

I. Campo Revilla¹
L. Yllá Segura²
A. González-Pinto Arrillaga²
P. Bardají Suárez³

Actitud de la familia hacia el enfermo mental

¹ Hospital San Jorge
Huesca

³ Centro de Psicología Clínica
Huesca

² Universidad del País Vasco
Vizcaya

Introducción. En este artículo se presenta el estudio de investigación de las actitudes hacia la enfermedad mental en familiares de enfermos mentales, con objeto de comparar estas actitudes con las encontradas 25 años atrás en un estudio similar.

Metodología. Para la encuesta utilizamos el cuestionario de Opinión sobre Enfermedad Mental (OMI) de Struening y Cohen, adaptado en España por Yllá y Guimón (1979). La población estudiada ha sido las asociaciones de familiares de enfermos con trastornos psicóticos, afectivos, alcoholismo y demencia de Alzheimer; el grupo control está compuesto de un grupo de funcionarios y otro de sanitarios. Las muestras se han cogido al azar, entre los miembros asociados. Para el estudio realizamos el análisis factorial de las respuestas.

Resultados. Los cinco primeros factores agrupan la mayor parte de la varianza acumulable que es un 34,2 %; 19 factores explican el 100% de la varianza. Los cinco factores principales son: 1.º higiene mental (14% de la varianza); 2.º negativismo terapéutico (7%); 3.º reinserción social; 4.º restrictividad social (3.º y 4.º suponen menos del 5% de la varianza cada uno), y 5.º autoritarismo (3,62%).

Conclusión. El mayor conocimiento de estas enfermedades y una relación más próxima con estos enfermos podría ser la causa de la mayor diversidad en las opiniones y unas actitudes más complejas al día de hoy. Según estos factores principales, podemos ver que los controles son sensiblemente menos autoritarios y restrictivos que los familiares de estos enfermos y que las actitudes varían en dependencia de la edad, profesión y diagnóstico de la enfermedad.

Palabras clave:
Actitudes. Enfermedad mental. Asociación de familiares. Cuestionario OMI de Struening y Cohen.

Actas Esp Psiquiatr 2010;38(1):57-64

Attitudes of the family toward mental ill patient

Introduction. In this article the attitudes towards mental illness in those families who have mentally ill members is presented in order to compare them with those found 25 years before in a similar research.

Methodology. In order to carry out the survey we used Struening and Cohen's Opinion about Mental Illness (OMI) questionnaire, adapted for use in Spain by Yllá and Guimón (1979). The population studied were the families associations of the mentally ill persons suffering from psychotic and affective disturbance, alcoholism and Alzheimer's dementia; the control group was made up of a number of Civil Servants and another section of health care workers. The samples were collected at random among the associated members. For the study we undertook a factorial analysis of the answers.

Results. The first five factors contain the greater part of the accumulated variation, that is to say 34.2%, 19 factors explain the whole 100% of the variation. The five principle factors are: (i) Mental hygiene (14% of the variation), (ii) therapeutic negativism (7% of the variation), (iii) Social reinsertion (4.87% of the variation), which was also similar to the following factor, (iv) social rehabilitation, and (v) authoritarianism (3.62% of the variation).

Conclusion. The extensive knowledge of these illnesses and a close relationship with those who are ill could be the cause of the large and diverse opinions and that some attitudes are more complex nowadays. According to these five principle factors we can see that the controls are appreciably less authoritarian and restrictive than that of the families of these ill people and that the attitudes vary depending on the age, profession and diagnosis of the illness.

Key words:
Attitudes. Mental illness. Association of families. Struening and Cohen's OMI Questionnaire.

Correspondencia:
Isabel Campo Revilla
Hospital San Jorge de Huesca
C/ Ingeniero Montaner, 3, 2.º C
22004 Huesca (España)
Correo electrónico: belcampo@terra.es

INTRODUCCIÓN

La familia se entiende como un sistema de personas unidas y relacionadas por vía del afecto y proximidad, que puede conllevar parentesco o no, y que comporta el primer marco de referencia y socialización del individuo; es el núcleo básico donde se desarrollan los cuidados, ya que a pesar de los servicios de la red pública y de los recursos disponibles, son los familiares los principales implicados en los cuidados¹.

En un estudio de las actitudes anómalas o actitudes inadecuadas que pueden adoptar los familiares en relación con la enfermedad y con el enfermo², se observó, que la actitud frente a la enfermedad mental más común es la negación. En las actitudes en relación al enfermo mental, no es infrecuente ver abandono por parte de los familiares. En otro extremo existe la sobresolicitud de algunos familiares, personas que no se pueden despegar del enfermo y lo asedian con preguntas, precauciones y aclaraciones.

En la estructura de la actitud según Katz y Stotland³ y Krech, Crutchfield y Ballachey⁴, se pueden destacar tres componentes que le dan coherencia: un componente cognitivo, formado por creencias y conocimiento del objeto, y suele venir acompañado de una fuerte emoción, que es el componente afectivo de la actitud⁵ y el más difícil de cambiar (sería el caso de los familiares que además, por pertenecer a asociaciones de familiares suponemos que están bien informados respecto a la enfermedad); el componente conductual es la tendencia o predisposición a actuar; esta actuación será consecuencia de los dos componentes anteriores.

El estigma en la enfermedad mental, según Sartorius⁶, dificulta el desarrollo de los programas de salud mental y de los derechos de estos enfermos⁷. Redefinir locura, peligrosidad, anormalidad psíquica y reevaluar las implicaciones en el código civil y penal serían pasos para combatir el estigma⁸. Angermeyer y Matschinger⁹ comprobaron cómo la divulgación selectiva en los medios refuerza el estereotipo de la enfermedad mental.

En estudios sobre los cambios de actitud, Yllá et al.¹⁰, Madianos et al.^{11,12} y Schulze et al.¹³ comprobaron cómo la información específica mejora las actitudes hacia la enfermedad mental, así como el trato habitual con estos enfermos.

En 1979 Yllá¹⁴ estudió las actitudes hacia la enfermedad mental en la población general de Vizcaya; el resultado del análisis factorial en este estudio fueron 5 factores negativos hacia la enfermedad mental. Al mismo tiempo se produjo la reforma psiquiátrica en España y un cambio hacia la democracia en la política. En estudios posteriores, Aparicio¹⁵ y Sánchez Blanqué¹⁶ obtuvieron factores muy similares en población general con el mismo cuestionario.

Nuestra hipótesis es suponer que las actitudes de estos familiares serán más positivas que en el resto de población

Nuestros objetivos son conocer las actitudes de los familiares de enfermos mentales hacia la enfermedad mental. Mediante el análisis factorial de resultados de la encuesta, hallaremos factores sobresalientes que representen estas actitudes. Con estos factores buscaremos diferencias significativas respecto a variables como edad, sexo, ocupación, estudios realizados, creencias religiosas, grado de parentesco, si es principal cuidador o no, grado de dependencia y diagnóstico del familiar del encuestado, para compararlas con un grupo control y con estudios anteriores.

Población y muestra

La población está formada por familiares de enfermos mentales pertenecientes a tres asociaciones distintas: la Asociación de familiares de enfermos mentales (ASAPME), de los que entrevistamos a familiares de enfermos con trastornos afectivos y familiares de enfermos con trastornos psicóticos, asociación de familiares de enfermos con demencia de Alzheimer, y asociación de exalcohólicos, todas ellas en la ciudad de Huesca. Los controles fueron los empleados de una compañía de telecomunicaciones y los sanitarios de un centro de salud de Huesca.

Extracción de muestra

Se entrevistó preferentemente a la persona que es cuidador principal o el que más contacto tenía con el enfermo. Se escogió la muestra en las distintas asociaciones al azar, según el número de socios y la implicación en la asociación en el último año.

Instrumento

Se ha utilizado como instrumento el cuestionario de opinión sobre enfermedad mental (*Opinion about Mental Illness*, OMI) de Struening y Cohen adaptada en España por Yllá y Guimón en 1979.

Estos 60 ítems se responden eligiendo una respuesta entre: a) totalmente de acuerdo; b) de acuerdo; c) no estoy seguro, pero de acuerdo; d) no estoy seguro, pero en desacuerdo; e) en desacuerdo, f) totalmente en desacuerdo.

Todos los participantes respondieron a una serie de preguntas sociodemográficas que incluían el sexo, edad, profesión, creencias religiosas, estudios realizados, parentesco, diagnóstico del familiar y si eran o no los principales cuidadores.

Tabla 1	Factores rotados con varimax		
Componente	Autovalores iniciales		
	Total	% de la varianza	% acumulado
1	8,441	14,068	
2	4,577	7,629	
3	2,925	4,875	
4	2,401	4,001	
5	2,175	3,626	34,199

RESULTADOS

Previamente a la realización del análisis factorial, hemos buscado con la medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) cuál sería la correlación entre las variables. El KMO en este estudio es de 0,690; por tanto, al ser menor a 0,800 nos indica que las correlaciones, aunque válidas, no son del todo suficientes. En la prueba de esfericidad de Bartlett, al rechazar la hipótesis nula (sig. 0,000) se asume que la matriz de correlaciones es distinta de la de la matriz identidad, por tanto existe correlación entre las variables.

En el análisis factorial hemos obtenido 5 factores que explican el 34,20% de la varianza (tabla 1). El 86% de la varianza sería representado por 19 factores, aunque sólo los 5 primeros acumulan suficiente varianza como para tener sentido y aportar información.

FACTORES PRINCIPALES

Factor 1: higiene mental. Extraído del componente 1 (tabla 2). Este factor es el más sobresaliente en este estudio, explica el 14,06% de la varianza. En él aparecen ítems que se refieren a la etiología y su relación con la higiene mental, estilo de vida, formas de afrontarla y gestión de pensamientos.

Factor 2: negativismo terapéutico. Extraído del componente 2 (tabla 3). Explica el 7,62% de la varianza, la mitad que el primer factor, y en él se agrupan ítems en los que se discute la efectividad de los tratamientos y las esperanzas de curación. A este factor Struening y Cohen lo llamaron benevolencia, considerando ésta como una actitud caritativa, simplista, paternal y autoritaria. Los ítems que aparecen en este factor no han tenido diferencias significativas entre las respuestas de casos y controles.

Factor 3: reinserción social o dependencia. Extraído del componente 3 (tabla 4). Los ítems de este factor aluden a la

Tabla 2	Factor 1. Higiene mental			
Ítem	Potencia	Características	Media	
			Caso	Control
07	0,686	Se dejan llevar por las emociones	3,10	3,87
05	- 0,679 INV	Reacción a las demandas sociedad	2,46	3,02
20	0,678	Hogares con poco interés	4,20	4,66
10	- 0,676 INV	Enfermar por evitar problemas	3,31	3,90
30	0,622	Separación o divorcio de padres	3,58	4,48
06	- 0,615 INV	Enfermedad por tipo de vida	3,33	3,90
16	0,556	Huir de malos pensamientos	4,07	4,30
44	- 0,552 INV	Fuera más enfermos que dentro	2,16	2,85
48	0,514	Falta de voluntad	4,04	4,60
17	0,483	No prestan atención a sentimientos	2,81	3,52
15	- 0,473 INV	Afición al trabajo	3,33	4,29
39	0,442	Perturbación SNC	2,32	3,12
01	- 0,429 INV	Depresión por trabajar demasiado	3,75	4,11
19	0,409	Diferentes que enfermos del corazón	2,22	3,37
53	- 0,388 INV	Mide la moralidad de la sociedad	2,49	3,03
28	- 0,388 INV	Prefieren vivir en comunidad	2,17	2,51
29	0,359	No autorizar el voto	3,98	4,59
43	0,329	Hay profesiones más propensas	4,39	4,61

capacidad de estos enfermos para desenvolverse solos en la sociedad y se corresponde con un 4,87% de la varianza.

Factor 4: restrictividad social. Extraído del componente 4 (tabla 5). Es el 4% de la varianza y los ítems que agrupa se refieren a las posibles limitaciones sociales que se les impondría a estos enfermos; es un factor estigmatizante.

Factor 5: estigmatización. Extraído del componente 5 (tabla 6). Es el 3,62% de la varianza y un factor muy autoritario. Con estos ítems se marca a los enfermos como personas distintas a los demás y juzgan su vida.

FACTORES Y RELACIÓN CON OTRAS VARIABLES

Factores y edad (fig. 1). En los factores 2 (negativismo terapéutico) y 3 (reinserción) se ven diferencias significativas respecto a la edad en casos; sin embargo, no se ha encontrado ninguna diferencia respecto a los factores en controles.

Factores y sexo. Ni en casos ni en controles se encontró diferencias significativas respecto a los factores.

Factores y estudios (fig. 2). En casos se ha encontrado diferencias respecto al nivel de estudios en los factores 1 (etiología) y 2 (negativismo terapéutico); en controles el ni-

Tabla 3		Factor 2. Negativismo terapéutico		
Ítem	Potencia	Características	Media	
			Caso	Control
38	-,596 INV	Necesitan apoyo y comprensión de la familia	1,33	1,76
40	,568	No son realmente humanos	5,34	4,97
22	-,553 INV	Merecen el respeto de los demás	1,16	1,27
36	,537	Hospitales rodeados de cerca y guardianes	5,14	4,47
34	,491	Castigarlo por atacar a alguien	4,60	4,31
47	-,472	Hospitales como en casa	1,82	1,81
52	-,452	Negarse a un hospital de niños	5,35	5,03
49	-,426 INV	Sólo se puede aspirar a estar bien cuidados	4,60	4,73
31	-,423 INV	Lo mejor, tratarlos encerrados	5,14	4,95
46	,408	La enfermedad como castigo a malas acciones	5,45	5,05
37	,385	Divorcio de la mujer por enfermar su marido	3,78	3,85
18	-,324 INV	Más dinero de los impuestos para la enfermedad	1,25	1,67
12	-,225 INV	Está mal reírse de ellos aunque se comporten extravagantemente	1,30	1,43

Tabla 4		Factor 3. Reinserción social o dependencia		
Ítem	Potencia	Características	Media	
			Caso	Control
24	,537	Una mujer cometería locura casándose...	3,84	4,45
27	-,531 INV	Capaces de labores cualificadas	2,07	1,95
41	-,516 INV	Podría ser una vez curada buenas cuidadoras de bebés	3,38	3,93
35	-,494 INV	Enfermar por el ambiente	4,07	4,13
50	-,482 INV	No se irían con las puertas abiertas	3,83	3,44
02	,456	Enfermedad mental como otra cualquiera	1,92	2,46
57	,455	Derecho a vivir donde elijan	2,00	1,76
03	,427	La mayoría no son peligrosos	2,99	2,65
45	-,425 INV	Peligroso olvidarse que son enfermos	3,42	3,24
08	-,395 INV	No más peligrosos que el ciudadano medio	2,60	3,32
54	-,318 INV	Importante hablar claro	2,08	2,42
56	-,286 INV	Los que no les quieren cerca es por miedo	2,39	2,48
13	-,262 INV	La mayoría está deseando trabajar	2,82	2,92

Tabla 5		Factor 4. Restrictividad social.		
Ítem	Potencia	Características	Media	
			Caso	Control
21	682	No tratar en el mismo hospital	3,66	3,98
04	,555	No casarse aunque parezcan curados	3,45	4,62
25	,437	Enfermedad por herencia	4,35	4,70
51	,415	Permanecerían con las puertas abiertas	4,00	4,92
58	-,359 INV	Ayuda de organizaciones religiosas	2,50	2,43
60	,335	Suicidio causado por enfermedad	3,77	4,03
14	,312	Los niños no los pueden visitar	3,83	4,55
55	,263	La mayoría nos sentimos incómodos en su presencia	2,46	2,42

Tabla 6		Factor 5. Estigmatización		
Ítem	Potencia	Características	Media	
			Caso	Control
24	,537	Una mujer cometería locura casándose...	3,84	4,45
27	-,531 INV.	Capaces de labores cualificadas	2,07	1,95
41	-,516 INV.	Podría ser una vez curada buenas cuidadoras de bebés	3,38	3,93
35	-,494 INV.	Enfermar por el ambiente	4,07	4,13
50	-,482 INV.	No se irían con las puertas abiertas	3,83	3,44
02	,456	Enfermedad mental como otra cualquiera	1,92	2,46
57	,455	Derecho a vivir donde elijan	2,00	1,76
03	,427	La mayoría no son peligrosos	2,99	2,65
45	-,425 INV.	Peligroso olvidarse que son enfermos	3,42	3,24
08	-,395 INV.	No más peligrosos que el ciudadano medio	2,60	3,32
54	-,318 INV.	Importante hablar claro	2,08	2,42
56	-,286 INV.	Los que no les quieren cerca es por miedo	2,39	2,48
13	-,262 INV.	La mayoría está deseando trabajar	2,82	2,92

vel de estudios representó diferencias en el factor 4 o restrictividad social y no lo hizo en el resto de los factores.

Factores y ocupación (fig. 3). En casos las diferentes profesiones marcaron diferencias significativas en los factores etiología, negativismo terapéutico y restrictividad social; en los controles hubo diferencias respecto al factor reinserción.

Factores y creencias religiosas (fig. 4). En casos hay diferencias en el factor 1 o etiología, y lo mismo en controles.

Factores y diagnóstico de los familiares (fig. 5). Según el diagnóstico de los familiares de los encuestados, hay diferencias significativas en los factores 1 (etiología) y 2 (negativismo terapéutico).

Factores y grado de parentesco (fig. 6). Según el grado de parentesco del encuestado hay diferencias en el factor 4 o restrictividad social.

Factores y tiempo de evolución de la enfermedad. No hay diferencias respecto a ningún factor.

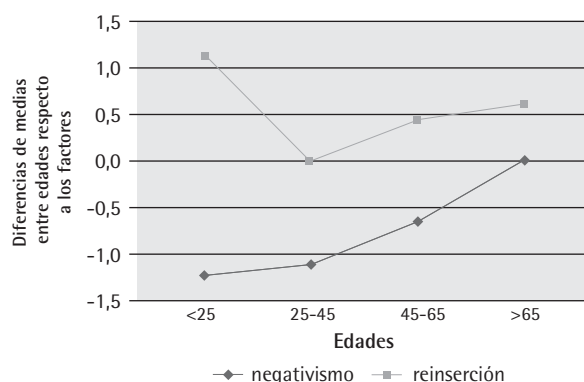


Figura 1 Influencia de la edad en los factores negativismo terapéutico y reinserción social.

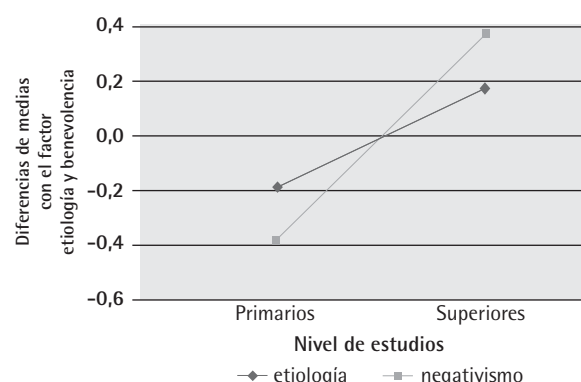


Figura 2 Influencia de los estudios sobre los factores etiología y negativismo terapéutico.

Factores y grado de cuidador (fig. 7). Según sea principal cuidador o secundario, se ha encontrado diferencias respecto al factor 1 o etiología.

Factores y antecedentes de enfermedad en la familia (fig. 8). Según haya o no antecedentes en la familia hay diferencias en los factores etiología y reinserción.

Factores y edad de aparición de la enfermedad (fig. 9). Según a qué edad le apareció la enfermedad al familiar hay diferencias en el factor negativismo terapéutico.

DISCUSIÓN

El factor que mayor porcentaje de varianza acumula es el que comprende la etiología y la higiene mental; no es, por tanto, un factor negativo: más bien sería reflejo de la preocupación, implicación e información de los familiares de estos enfermos.

El segundo factor, el negativismo terapéutico, expresaría la poca confianza que tienen los familiares de estos enfermos en los tratamientos y en la curación, y el trato de benevolencia que tienen hacia ellos.

El tercer, cuarto y quinto factor, con unas varianzas muy parecidas, son factores más claramente negativos, comprenden juicios sobre la capacidad de estos enfermos por desenvolverse solos, ante la sociedad y la propia imagen de estos enfermos.

En estudios realizados recientemente por Yllá¹⁶ en la población general en Vizcaya, aparecen también 5 factores que explican un porcentaje de varianza similar, aunque los factores son muy distintos para esta población; los factores que más varianza acumulan son factores más negativos.

El factor etiología o higiene mental varía dependiendo de los estudios, la ocupación, las creencias religiosas, el diagnóstico del familiar, si se es principal cuidador o no y de si hay antecedentes de enfermedad en la familia; por tanto, vemos

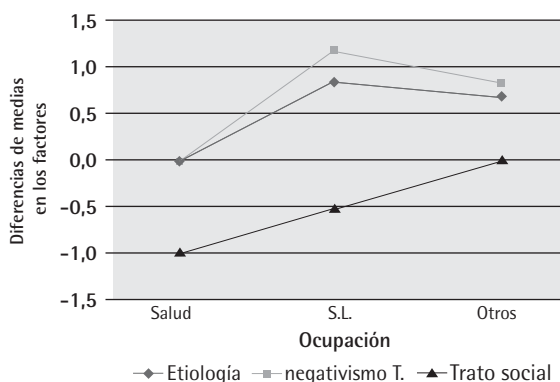


Figura 3 Influencia de la profesión en los factores etiología, negativismo terapéutico y trato social.

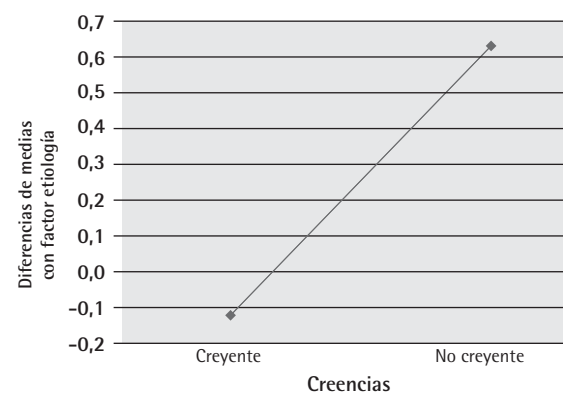


Figura 4 Influencia de la profesión en los factores etiología, negativismo terapéutico y trato social.

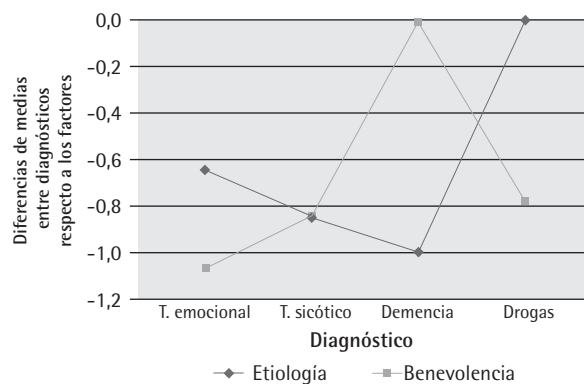


Figura 5 Influencia del diagnóstico del familiar en los factores etiología y negativismo terapéutico o benevolencia

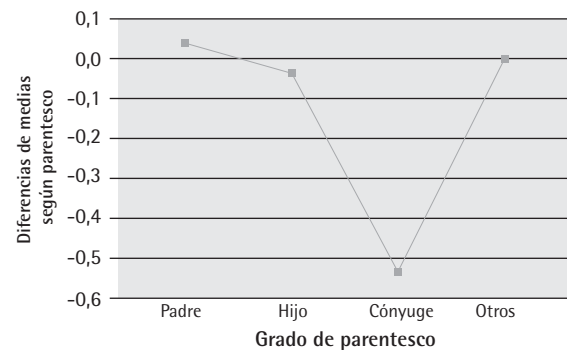


Figura 6 Influencia del parentesco en el factor trato social

que la enfermedad, sus causas y la forma de enfermar se interpreta de distintas formas y cambia con cada variante.

El factor negativismo terapéutico presenta variaciones según la edad, la ocupación, el diagnóstico del familiar y la edad en la que le apareció la enfermedad. Los mayores de 65 años y los profesionales de la salud son los que menos negativismo terapéutico presentan; por el contrario, los familiares de enfermos con demencia y los de los que enfermaron a edades más avanzadas presentan mayor negativismo terapéutico.

El factor reinserción cambia con la edad y si el enfermo tiene antecedentes de esta enfermedad en la familia; los encuestados con edades entre 25 y 45 años y los que no tienen antecedentes creen menos en la reinserción de estos enfermos.

El factor restricción depende de la ocupación y el parentesco: los cónyuges y los profesionales de la salud son los menos restrictivos con los enfermos.

El factor estigma no cambia con ninguna de las variables estudiadas.

Los controles sólo presentan cambios en el factor reinserción dependiendo de la ocupación: los profesionales de la salud son los que más creen en la reinserción de estos enfermos.

El grupo control con menos estudios es el que presenta mayor restrictividad social.

CONCLUSIONES

Los acontecimientos de los últimos años han dado como resultado un cambio de actitudes hacia la enfermedad; en general hay una visión más humana, menos restrictiva y menos autoritaria que anteriormente, aunque sensiblemente mayor en controles. Se sigue siendo muy paternalistas con estos enfermos.

En cuanto a las variantes, no hay diferencias por sexo.

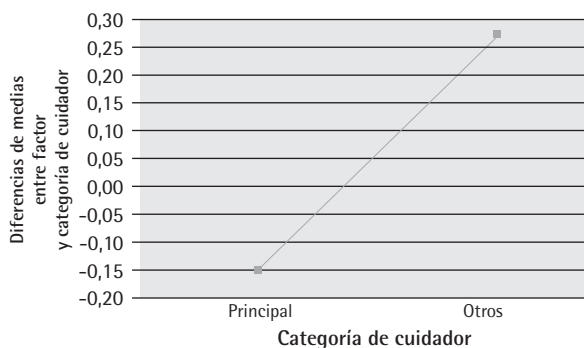


Figura 7 Influencia de ser cuidador o no en el factor etiología.

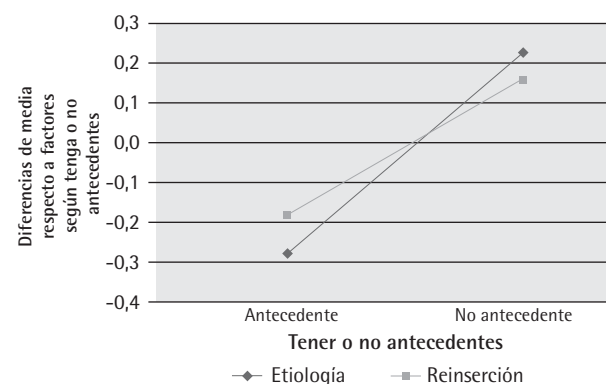


Figura 8 Influencia de tener antecedentes en los factores etiología y reinserción.

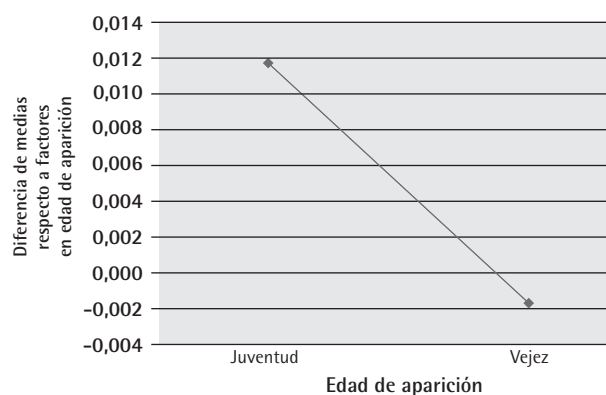


Figura 9 | *Influencia de la edad de aparición de la enfermedad mental al familiar y la negatividad terapéutica o benevolencia.*

Las personas con mayor instrucción son más restrictivas y menos autoritarias, tanto en casos como en controles. Las personas con menor instrucción son más benevolentes, al igual que los controles.

Los mayores de 65 años son más autoritarios que el resto de los grupos de edad.

En cuanto a la profesión, los sanitarios son menos autoritarios y restrictivos que el resto.

Comparando los grupos de los distintos diagnósticos de la enfermedad y el grupo de control, los familiares de alcohólicos y el grupo control son los menos autoritarios. El grupo de control también es menos restrictivo y benevolente aunque confía poco en los tratamientos.

BIBLIOGRAFÍA

- González J, Armengol J. Cuidar a los cuidadores: atención familiar. *Enfermería global*. Revista electrónica, 2006;6.
- Genis A. El familiar del enfermo mental. *Interpsiquis*, 2004.
- Katz D, Stotland E. A preliminary statement to a theory of attitude structure and change. En S. Koch (Ed). *Psychology: a study o a science. Formulations of the person and the social context*. New York: Mc Graw-Hill, 1959.
- Krech D, Crutchfiel RS, Ballachey EL. *Individual in Society*. New York: Mc Graw-Hill, 1962.
- Rosemberg MJ, Houland CI. *Attitudes organization and change*. New Haven (Conn): Yale University Press, 1960.
- Sartorius N. One of the last obstacles to better mental health care the stigma of mental illness. En Guimón J, Fischer W, Sartorius N (Eds). *The image of madness*. Basel: Karger, 1999; pp. 96-105.
- Guimón J. La discriminación de los pacientes mentales: un reto para los derechos humanos. *Cuadernos Deusto de Derechos Humanos* 2004;28.
- Guimón J. *Salud mental relacional*. Vol. 5. Los prejuicios de la psiquiatría. 2001.
- Angermeyer MC, Matschinger H. The effect of personal experience with mental illness on the attitude towards individual suffering from mental disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1996;31:321-6.
- Yllá L, González-Pinto A, Guimón J, Castillo E. Cambios de actitudes ante el paciente mental y variaciones en personalidad. *Act Esp Psiquiatr* 1988;16:356-66.
- Madianos M, Economou M, Hatjiandreou M, Papageorgiou A, Rogakou E. Changes in public attitudes towards mental illness in the Athens area. *Acta Psychiatr Scand* 1999;99:73-8.
- Madianos MG, Priami M, Alivisupaulus G. Curse's student's attitude change towards mental illness and psychiatry case recognition after a clear ship in pituitary. *Issues Ment Health Nur* 2005;26:169-83.
- Schulze B, Richiter-Werling M, Matschinger H, Angermeyer MC, Crazy H. So What! Effect of school project on student attitudes towards people with schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 2003;107:142-50.
- Yllá L. Estudio psicosocial y estadístico de la actitud frente al enfermo mental de la población de Vizcaya y de la típica de Bermeo. Tesis doctoral. Biblioteca de la UPV. 1979
- Aparicio D. Una investigación sobre actitudes básicas hacia la enfermedad mental (validez y fiabilidad de CAB). Tesis doctoral leída en la Universidad de Málaga. Biblioteca de la Universidad, 1994
- Sánchez Blanqué S. Actitudes del personal asistencial del Hospital General de Guadalajara, respecto a la enfermedad mental. Tesis doctoral. Universidad de Alcalá de Henares, Madrid, 1989.