los siguientes procesos centrales:

1. Identificación y consecución de los instrumentos de medición de las variables objeto de estudio.
2. Proceso de validación de estos instrumentos: los dos instrumentos se encontraron originalmente en inglés y fueron traducidos por un interprete oficial para ser utilizados en la población objeto de estudio en su idioma (español), además, se siguió el procedimiento de validación por jueces con el instrumento que mide la actitud hacia el deterioro psicológico, con el propósito de adaptarlo a la población a estudiar.
3. Contacto de la población objeto de estudio, adultos intermedios entre 40 y 65 años residentes en la ciudad de Bucaramanga.
4. Aplicación de los instrumentos de medición.
5. Análisis de los resultados y discusión.

observar que existe una correlación positiva considerable: .770, lo que significa que a mayor actitud positiva hacia deterioro psicológico, se presenta una mayor actitud positiva hacia la búsqueda de ayuda psicológica profesional en la muestra objeto de estudio. Esto con un nivel de significancia de $p < .01$, lo que significa que el coeficiente de correlación $r = 0.77$, es un valor considerable de relación entre las dos variables.

Tabla 2: **Coefficiente de correlación**

		DETERIORO PSICOLÓGICO	BÚSQUEDA DE AYUDA PSICOLÓGICA
DETERIORO PSICOLÓGICO	Pearson Correlation	1	.770 (**)
	Sig. (2- tailed)	.	.000
	N	200	200
BÚSQUEDA DE AYUDA PSICOLÓGICA PROFESIONAL	Pearson Correlation	.770 (**)	1
	Sig. (2- tailed)	.000	.
	N	200	200

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

La tabla 3 presenta los resultados del análisis factorial con rotación Varimax de la escala de actitudes hacia el deterioro psicológico, se obtuvo una solución de cinco factores o componentes que explican el 94.776% de la varianza, al interior de los cuales fueron seleccionados aquellos ítems con carga factorial igual o superior a .40, lo cual según la clasificación de Comrey, (1973) los hace

buenos para ser considerados en el componente en el cual cargan.

El factor I lo componen los ítems 1,2, 5, 6,7, 8,9,10, 11,13, 14, 15,21,24,25, 26,27,28,29, y 30, que explican el 85.216% de la varianza, entre otros que conforman el mismo factor pero no fueron considerados porque tuvieron una carga factorial inferior a .40 la cual dentro de la clasificación de Comrey, (1973) corresponden a cargas factoriales regulares, formando el componente que se denomino "exclusión y restricción" y se refiere a la distancia que se debe mantener con las personas con deterioros psicológicos.

El factor II, lo conforman los ítems 3,4 y 31 que explican el 7.53% de la varianza entre otros que conforman el mismo factor pero no fueron considerados porque tuvieron una carga factorial inferior a .40 la cual dentro de la clasificación de Comrey, (1973) corresponden a cargas factoriales regulares, formando el componente que se denomino "estigmatización" y se refiere a la restricción social de los derechos del enfermo mental.

El factor III, lo conforman los ítems 16 y 23 que explican el 1.472% de la varianza, entre otros que conforman el mismo factor pero no fueron considerados porque tuvieron una carga factorial inferior a .40 la cual dentro de la clasificación de Comrey, (1973) corresponden a cargas factoriales regulares, los cuales formaron el componente que se denomino "benevolencia" y se refiere a la amabilidad hacia las persona con deterioros psicológicos.

El factor IV, lo compone el ítem 32 que explican el .253% de la varianza entre otros que conforman el mismo factor pero no fueron considerados porque tuvieron una carga factorial inferior a .40 la cual dentro de la

clasificación de Comrey, (1973) corresponden a cargas factoriales regulares, formando el componente que se denomina "afrentamiento" y se refiere a la manera como las personas explican las dificultades de su vida.

Y por último el factor V, lo conforman los ítems 35 y 36 que explican el .305% de la varianza, entre otros que conforman el mismo factor pero no fueron considerados porque tuvieron una carga factorial inferior a .40 la cual dentro de la clasificación de Comrey, (1973) corresponden a cargas factoriales regulares, formando el componente que se denomina "conceptualización constructiva" y se refiere a la percepción que las personas tienen del fenómeno del deterioro psicológico.

Tabla 3: **Análisis factorial de la escala de actitudes hacia el deterioro psicológico**

ítem	Exclusión y restricción	Estigmatización	Benevolencia	Afrontamiento	Conceptualización constructiva
1	.647				
2	.733				
5	.593				
6	.646				
7	.827				
8	.798				
9	.821				
10	.614				
11	.858				
13	.762				
14	.671				
15	.757				
21	.634				
24	.660				
25	.726				
26	.734				
27	.757				
28	.826				
29	.655				
30	.589				
3		.693			
4		.726			
31		.652			
16			.835		
23			.691		
32				.879	
35					.873
36					.491
* Varianza	85.216%	7.53%	1.472%	.253%	.305%

La tabla 4 presenta los resultados del análisis factorial con rotación Varimax del inventario de actitudes hacia la búsqueda de ayuda psicológica profesional, que produjo una solución de dos factores que explican el 99.999% de la varianza, el factor I agrupo los ítems 2,4,5,8,10,13,15,19,22 y 23, que explica el 85.597% de la varianza y el cual se denominó "apertura al tratamiento" que se refiere a la disposición de los individuos a recibir ayuda psicológica profesional.

En el factor II, se aglutinaron los ítems 1,3,6,7,9,11, 12,14,16,17,18,20,21,24, que explican el 14.402% de la varianza y forman el componente que se denominó "privacidad psicológica" y se refiere a las creencias individuales acerca que los problemas personales pueden ser tratados con privacidad.

Tabla 4: **Análisis factorial de la escala de actitudes hacia la búsqueda de ayuda psicológica profesional**

ítem	Apertura al tratamiento	Privacidad psicológica
2	.772	
4	.778	
5	.840	
8	.571	
10	.828	
13	.754	
15	.831	
19	.850	
22	.790	
23	.803	
1		.404
3		.719
6		.700
7		.634
9		.731
11		.782
12		.467
14		.837
16		.720
17		.784
18		.698
20		.619
21		.597
24		.679
% Varianza	85.597%	14.402%

Según lo anterior, se puede concluir que la población objeto de estudio opera con categorías actitudinales similares a las de otros grupos poblaciones y además, existe una relación directa entre las dos variables

estudiadas, que concluye que los participantes que presentaron una actitud favorable hacia el deterioro psicológico, igualmente presentaron una actitud favorable hacia la búsqueda de ayuda psicológica profesional.

Discusión

De acuerdo a los resultados obtenidos en el análisis correlacional y factorial de las variables objeto de estudio se puede observar que existe una correlación positiva considerable entre las variables actitud hacia el deterioro psicológico y búsqueda de ayuda psicológica profesional, lo cual significa que en los participantes estudiados una actitud favorable hacia el deterioro psicológico esta relacionada con una mayor actitud positiva hacia la búsqueda de ayuda psicológica profesional. De acuerdo con la hipótesis planteada con respecto a la correlación que se había previsto para las dos variables del estudio, se confirmó sólo un grado de correlación positiva considerable y no una positiva muy fuerte (la cual se presenta en coeficientes de correlación superiores a +0.90).

Este hallazgo correlacional no resulta confirmatorio tampoco de otros resultados hallados en estudios antecedentes tales como Desviat, M. 1993 y Sánchez, F. 2003, en Europa; Jordán, M. 2002 y Jamison, K. 2006, en Norte América; Lara, M.1996; Romero, M. 1997; Garcia, S. 1998; Garcia, S. 2002, en Centro América y Becerra, L. 2005, en Latinoamérica. Sin embargo, estos resultados permiten considerar la relación de las actitudes hacia el deterioro psicológico y su asociación con asuntos tales como: el bajo porcentaje en la búsqueda de ayuda psicológica profesional, el abandono del tratamiento y los

bajos índices de participación en programas comunitarios de promoción y prevención de la salud mental.

En el análisis factorial de las dimensiones subyacentes de las variables estudiadas, la variable actitudes hacia el deterioro psicológico, el factor I "exclusión y restricción" agrupó ítems correspondientes a los componentes de separación y estereotipo de la escala original "Opinión about mental OMI", lo cual podría significar que el grupo estudiado ve predominante estos dos componente funcionados, sin hacer distinciones, puede ser que la población estudiada toma la separación y el estereotipo con características comunes.

En el factor II "estigmatización", se agruparon ítems de los componentes separación y estigmatización de la escala original y de acuerdo al análisis individual de los ítems se determinó que hacen referencia al deterioro psicológico como vergonzoso, por lo que debería esconderse, descripción que concuerda con la definición dada por los autores de la escala original al factor estigmatización.

En el factor III "benevolencia", se agruparon ítems pertenecientes al componente restricción y benevolencia en la escala original, los cuales se refieren a la amabilidad que se puede tener con las personas con deterioro psicológico.

El factor IV "afrentamiento", fue un componente adicional, con respecto al instrumento original puesto que apareció cargado a un factor distinto a pesar que en la escala inicial formaba parte del componente denominado "conceptualización constructiva".

En El factor V "conceptualización constructiva", se agruparon ítems pertenecientes al componente que en la escala original conserva el mismo nombre.

En resumen, con respecto al instrumento original se fusionaron en el factor I los componentes separación, estereotipo, predicción pesimista y de manera parcial el componente restricción, formando para este estudio un nuevo componente denominado "exclusión y restricción"; en el factor II se fusionaron ítems pertenecientes a los componentes separación y estigmatización de la escala original, formando para este estudio el componente denominado "estigmatización"; en el factor III se fusionaron ítems de los componentes restricciones y benevolencia de la escala original, formando para este estudio el componente denominado "benevolencia"; el factor IV lo conforma un ítem del componente estigmatización de la escala original, formando en este nuevo análisis el componente denominado "afrentamiento" y en el factor V continuaron ítems pertenecientes al componente conceptualización constructiva de la escala original.

Todo lo anterior confirma parcialmente la hipótesis y se puede concluir que si bien aparecieron los mismos componentes, algunos se fusionaron formando componentes denominados con nombres distintos, también aparecieron componentes adicionales como el denominado "afrentamiento" y desapareció totalmente el componente "predicción pesimista" el cual quedó incluido totalmente en el factor I "exclusión y restricción".

Teniendo en cuenta los estudios antecedentes, Yllá, L. 2000; Evagelou, H. 2005, en Europa; Cuomo, D. 1998 y Wallach, H. 2004, en Norte América, encontraron componentes tales como: autoritarismo, benevolencia, etiología interpersonal, restrictividad o restricción social, negativismo y etiología del higiene mental; Borshuk, C. 2001, en Norte América, encontró componentes tales como:

separación, estereotipo, restricción, benevolencia, predicción pesimista y estigmatización; en su mayoría se relacionan directamente con el los componentes del instrumento original.

De acuerdo a lo anterior, la población objeto de estudio no sería una muestra atípica a los resultados, ya que coincide en la mayor parte en los hallazgos obtenidos en los componentes considerados en estudios realizados en otras poblaciones como estudiantes universitarios, (Bethany, A. 2004), (Borshuk, C., 2001), (Cuomo, D. 1998), (Dominicus, W. 2005), (Evangelu, H. 2005), (García, S., 1998) (Meda, R. 2004), (Steven, W., 2005), (Yllá, L., 2000), población en general (Desviat, M., 1993), (García, S., 2002), (Lara, M., 1996), (Jordán, M., 2002), (Mora, J., 2003), (Vezzoli, R., 2002), y curanderos urbanos (Berenzon, S., 1999).

En relación con el inventario de actitud hacia la búsqueda de ayuda psicológica profesional, esta población asume que están íntimamente relacionados la reserva con respecto a la condición de deterioro psicológico por los efectos avergonzantes del estigma asociados con la divulgación de información sobre esta condición.

En función de lo anterior y teniendo en cuenta que en la escala original estos dos componentes se presentaban separados, no necesariamente la vergüenza haría que las personas mantuvieran en reserva información acerca de lo psicológico, luego habrían más probabilidades que buscarán mayor ayuda psicológica profesional, porque el hecho de hacerlo no los haría sentir avergonzados públicamente, mientras que para la población objeto de estudio si sería vergonzoso.

Los hallazgos según los cuales los componentes de privacidad psicológica y percepción del estigma sean concebidos por el grupo de estudio como una sola categoría implicarían que sentimientos de vergüenza social estarían íntimamente relacionados con la divulgación de información acerca de estados de deterioro psicológico, lo cual podría afectar los procesos de búsqueda de ayuda frente a esta condición y quizás la continuidad en tratamientos relativos a la misma, mientras que al presentarse por separados dichos componentes la vergüenza social no estaría afectando de una manera decisiva las acciones de búsqueda de ayuda psicológica profesional, tal como estaría planteado en el instrumento original y como lo mostrarían estudios coincidentes con el mismo como "Estigmatización de la enfermedad mental". (Jordán, M. 2002).

Conclusiones

La población objeto de estudio opera con similares categorías actitudinales frente al deterioro psicológico y hacia la búsqueda de ayuda psicológica profesional que lo hace otros grupos poblacionales (estudiantes universitarios, curanderos urbanos y profesionales de la salud) en distintos lugares del mundo como se puede analizar a partir de la revisión de antecedentes sobre el tema.

Efectivamente las variables actitud hacia el deterioro psicológico y búsqueda de ayuda psicológica profesional tiene una correlación positiva que hace que la dos variables covarien de una manera directa, es decir, que las actitudes hacia el deterioro psicológico estén fuertemente vinculadas con la decisión o no de las personas estudiadas de buscar atención profesional, de participar en campañas

de promoción de la salud, de mantenerse y terminar su participación en programas psicoterapéuticos y/o campañas de salud pública.

La diferencia estaría en el caso de las actitudes hacia la búsqueda de ayuda psicológica profesional en la fuerte asociación de los sentimientos de vergüenza con la exteriorización de sus afecciones psicológicas y en el caso de actitudes hacia el deterioro psicológico, en la unión entre el componente separación y estereotipo, es decir, que necesariamente el juicio negativo sobre la condición de deterioro psicológico tiene un efecto desfavorable sobre la desvinculación con el otro, lo cual aparecería separado en el instrumento original y en los resultados coincidentes en este sentido obtenidos en otras poblaciones.

Recomendaciones

Teniendo en cuenta que los hallazgos obtenidos en la muestra presentan una asociación entre el comportamiento de búsqueda de ayuda psicológica profesional y los sentimientos de vergüenza (alta susceptibilidad a la aprobación social), se recomienda que en investigaciones futuras se exploren las posibles relaciones entre estos dos elementos sociales y además, la posible asociación entre la condición de deterioro psicológico y la separación afectiva de la persona que lo presenta. Asimismo, podrían considerarse en el diseño de programas de promoción de actitudes hacia la búsqueda de ayuda psicológica profesional y hacia la prevención del deterioro psicológico estos dos aspectos. Adicionalmente, tomar en cuenta los estilos de apego, en particular los de la región (ansioso, evitativo, etc.), a fin de evaluar posibles tendencias asociadas a determinados tipos de apego, según los cuales

la persona mantenga una relación con otro al hallarse o percibir a la otra persona en condición de vulnerabilidad psicológica y opte por desvincularse como forma de afrontamiento de la situación.

Referencias

- Álvarez, J. (2002). **Estudio de las creencias, salud y enfermedad: Análisis psicosocial**. México: Trillas.
- Alvaro, J. (1992). **Desempleo y bienestar psicológico**. Madrid: Siglo XXI.
- Alvaro, J., Torregrosa, J., Garrido, A. (1992). **Influencias sociales y psicológicas en la salud mental**. Madrid: Siglo XXI.
- Arias, G. (1994) . **Traductor e intérprete oficial, registrado con el número 1732**. Bogotá: Ministerios de Justicia.
- Barón, R. (1998) . **Psicología social**. Madrid: Printice Hall.
- Becerra, L., Murcia, N. (2005). **Actitudes hacia el trastorno mental en profesionales de hospitales psiquiátricos, centros hospitalarios y de educación especial de la ciudad de Bucaramanga**. Bucaramanga: Tesis para optar el título de Psicólogo.
- Beneit, P., Latorn, J. (1992). **Psicología de la salud**. Argentina: Editorial Lumen.
- Berenzon, S; Hernández, J. y Saavedra, N. (1999). **Percepciones y creencias en torno a la salud mental, narradas por curanderos urbanos de la ciudad de México**. México: Instituto nacional de psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.
- Bethany, A., Techman, G., Komarovskaya, I., (2004). **Implicit and explicit stigma of mental illness in diagnosed and healthy samples**. Virginia: Journal of social and clinical psychology. Vol. 25. No. 1 2006, pág. 75-95.
- Borshuk, C. (2001) . **The effect of information and prior contact on attitudes towards mental illness**. Chínese:

artículo disponible en la Web: www.tenboeck.com/factsheet.html.

Brakel, W. (2005). **Measuring health related stigma a literatura review.** *Gen Hosp. Psychiatry*. Vol 9 (1) :68 - 189.

Bravo, V., Roa, M. (2004). **Estudio descriptivo sobre actitudes discriminativas de padres hacia hijos esquizofrénicos y su efecto en la vida familiar.** México: disponible en la web: <http://psiconet.com/mexico/apsa2004/actitudeshaciahijosesquizofrenicos.htm>.

Caro, I. (1997) . **Manual de psicoterapias cognitivas.** Barcelona: Editorial Paidós.

Casco, M., Natera, G. (1986). **Percepción de un grupo de profesionistas hacia la imagen que la comunidad tiene de la enfermedad mental: comparación entre ambas poblaciones.** México: *Salud Mental*, 9 (2).

Castro, J., Cano, V. (1997). **Actitud del personal de enfermería ante el paciente psiquiátrico en unidades del segundo nivel de atención.** México: *Salud Tabasco*, vol 3 No. 1.

Cea, D. (1998). **Metodología cuantitativa, estrategias y técnicas de investigación social.** Madrid: Síntesis.

Compás, B., Gotlib, I. (2003). **Introducción a la psicología clínica.** México: Me Graw Hill.

Craig, G. (1997). **Desarrollo psicológico.** México: Prentice Hall.

Cumming, E., Cumming, J. (1957). **Closed Ranks: An Experiment in mental health,** Cambridge: Universidad de Harvard.

Cuomo, D., Romacher, A. (1998). **Attitudes among collage students towards mental illness.**

Cumming, E., Cumming, J. (1957). **Closed Ranks: An Experiment in Mental Health**. Harvard Univ. Press, Cambridge.

Desviat, M., Delgado, M., González, C., Hernández, M. (1993). **Necesidades, demanda y representación social del trastorno mental en el sur de la región de Madrid (España)**. Instituto psiquiátrico servicios de salud mental José Germain.

Dominicus, W., Stefani, G., Romero, S. (2005). **Help - seeking attitudes among african american college students**. Washington: College students journal. Vol. 39 (4).

Dulcey, E., Uribe, C. (2002). **Psicología del ciclo vital: hacia una visión comprehensiva de la vida humana**. Bogotá: Revista latinoamericana de psicología. Volumen 34, Nos. 1-2.

Evangelu, H., Adali, E., Koukia, F., Katostaras, M. y Toulia, G. (2005) . **The Influence of education of nursing students on the formation of attitudes toward psychiatric illness**. leus Nurs Web J.

Fernández, R., Izal, M., Montorio, I., González, J., Díaz, P. (1992) . **Evaluación e intervención psicológica en la vejez**. Barcelona: Martínez Roca.

Foucault, M. (1976). **Historia de la locura en la época clásica**. Madrid: Fondo de cultural económica.

Freeman, N. (1978). **Psicología social**. Tercera edición. España: Biblioteca Nueva.

García, S. (1994). **El significado psicológico y social de la salud y las enfermedades mentales**. Salud Mental: México; 17 (1): 32-44.

García - Sílberman, S. (2002). **Un modelo explicativo de la conducta hacia la enfermedad mental**. Salud Pública de México; 44 (4) .

García - Síberman, S. (1998). **Attitudes toward mental illness and psychiatry: Preliminary results**. *Salud Mental*; 21 (4): 40-50.

García - Síberman, S. (1998). **The social representation of mental health and illness among Mexican students**. *Salud Mental*; 21 (5): 7-19.

Gartly, E. (1957). **Attitudes toward and incidente of mental disorder: a research note**. *The Southw. Soc Sci. Q.*: 27-37.

Goffman, E. (1976). **Síntomas psiquiátricos y orden público. En L. Forti (Comp.). La otra locura**. Barcelona: Tusquets Editor.

GonQalves, O. (1995). **Psicoterapia cognitivo narrativa**. *Revista de psicoterapia*. Vol 7.

González, A., Fuentes, M., De la Morena, M., Barajas, C. (1995). **Psicología del desarrollo**. Archidona: Ediciones Alj ibe.

González, A., Arrizabalaga, J., Arquiola, E., Martínez, J., Huertas, R., Montiel, L. (1993). **La locura y las enfermedades mentales en la Historia**. Madrid: Historia 16.

Guidano, V. (1994) . **El sí mismo en proceso**. Barcelona: Paídos.

Hansen, B. (2003) . **Desarrollo en la edad adulta**. México: Manual Moderno.

Hernández, R., Fernández, C. y Bautista, P. (1998). **Metodología de la investigación**. Madrid: McGraw Hill.

Heinze, G., Torres, M. Cortes, J. (1999). **Attitudes of health professionals towards prescribing psychodrugs**. México: *Salud Mental*. Vol. 22 No. 6.

Hernández, R. (1997) . **Metodología de la investigación**. México: Mac Graw Hill.

- Jordán, M. (2002) . **Estigmatización of mental illness**. Trop. Med. Int. Helth. Vol 3 (2).
- Lara, M., Medina, M., Salgado, N., Acevedo, M; Díaz, M., Villatoro, J. (1996). **Utilización de servicios para problemas de salud mental en población femenina: tres estudios**. Salud Mental, vol 19 No. 2.
- León, C., Mickil, M. (1989). **Opiniones comunitarias sobre la enfermedad mental y su tratamiento en Cali**. Colombia: Acta Psiquiatr Psicol. AMER Lat, 17 (6).
- Leva, I. (1989). **Adecuando los recursos**. México: Salud Mental, 12 (2) .
- López, J., Caraveo, J., Martínez, N., Martínez, M. (1995) . **Percepción de la enfermedad mental en pacientes de consulta medica general**. Salud Mental, vol 18 No. 2.
- Luque, R., Villagrán, J. (2000). **Psicopatología descriptiva: nuevas tendencias**. Madrid: Editorial Trotta.
- Mackenzie, C., Knox, J., Gekoski, W. (2001). **An adaptation and extension of fischer and turner's attitudes towards seeking professional psychological help scale**. Queen's University at Kingston.
- Mahoney, M. (1997). **Psicoterapias cognitivas y constructivistas**. Bilbao: Desclée de Brouwer, S. A.
- Marietan, H. (1991) . **Sobre los conceptos de salud enfermedad - normalidad y anormalidad**. Revista Argentina de clínica neuropsiquiátrica. ALCMEON No. 2.
- Mcguire, W. (1989). **The structure of individual attitude systems**. The thid ohlo state unive, EUA.
- Mcwilliams, S., Morris, L. (1974). **Community attitudes about mental health services**. Community Mental Health, 10 (2) .
- Meda, R., Moreno, B., Morales, L., Torres, P., Lara, B., Nava, G. (2004) . **Creencias de salud - enfermedad en**

estudiantes universitarios. Revista de educación y desarrollo, 3 julio - septiembre.

Mickil, M., León, C. (1978). **Cultural basis of images of causation in psychological disorder: A Colombian survey.** In J Soc Psych, 24 (2) .

Middletion, J. (1953). **Prejudices and opinions of mental hospital employees regarding mental illness.** Am J of Psychiat, 110: 133 - 138.

Mirowsky, J., Ross, C. (1989). **Social causes of psychological distress.** Nueva York: Aldine de Gruyter.

Morales, F. (1994). **Psicología social.** México: MacGraw Hill.

Mora, J; Flórez, J; González, A; y Marroquin, M; (2003). **Construcción de significados acerca de la salud mental en población adulta de una comunidad urbana marginal.** México: Salud mental. Vol. 26 (5).

Mora, J., Sugiyama, M. (2005). **Padecimientos emocionales, búsqueda de ayuda y expectativas de atención en una comunidad urbana - marginal.** México: Salud Pública 47 (2) .

Moscovici, S. (1996). **Psicología social.** Barcelona: Paidós.

Myers, D. (1995). **Psicología social.** México: McGraw Hill.

Natera, G., Casco, M., González, L., Negué, J. (1985). **Percepción de la enfermedad mental a través de historietas.** México: Panam, 98 (4) .

Natera, G., Casco, M. (1991). **Actitudes hacia la enfermedad mental en población general y en un grupo de profesionales de la salud.** México: Instituto Mexicano de Psiquiatría, 98 (4) .

Nielsen, A., Eaton, J. (1981). **Medical student's attitudes about psychiatry**. Arch Gen Psychiat, 38.

Nunnally, J. (1957) . **The communication of mental health information: a comparison of the opinions of experts and the public with mass media presentation**. Behav Sci, 2: 222 - 230.

Olade, R. (1979) . **Attitudes toward mental illness: a comparison of post - basic nursing students with sciences students**. J of Advanced Nursing, 4.

Páez, D. (1986). **Salud mental y factores psicosociales**. Madrid: Editorial Fundamentos.

Pedrao, L; Avanci, R; Malaguti, S; Aguilera, A. (2003) . **Attitudes frente a doença mental: estudio comparativo entre ingressantes e formandos em enfermagem**. Medicina Ribeirao Preto 36: 37-44.

Pedrao, L; Galera, S; Silva, M; González, A; Costa, M; Sourza, M. (2005) . **Perfil das attitudes de formandos em enfermagem frente aos transtornos mentais no Brasil, Chile e Perú**. Rev. Latino-am Enfermagem 13 (3): 339-43.

Piza, E., Blay, S. (2005). **Community perception of mental disorders**. Brasil: Soc psychiatry psychiatr epidemiol. Vol. 39: 955 - 961.

Rabin, P., Labarbera, J. (1987). **Improving student attitudes toward psychiatry: The role of the clerkship**. J of Psych Educ, 11 (4) .

Ramsey, G., Sep, M. (1948). **Attitudes and opinions concerning mental illness**. Psychiatr Q. 22: 428 - 444.

Rey, J., Hormiga, C. (2005). **Reporte Salud Mental en Santander**. Bucaramanga: Observatorio de Salud Mental de Santander.

Rice, P. (1997) . **Desarrollo humano: estudio del ciclo vital**. México: Prentice Hall.

Romero, M., Gómez, C., Díaz, A. (1997). **Necesidades de atención a la salud mental de la mujer adicta**. México: Salud Mental Vol 20 (2): 38 - 47.

Rosen, G. (1974). **Locura y sociedad. Sociología histórica de la enfermedad mental**. Madrid: Alianza Universidad.

Ruiz, E., Valdivieso, C. (2002). **Psicología del ciclo vital: hacia una visión comprehensiva de la vida humana**. Revista Latinoamericana de Psicología Vol. 14 No. 1-2.

Salvarezza, L. (1998). **Una mirada gerontológica actual**. Barcelona: Paidós.

Sánchez, F., Marqués, P. (2003). **Influencia de la familia en curso de una enfermedad mental**, <http://saludpublicademexico.com.mx/enfermedadmental/influenciafamiliar>.

Sánchez, F., Guillén, C., Pineda, N., Moreno, I., Medina, F.J., Barón, M.T., Labajos. (2001). **Cambio de actitudes hacia la enfermedad mental y somática en estudiantes de fisioterapia tras seguir un programa de psicósomática**. Málaga: Revista médica Psicósom. No. 58/59.

Silvana de Rosa, (1987). **The social representations of mental illness**. Cambridge: En W. Doise y S. Moscovici (Comps.). **Current issues in european social psychology. Vol 2**. Cambridge University Press.

Stassen, K., Thompson, R. (2001). **Psicología del desarrollo: Adulterez y Vejez**. Madrid: Editorial médica panamericana, S.A.

Stefani, D. (1986). **Posición social y actitud hacia la enfermedad mental**. Revista Lationamericana de Psicología. Vol 4.

Steven, W., Galka, S., Perkins, P., Butler, M., Griffith, Ed., Shumetzer, A., Avirrappattu, G., Esterlina, J. (2005). **Medical students' attitudes toward mental**

disorders before and after a psychiatric rotation. México: Academic psychiatry. Vol. 29 (4).

Vezzoli, R., Archiati, L., Buizza, C., Pasqualetti, P., Rossi, G., Piali, R. (2002). **Actitudes hacia los pacientes psiquiátricos: un estudio piloto en una ciudad del norte de Italia.** Eur Psychiatry Ed. Esp. 9: 108-116.

Wallach, H. (2004). **Changes in attitudes towards mental illness following exposure.** New York: Community Mental Health Journal, Vol. 40 (3): 325.

Warr, P. (1987). **Work, unemployment and mental health.** Oxford: Oxford University Press.

Worchel, S., Cooper, J., Goethals, G., Olson, J. (2002). **Psicología social.** México: International Thomson Editores, S.A.

Yllá, L., Gonzáles, A. (2000). **Terapia de grupo y cambios de actitud hacia la enfermedad mental en estudiantes de medicina.** Psiquis. Vol 12 (2).

Apéndices

Apéndice A

Escala, de actitudes hacia el deterioro psicológico

Edad: _____ Genero: F M Nivel educativo: Primaria Secundaria Qj _____

Pregrado Postgrado Otro ¿Cuál? _____

El objetivo del presente cuestionario es conocer su opinión acerca de la condición de deterioro psicológico en que pueden llegar a estar las personas. Este cuestionario consta de 36 ítems, de los cuales ninguno tiene respuestas buenas ni malas. Marque con una X la respuesta con la que mejor se justifique, teniendo en cuenta el cuadro presentado a continuación. Conteste las preguntas con la sinceridad posible. Los resultados tienen fines investigativos y serán tratados de forma confidencial. Al responder tenga en cuenta la aclaración acerca de términos utilizados en los ítems que se describen a continuación:

Deterioro *psicológico* se refiere no necesariamente a una reacción patológica sino a una respuesta adaptativa ante las presiones del medio cuando otras estrategias de afrontamiento no se encuentran disponibles.

1	2	3	4	5
En desacuerdo totalmente	Casi totalmente en desacuerdo	En ocasiones de acuerdo	Casi totalmente de acuerdo	De acuerdo totalmente

<i>Enunciado</i>	1	2	3	4	5
1. Las personas con un deterioro psicológico tienen comportamientos inesperados por lo cual deben mantenerse alejadas.					
2. Si una persona padece un deterioro psicológico una vez, es probable a lo vuelva a padecer.					
3. Si instalaran un hospital mental en mi barrio, yo me mudaría a otro barrio.					
4. Me atemorizaría estar con alguien que haya padecido un deterioro psicológico, aunque haya recibido tratamiento.					
5. Los Pacientes con otros padecimientos no deberían ir al mismo hospital con los que tengan un deterioro psicológico.					
6. Cuando uno de los cónyuges padece un deterioro psicológico la ley debería permitir que el otro tramitara el divorcio.					
7. Las personas que tiene algún deterioro psicológico tienden a ser violentas y peligrosas.					
8. Es fácil identificar a aquellas personas que padecen un deterioro psicológico por su comportamiento.					
9. A las personas con un deterioro psicológico se les dificulta establecer relaciones sociales.					
10. Las personas con un deterioro psicológico tienen poca inteligencia.					
11. Las personas con un deterioro psicológico tienen comportamientos aferentes al común de la gente.					
12. Es recomendable para una persona que padece un deterioro psicológico casarse.					
13. Las personas que padecen un deterioro psicológico no pueden trabajar.					
14. Las personas que padecen un deterioro psicológico no deberían tener hijos.					

Actitudes hacia el deterioro psicológico!04

Enunciado	1	2	3	4	5
Las personas con un deterioro psicológico no tienen las mismas oportunidades que los demás.					
El cuidado y el apoyo de la familia y amigos ayuda en la rehabilitación de las personas con un deterioro psicológico.					
Las empresas y la comunidad en general, incluyendo el gobierno, deberían ofrecerle trabajo a personas con deterioros psicológicos.					
Después de recibido el tratamiento, alguien con un deterioro psicológico puede reintegrarse a su puesto de trabajo.					
Colaborar con la recuperación de alguien con un deterioro psicológico, es permitirle estar en comunidad y llevar una vida normal.					
Deberíamos ser amistosos con quienes padecen deterioros psicológicos, aunque no hayan recibido tratamiento.					
Las personas con deterioros psicológicos continúan siendo más diferentes que la gente normal, aún después de recibir tratamiento.					
Es posible que cualquiera de nosotros padezca un deterioro psicológico.					
No deberíamos reírnos de las personas con deterioros psicológicos, que su comportamiento sea extraño.					
Es más difícil para aquellos que tienen un deterioro psicológico, recibir el mismo pago, por el mismo trabajo que otra persona que no lo tenga.					
Es difícil para quien padece un deterioro psicológico retornar a la vida en comunidad después del tratamiento.					
Las personas tienen poca confianza en la recuperación de quien tiene un deterioro psicológico.					
Es difícil tener amigos, si se tiene un deterioro psicológico.					
El deterioro psicológico afecta el éxito en el trabajo de una persona.					
Es vergonzoso tener un deterioro psicológico.					
Los deterioros psicológicos son un castigo por hacer cosas malas.					
1. Sugiero que aquellos con un deterioro psicológico no le digan a nadie acerca de su enfermedad.					
Cada quien se explica la vida de una manera particular, unos de una forma más saludable que otros.					
Las personas no se deterioran mentalmente, sólo no son capaces de comprender significados variados a su vida.					
4. La gente explica lo que le pasa según su propio mundo, y no según la realidad exterior o lo que digan los demás.					
Alguien que esté en una condición psicológica deteriorada no ve alternativas posibles en su vida.					
Una persona con un deterioro psicológico puede producir formas alternativas de ver la realidad y construir una visión más coherente.					

Gracias por su colaboración.

1	2	3	4	5
En desacuerdo totalmente	Casi totalmente en desacuerdo	En ocasiones de acuerdo	Casi totalmente de acuerdo	De acuerdo totalmente

Apéndice B

Inventario de actitudes hacia la búsqueda de ayuda profesional en caso problemas psicológicos

Edad: _____ Genero: F M Nivel educativo: Primaria Secundaria

Pregrado Postgrado Otro L. 1 ¿Cuál? _____

El objetivo del presente cuestionario es conocer su opinión acerca de la búsqueda de ayuda profesional en caso de problemas psicológicos. Este cuestionario consta de 24 ítems, de los cuales uno tiene respuestas buenas ni malas. Marque con una X la respuesta con la que mejor se identifique, teniendo en cuenta el cuadro presentado a continuación. Conteste las preguntas con la sinceridad posible. Los resultados tienen fines investigativos y serán tratados de forma confidencial. Al responder tenga en cuenta las aclaraciones acerca de algunos términos utilizados en los enunciados que se describen a continuación:

El término profesional se refiere a aquellas personas que han sido especialmente capacitadas para tratar problemas de salud mental (psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales y médicos de familia).

Los términos problemas psicológicos se refiere a las razones por las cuales una persona asiste a consulta con un profesional. Otros términos similares incluyen preocupaciones de salud mental, problemas emocionales, conflictos mentales y dificultades personales.

0	1	2	3	4	
En desacuerdo	De alguna manera en desacuerdo	Indeciso	De alguna manera de acuerdo	De acuerdo	
Enunciado					
	0	1	2	3	4
Hay ciertos problemas que no deberían discutirse por fuera del círculo familiar inmediato del individuo.					
Yo sabría a quien acudir o que hacer si decidiera buscar ayuda profesional en caso de problemas Psicológicos,					
No quisiera que las personas importantes para mí (cónyuge, pareja, familia) se enteraran de que estoy padeciendo problemas psicológicos.					
Mantener la mente ocupada en algún empleo es una buena solución para tratar las preocupaciones de índole personal.					
Si mis amigos cercanos me pidiesen consejo sobre unos problemas psicológicos en particular, yo les recomendaría que vieran a un profesional.					
El haber tenido enfermedades mentales lleva consigo una carga de vergüenza.					
Probablemente lo mejor sea no saber todo sobre uno mismo.					
Si yo estuviera sufriendo un serio problema psicológico en este momento de mi vida, estaría seguro de poder encontrar alivio en la psicoterapia.					
La gente debería solucionar sus propios problemas. Obtener ayuda de un profesional debe ser el último recurso.					
Si yo tuviese problemas psicológicos podría obtener ayuda profesional si así lo quisiera.					
La gente importante de mi vida podría menospreciarme si supieran que estoy experimentando problemas psicológicos.					
Los problemas psicológicos, como otras tantas cosas, tienden a solucionarse por sí solos.					

Actitudes hacia el deterioro psicológico!04

Enunciado	0	1	2	3	4
En caso de tener problemas psicológicos, para mí sería fácil ir a un profesional.					
Hay experiencias en mi vida que no discutiría con nadie.					
Quisiera tener ayuda profesional si me sintiera preocupado o turbado por un largo periodo de tiempo.					
Para mí sería incómodo buscar ayuda profesional para solucionar problemas psicológicos porque la gente en mi círculo social y laboral no se daría cuenta.					
El haber sido diagnosticado con un desorden mental es como una carga en la vida de una persona.					
Hay algo admirable en la actitud de las personas que están dispuestas a arreglárselas con sus conflictos y miedos sin tener que recurrir a ayuda profesional.					
Si creyera que estoy sufriendo algún tipo de quebranto mental, mi primera inclinación sería obtener ayuda profesional.					
Me sentiría incómodo yendo a un psicólogo porque no sabría que diría la gente.					
La gente de carácter fuerte puede recuperarse de los problemas psicológicos por sí mismos y tienen menos necesidad de la ayuda profesional.					
Yo estaría dispuesto a confiar mis intimidades a la persona adecuada si creyera que esto pudiera ayudarme a mí o a un miembro de mi familia.					
Si yo hubiese recibido tratamiento para problemas psicológicos, yo sentiría que debería esconder este hecho.					
Me sentiría avergonzado si mi vecino me viera yendo a la oficina de un profesional especialista en el tratamiento de problemas psicológicos.					

Gracias por su colaboración.

0	1	2	3	4
En desacuerdo	De alguna manera en desacuerdo	Indeciso	De alguna manera de acuerdo	De acuerdo

UNIVERSIDAD DE JOTECALCÁN