

Una Escala de medición de actitudes hacia los enfermos mentales en futuros técnicos de salud (*)

A Scale for measuring attitudes to the mentally ill among future health workers

Luis FERNANDEZ RIOS (**);
M. TORRES COLLAZO y M.ª C. CARBALLAL BALSA

RESUMEN

El objetivo del presente trabajo fue el de construir una Escala tipo Likert para la medición de actitudes hacia los enfermos mentales en futuros técnicos de salud. La población elegida (N = 7.869) estaba constituida por los alumnos de segundo y cuarto curso de las Facultades de Farmacia, Psicología y Medicina, y segundo de las Escuelas Universitarias de Enfermería y Trabajo Social. De dicha población se extrajo una muestra representativa de 381 sujetos. La Escala está constituida por 20 ítems y ha demostrado su fiabilidad y validez.

SUMMARY

A Likert-type Scale has been constructed to measure attitudes to the mentally ill among a population of 7.869 future health workers (2nd- and 4th-year Pharmacy, Psychology and Medicine undergraduates, and 2nd-year students of Nursing and Social Work) using a representative 381 subject sample. The final 20-item Scale has proved to be valid and reliable.

PALABRAS CLAVE

Actitudes. Actitudes comunitarias. Enfermedad mental. Pacientes mentales. Salud mental.

KEY WORDS

Attitudes. Community attitudes. Mental health. Mental illness. Mental patients.

1. INTRODUCCION

No entrando en la polémica de si la enfermedad mental y los enfermos mentales existen (1) o no (2), partimos del hecho empírico de que hay una serie de personas que por muy diversos motivos llegan a ser con-

(*) Queremos agradecer a diversas personas el habernos facilitado la realización del presente trabajo. Entre ellas, a los alumnos de las distintas facultades que han colaborado rellenando las escalas. A los profesores nuestro agradecimiento por concedernos unos minutos de sus clases para la aplicación de las mismas; y nuestro reconocimiento al profesor doctor Javier TEJEDOR por sus siempre cordiales y certeras ayudas metodológicas. A todos ellos gracias. En cualquier caso la responsabilidad final del presente trabajo y de sus posibles defectos deben ser únicamente atribuidos a los firmantes del mismo.

(**) Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología. Facultad de Filosofía y Ciencias de la Educación. Universidad de Santiago de Compostela. La Coruña. España.

sideradas como enfermos mentales. Y, aunque reconocemos la utilidad que para los filósofos de la ciencia pueden tener los denominados "problemas conceptuales" nosotros en el trabajo nos centramos en los "problemas empíricos", los cuales suelen ser más fáciles de ilustrar que de definir (3). En el presente trabajo el problema empírico concreto es el de que, excepto en muy raras ocasiones, existe una actitud negativa hacia los enfermos mentales.

Aunque reconocemos que en los temas que vamos a tratar aquí sí pueden existir problemas teóricos ("problemas conceptuales") nuestro objetivo es prioritariamente práctico. Se trata de construir una Escala de actitudes tipo LIKERT (4) hacia los enfermos mentales en futuros técnicos de salud.

No nos ocuparemos de las teorías de las actitudes ni de ningún otro aspecto teórico que pueda estar implicado en el presente trabajo. Sin embargo, es necesario indicar que esta ausencia de cuestiones teóricas no significa que no se consideren importantes, sino que el espacio disponible limita la elección del contenido a desarrollar.

Partimos del sujeto real y concreto, que se comporta en unas circunstancias socio-materiales específicas (5), y que es un procesador activo de información (6). Los dos aspectos anteriores conllevan que los sujetos, hallándose en contextos más o menos específicos, dan significado a estímulos y hacen atribuciones individuales y sociales acerca de su propio comportamiento y del de su grupo de pertenencia, y de otros individuos y del grupo de éstos (7).

La estructura del presente trabajo es la siguiente: en primer lugar, se hace referencia de una forma muy breve al problema de definición de las actitudes, y a continuación se indican unas breves ideas acerca de la correlación ilusoria, categorización social y legitimación. Seguidamente se indican unas rápidas conclusiones de la bibliografía internacional y española de las actitudes acerca de

los enfermos mentales. El paso siguiente es el de exponer el proceso de construcción de la Escala, así como el de su fiabilidad y validez. Finalizaremos indicando algunas ventajas e inconvenientes de la Escala y de las posibles perspectivas futuras.

2. EL PROBLEMA DE LA DEFINICION DE LAS ACTITUDES

Tanto en el lenguaje académico como en el discurso lingüístico cotidiano, muy a menudo se hace referencia a actitudes hacia objetos sociales o no.

Queremos desde ahora indicar ya, que en el presente trabajo no vamos a hacer referencia ninguna a la distinción entre actitudes, opinión, creencia y valor.

Tradicionalmente la disciplina dentro de la cual se han llevado a cabo las investigaciones acerca de las actitudes es la Psicología Social. Ahora bien, a pesar de la abundantísima bibliografía disponible sobre las actitudes, la situación actual de la investigación, aporta unos resultados más bien complejos y confusos.

Con el objetivo de ser lo más concretos posibles, y sin adentrarnos en las múltiples definiciones que se han formulado acerca de cómo conceptualizar la actitud en el presente trabajo se la considera como: a) una relación entre dos entidades donde una es una persona y la otra una persona o un objeto (8, página 181); y b) como simples asociaciones entre un objeto dado y una evaluación dada de dicho objeto (9, página 230). Existen, en la segunda alternativa, diferentes grados de fuerza de una actitud, pues el grado de asociación entre el objeto y la evaluación puede variar. La fuerza de asociación va a determinar la accesibilidad de la actitud de la memoria y la probabilidad de que dicha actitud será activada de una forma más o menos "automática".

Evidentemente existen muchas otras definiciones alternativas que el lector

interesado puede consultar en la bibliografía pertinente (10, 11, 12, 13, 14, 15).

A pesar de todo, y teniendo en cuenta lo anterior, hemos elegido las dos definiciones indicadas debido a que ponen de manifiesto dos aspectos que a nosotros nos interesa resaltar. Se trata, en primer lugar, de hacer énfasis en que un sujeto o grupo de sujetos supestandamente "normales" interaccionan positiva, negativa o sencillamente no interactúan con otros sujetos llamados "enfermos mentales". Y, en segundo lugar, la respuesta socialmente construida y muchas veces "relativamente automática" (estereotipada) que se emite en una situación práctica ante un enfermo mental.

Lo anterior, aunque, por supuesto, criticable constituye una perspectiva sugerente debido a que en los ítems de la Escala a la cual posteriormente haremos referencia hemos intentado solicitar de los sujetos, y así se hace constar en las instrucciones de la misma, la respuesta automática ante diversas situaciones de interacción con los llamados enfermos mentales.

Además de lo anterior consideramos de interés el indicar de una forma muy breve los conceptos de correlación ilusoria, categorización social y legitimación.

3. CORRELACION ILUSORIA, CATEGORIZACION SOCIAL Y LEGITIMACION

El concepto de "correlación ilusoria" fue introducido por CHAPMAN (1967, página 151) (16), para referirse a la "correlación que afirman percibir los observadores entre dos clases de acontecimientos que, en realidad, a) no están correlacionados, o b) están correlacionados en menor medida de lo que se dice".

Por lo que se refiere a los comportamientos de los enfermos mentales se trataría de aceptar que el sujeto A (eti-

quetado como enfermo mental) tendrá siempre (o por lo menos presenta una elevada probabilidad) la "tendencia" de comportarse de una forma negativa (es decir, emitir conductas extrañas, no lógicas, resultar agresivo, peligroso, etcétera). Existen importantes trabajos acerca de la "correlación ilusoria", aunque no han sido efectuados con enfermos mentales (17, 18).

Ahora bien, los sujetos o grupos de sujetos llamados "normales" no sólo establecen "correlaciones ilusorias" referentes al comportamiento de los sujetos "anormales", sino que incluso van más allá del individuo real y concreto y los categorizan como "los otros" (esto es, los enfermos mentales), lo cual influye, entre otros muchos aspectos, en su "identidad social". Y, como escribe TAJFEL (1984) (19), desde una "perspectiva intergrupala de la identidad social, la categorización social puede... considerarse como un sistema de orientación que ayuda a crear y definir el puesto del individuo en la sociedad".

En el caso de los enfermos mentales, los trabajos de T. SCHEFF y E. GOFFMAN, entre otros muchos que sostienen orientaciones semejantes, son lo suficientemente conocidos por lo que no nos vamos a referir a ellos aquí. Sin embargo, sí parece significativo el afirmar que tanto el rol del enfermo mental como los efectos negativos que dicho etiquetado suele implicar, les marca como individuos o grupos hacia los que los demás (se supone los no categorizados como enfermos mentales) tienen actitudes generalmente negativas (20, 21, 22). Esto, a su vez, lleva a la necesaria creación de diferencias intergrupales: los normales y los enfermos mentales. Y, como escribe TAJFEL (1984, página 296) (19): "la identidad social del individuo, concebida como el conocimiento que tiene de pertenecer a ciertos grupos sociales junto con la significación emocional y valorativa que él mismo le da a dicha pertenencia, sólo puede definirse a través de los efectos de las ca-

tegorizaciones sociales que segmentan el medio ambiente social de un individuo en su propio grupo y en otros grupos".

Para mejor categorizar a los supuestos enfermos mentales se les identifica con un rótulo "x" y se legitima dicha situación. Se entiende aquí por legitimación, la atribución de validez a una situación y acción dadas (23, 24, 25). Y al legitimizar algo se objetiva, y seguidamente "condiciona" el comportamiento posterior de A (los supuestos sujetos normales) hacia B (los supuestos enfermos mentales). La legitimación, de alguna forma consiste en dar sentido ("making sense") a objetos, situaciones, contextos, etcétera. En nuestro caso, los "objetos" son los enfermos mentales (25).

Lo anterior, por supuesto, de una forma muy esquematizada constituye algo así como algunos aspectos de la construcción social del "rechazo" hacia los enfermos mentales. Pero sus "enemigos" no son hoy en día en nuestra sociedad ni los demonios, ni la superstición, sino que son "los otros", y éstos son los sujetos supuestamente normales.

4. ACTITUDES HACIA LOS ENFERMOS MENTALES: ASPECTOS GENERALES

La bibliografía disponible de los trabajos acerca de las actitudes hacia los enfermos mentales es relativamente amplia y muy variada, por lo que a sujetos de investigación utilizados se refiere. Ahora bien, es necesario indicar que existen claras diferencias hacia el "objeto" acerca del cual se intenta evaluar la actitud.

Así, por ejemplo, se puede hacer referencia a: a) actitudes hacia algo abstracto como "la enfermedad mental"; b) actitudes hacia los enfermos mentales de los técnicos de salud que se encargan del diagnóstico, tratamiento y prevención de la enfermedad y promoción de la salud mental, y c) actitudes

de los propios sujetos diagnosticados en algún momento como enfermos mentales y ahora ya recuperados hacia sí mismos cuando se hallaban enfermos, hacia la enfermedad mental, o hacia los enfermos mentales en general.

Sin embargo, y aun teniendo en cuenta los diferentes aspectos que se acaban de exponer es necesario indicar que cuando se hace referencia a "enfermedad mental" o a "enfermo mental" el objetivo, ya bien sea global o no, es el de investigar la actitud acerca de sujetos reales y concretos, como son los enfermos mentales.

Sin efectuar aquí y ahora una exposición más o menos pormenorizada de la bibliografía disponible de las actitudes acerca de los enfermos mentales se puede concluir que se llega a unos resultados negativos y de "hipocresía". Es decir, o bien existe un cierto rechazo general (actitud negativa) hacia los enfermos mentales, o bien se mantiene una actitud relativamente positiva hacia ellos cuando el sujeto investigado no está directamente implicado y no considera tener alta probabilidad para encontrarse con un enfermo en su "ambiente (o escenario) de conducta" (26). Más que hacer historia acerca de los enfermos mentales en siglos pasados, a nosotros nos interesa comenzar en la década de los años 50 del presente siglo.

El hecho de centrarnos aproximadamente en los últimos treinta años se debe principalmente a dos motivos: a) ha sido durante esta época cuando se han llevado a cabo importantes investigaciones con instrumentos contruidos para tal fin (27, 28, 29); y b) excepto cuando el nivel cultural es elevado, se confirmaba que la actitud hacia los enfermos mentales era negativa. Y ésta suele venir condicionada por la conceptualización de que los enfermos mentales suelen ser sujetos peligrosos y de comportamiento impredecible (30, 31, 32). No parece ser que hoy en día tampoco existan actitudes demasiado

positivas acerca de los enfermos mentales, por ejemplo, en Israel (33, 34), Nueva Zelanda (35), en Grecia (36). Además las actitudes negativas persisten aun después de que los individuos se hayan recuperado (37).

5. ACTITUDES HACIA LOS ENFERMOS MENTALES EN ESPAÑA

Por lo que se refiere a las investigaciones acerca de los enfermos mentales llevadas a cabo en España, se puede decir que, *a grosso modo*, llegan a las mismas conclusiones que los trabajos llevados a cabo en otros países.

Son de destacar los trabajos acerca de las actitudes hacia los enfermos mentales en jóvenes entre 16-25 años (38); de técnicos de salud (39); población en general (40, 41, 42, 43, 44); y estudiantes de educación especial (45). En todos los casos las actitudes son, como ya se ha indicado, más bien negativas.

Considerando estos resultados y los de otros países, se podría admitir que existe algo así como un cambio de las palabras empleadas no sólo por el público en general, sino también por los técnicos de salud en particular. Ayer se marginaba a los enfermos mentales, hoy "casi" se continúa haciendo lo mismo; o, cuando menos, no se les considera con la importancia suficiente (evaluada en cantidad de recursos materiales, humanos, etcétera, asignados para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación del enfermo mental y a la prevención de la enfermedad). Es algo así como si entre el "ayer" y el "hoy" de las relaciones entre los denominados sujetos normales y los llamados enfermos mentales existiese una "centralidad subterránea" (46), que continúa manteniendo una más o menos sutil diferencia entre los dos grupos o categorías de sujetos.

6. PROCESO DE CONSTRUCCION DE LA ESCALA

6.1. Construcción inicial de los ítems

Para comenzar el proceso de construcción de la Escala, seleccionamos, de diversas escalas de actitudes ya aplicadas, algunos ítems que juzgamos apropiados. Fueron incluidos, también, otros ítems que no figuraban en ellas, pero que consideramos relevantes para nuestros objetivos.

Dado que el procedimiento seguido para la construcción de la Escala fue el de tipo LIKERT (4), se redactaron los ítems de la forma pertinente.

Después de seleccionar los sesenta ítems, fueron pasados a una muestra representativa de la población elegida, para que indicasen su grado de acuerdo según cinco alternativas graduadas en intensidad. La asignación de puntajes a cada uno de los ítems (de 0 a 4, según el grado de acuerdo) difirió lógicamente según fuese favorable o desfavorable el enunciado del ítem con respecto a la actitud a estudiar.

6.2. Población y muestra

Tomamos como población para el presente estudio, a los alumnos de las Facultades de Psicología, Farmacia y Medicina, y de las Escuelas Universitarias de Enfermería y Trabajo Social de la Universidad de Santiago de Compostela; es decir, todos ellos posibles técnicos de salud en el futuro.

Partiendo de los datos suministrados por el Centro de Cálculo de esta Universidad, se calculó el tamaño muestral que, para un total de alumnos que cursan los estudios anteriormente citados ($N = 7.869$), para un margen de confianza del 95,5 por 100 y un margen de error del 5 por 100, resultó ser de 381.

Una vez obtenido el tamaño muestral

se procedió a realizar un muestreo aleatorio estratificado con afijación proporcional; es decir, se dividió la muestra en partes proporcionales según la población de cada estrato a estudiar (ver Tabla 1).

La muestra correspondiente a las diplomaturas (Enfermería y Trabajo Social) fue recogida del segundo curso, mientras que la correspondiente a las licenciaturas (Psicología, Farmacia y Medicina) sufrió un proceso de subafijación proporcional entre los segundos y cuartos cursos, con el fin de buscar una mayor representatividad. El proceso de subafijación queda reflejado en la Tabla 2, y la estadística descriptiva de la muestra en la Tabla 3.

El hecho de la elección de los cursos anteriormente citados se debió a que éstos representan un punto intermedio en la duración del curriculum universitario correspondiente.

6.3. Selección de los ítems

Una vez puntuadas las escalas pasadas a la totalidad de la muestra y ordenadas según la puntuación obtenida fueron tomados dos grupos, que correspondieron al 25 por 100 superior e inferior de las puntuaciones. Posteriormente fueron hallados los valores de la prueba "t" para cada uno de los sesenta ítems presentados, con el fin de seleccionar los 20 que configurarían la Escala final.

Para ello se seleccionó a los 10 ítems de enunciado favorable, y a otros 10 de resultado desfavorable, cuyas "t" fuesen más significativas.

Las "t" obtenidas para cada ítem seleccionado para formar parte de la Escala figuran en la Tabla 4. Asimismo, puede verse la disposición en que fueron colocados teniendo en cuenta su enunciado, favorable (F) o desfavorable

Tabla 1
Proceso de afijación muestral

	Núm. de alumnos	(%)	Tamaño muestral	
Psicología.....	1.487	18,90	72,00	72
Farmacia	2.348	29,83	113,65	114
Medicina	2.732	34,72	132,28	132
Enfermería.....	1.085	13,78	52,50	52
Trabajo Social.....	217	2,76	10,51	11
	N = 7.869	99,99	n = 381	

Tabla 2
Proceso de subafijación muestral en las licenciaturas

		Núm. alumnos curso	(%)	"n" muestral subafijado
Psicología	2.º Curso.....	262	51,37	37 = 72
	4.º Curso.....	248	48,62	
Farmacia	2.º Curso.....	492	50,40	58 = 114
	4.º Curso.....	484	49,59	
Medicina	2.º Curso.....	340	46,64	62 = 132
	4.º Curso.....	389	53,36	

Tabla 3

Descripción de la muestra

	Tamaño muestral	Porcentaje intersexo	Edad (\bar{x} y s_x)
Psicología	72 2.º Curso: 38 4.º Curso: 35	Hombres: 13 (18,06 %) Mujeres: 59 (81,94 %)	\bar{x} = 21,50 S_x = 1,95
Medicina	132 2.º Curso: 62 4.º Curso: 70	Hombres: 56 (42,42 %) Mujeres: 76 (57,58 %)	\bar{x} = 21,28 S_x = 2,68
Farmacia	114 2.º Curso: 58 4.º Curso: 56	Hombres: 36 (31,58 %) Mujeres: 76 (68,42 %)	\bar{x} = 21,30 S_x = 1,82
Enfermería	52	Hombres: 3 (5,77 %) Mujeres: 49 (94,23 %)	\bar{x} = 20,98 S_x = 3,57
Trabajo Social	11	Hombres: 1 (9,10 %) Mujeres: 10 (90,90 %)	\bar{x} = 20,00 S_x = 1,70

Tabla 4

Puntuaciones "t" obtenidas por los ítems seleccionados para formar la Escala

Núm. ítem	"t"	Núm. ítem	"t"
1 (D)	9,982	11 (F)	11,750
2 (F)	9,190	12 (D)	12,449
3 (D)	9,373	13 (F)	10,239
4 (F)	9,115	14 (D)	10,393
5 (D)	10,307	15 (F)	10,276
6 (F)	12,786	16 (D)	11,362
7 (D)	12,840	17 (F)	10,524
8 (F)	10,694	18 (D)	9,855
9 (D)	11,287	19 (F)	10,266
10 (F)	10,199	20 (D)	13,160

(F): Enunciado Favorable. (D): Enunciado Desfavorable. "t" Significativa si mayor de 1,972.

(D), con respecto a la actitud que se pretende medir.

6.4. Fiabilidad y validez de la Escala

6.4.1. Fiabilidad

El cálculo de la fiabilidad de la Escala fue hallado a partir de una muestra de

115 alumnos de tercero y quinto curso de Psicología (27 hombres y 88 mujeres), con una media de edad de 22,26 años y desviación típica 1,68.

Para ello previamente desglosamos las puntuaciones obtenidas por los sujetos de la muestra anteriormente descrita, según fuesen éstas conseguidas en los ítems D o F, para posteriormente seguir el método propuesto por Roulon:

$$r_{xx} = 1 - \frac{S_d^2}{S_x^2} = 1 - \frac{(3,552)^2}{(10,113)^2} = 0,87$$

(siendo S_x la desviación típica de las puntuaciones totales obtenidas por cada sujeto en la Escala, y S_d , la desviación típica de las diferencias entre ítems D y F, de cada individuo, asimismo, en la Escala).

6.4.2. Validez

Para llevar a cabo el cálculo de la validez se siguió el siguiente criterio: se tomó un grupo de supuestos "expertos", esto es, sujetos que por su formación y curriculum deba suponerse que posean una actitud positiva hacia los enfermos mentales. El grupo considerado en el presente trabajo como "experto" coincide con el utilizado para el cálculo de la fiabilidad y descrito anteriormente.

Consideramos además a otro grupo de sujetos que, debido a las mismas razones aducidas anteriormente, suponemos que no poseen una sensibilización tan acusada ante el tema a estudio.

Para formar parte de este segundo grupo, fueron tomados un total de 116 sujetos, estudiantes de tercero de las Facultades de Física, Química y Matemáticas (46 hombres, 70 mujeres), cuya media de edad era de 21,23 años y una desviación típica de 1,82.

Se pasó a ambos grupos la Escala construida, calculándose la media de las puntuaciones obtenidas por cada grupo, resultando ser para el primero o "grupo experto" de 56,4 y para el segundo de 46,508. La diferencia de medias resultó altamente significativa en la prueba "t":

$$t = 7,110$$

(teniendo en cuenta que, al 5 por 100 y para los grados de libertad correspondientes al presente estudio, debía superar 1,972).

7. APLICACION Y USO DE LA ESCALA

Una vez que fueron seleccionados los ítems discriminantes y probada la fiabilidad y validez de la Escala, ya podemos admitir su versión definitiva (véase Anexo).

De esta forma podemos administrarla a grupos o individuos para los cuales fue construida específicamente, incluyendo las instrucciones para responderla, así como la solicitud de colaboración.

La corrección de la Escala, o cálculo del puntaje total obtenido por cada sujeto, se realizará sumando las puntuaciones obtenidas en cada uno de los 20 ítems. Debe tenerse en cuenta que a cada respuesta se le asignará de 0 a 4 puntos según muestre un grado de desacuerdo o acuerdo con el enunciado proposicional en cuestión. Es por ello que en un ítem de enunciado desfavorable (D), como, por ejemplo, el número 1, la puntuación a asignar sería un 0 si el sujeto muestra un completo acuerdo con ella, y respectivamente un 1, 2, 3 ó 4, según señale las distintas opciones (de acuerdo, indiferente, en desacuerdo o muy en desacuerdo).

Obviamente, si el enunciado es favorable (F), como, por ejemplo, el número 2, el orden de puntuación se invertiría.

Así, siguiendo este proceso, obtendremos la puntuación total de cada individuo de determinado grupo; expresión numérica que, teniendo en cuenta el posible rango de la Escala —de 0 a 80—, nos indicará la actitud del sujeto con respecto a los enfermos mentales.

Esta puntuación así obtenida puede dividirse también entre el número de ítems de la Escala (20), reduciendo así el rango de ésta de 0 a 4, coincidiendo de este modo con el asignado a cada ítem, pero en este caso reflejando la puntuación total de la Escala.

8. VENTAJAS E INCONVENIENTES QUE PRESENTA LA ESCALA

Como todo instrumento de medida, las escalas tipo LIKERT presentan una serie de ventajas e inconvenientes.

Entre las primeras podemos indicar, entre otras (47, 48, 49, 50):

a) Su construcción es relativamente sencilla, y permite la utilización de ítems que, en principio, no tienen por qué estar directamente relacionados con la actitud que se pretende medir.

b) Suelen presentar una fiabilidad elevada y permiten graduaciones según la intensidad de la respuesta que el sujeto quiera emitir.

Por lo que se refiere a las posibles desventajas podemos citar:

a) Cuando la Escala no es homogénea por lo que al contenido de los ítems se refiere, la puntuación obtenida puede ser confusa.

Además de estos problemas es necesario indicar, en lo que atañe al presente trabajo, lo siguiente: se suele utilizar en las escalas acerca de la actitud hacia la enfermedad mental o los enfermos mentales, la expresión "enfermedad mental", "enfermo mental". Sin embargo, los sujetos al contestarla, y a pesar de que en las instrucciones se les pide que emitan su respuesta "automática" a la lectura de cada ítem, suelen interrogarse a sí mismos acerca del "grado" de seriedad psicopatológica que puede presentar el sujeto. Es por esto por lo que podemos hacernos la siguiente pregunta: ¿se habrían obtenido una fiabilidad y una validez más elevadas de haber especificado el "nivel" de gravedad del enfermo mental y mencionar explícitamente "enfermo mental crónico", "enfermo mental agudo", o utilizar etiquetas como "sujetos depresivos", "sujetos esquizofrénicos", "sujetos psicópatas", etcétera? La respuesta tal vez sea positiva, con lo cual sería conveniente el intentar efectuar un nue-

vo trabajo restringiéndole las alternativas del amplio abanico de patología mental que existe y que los futuros técnicos de salud, así como la población en general, son conscientes de ello.

9. PERSPECTIVAS FUTURAS

Enumerados algunos de los problemas que presentan este tipo de escalas de medición de actitudes hacia los enfermos mentales, podemos intentar buscar estrategias de investigación distintas, aunque tal vez complementarias.

En este sentido se puede decir que sí disponemos de varias alternativas a tomar, aunque aquí y ahora sólo vamos a indicar una. Nos referimos a los trabajos llevados a cabo desde la perspectiva de la "representación social" de la enfermedad mental o física y los enfermos mentales o físicos (aunque no entramos aquí en las polémicas acerca de si está justificado o no distinguir entre la enfermedad "física" y la "mental" y el enfermo "psíquico" y "físico"). Los trabajos de FARR (1986) (51), FARR y MOSCOVICI (1984) (52), JODELET (1986) (53) a nivel de teoría de la representación social; y los de AYESTARÁN y PÁEZ (1987) (54), DE ROSA ((1987 (55)) D'HOUTARD (1981) (56), HERZLICH y PIERRET (1984) (57) y PÁEZ (1987) (58) son representativos de la teoría anteriormente citada.

Un tema interesante por lo que se refiere a las futuras investigaciones acerca de las actitudes y representaciones sociales del enfermo mental en cualquier población (por ejemplo, en futuros técnicos de salud), sería el de llevar a cabo el trabajo desde las dos perspectivas en la misma población y ver las semejanzas y las diferencias que pueden existir (59).

De todas formas, ya se haga desde una perspectiva de la investigación acerca de las actitudes o de la representación social, la tarea inminente tiene que ser el establecer las condiciones para

intentar alcanzar una consideración más positiva (a nivel teórico, pero sobre todo a nivel práctico, tanto desde la perspectiva individual como colectiva) hacia la enfermedad mental y los enfermos mentales.

En cualquier caso, y bien sea investigando las actitudes o la representación hacia los enfermos mentales, el valor práctico hacia los enfermos mentales, el valor práctico de estos trabajos es significativo para, por ejemplo, campañas de intervención en Salud Mental Comunitaria (36, 60), o de curriculum para futuros técnicos de salud (61, 62). Sin embargo, en los textos de Psicología Comunitaria (63, 64) y de Salud Mental Comunitaria (65), apenas si se hace referencia al tema. Sería muy deseable que tanto teórica como prácticamente, el futuro inmediato fuese diferente. No se trata de que la investigación de las actitudes acerca de los enfermos mentales o de su representación social vaya a solucionar todos los problemas de los mismos; sin embargo, el desconocerlas es asegurar ya un elevado porcentaje dentro de la probabilidad de que fracase cualquier programa de intervención (sea éste de educación para la salud, de desinstitucionalización, de prevención, etcétera). De aquí que el intentar aproximarse a las actitudes, representaciones sociales o "esquemas sociales" (66) acerca de los enfermos mentales, nos conduce a preguntarnos no tanto por qué una persona o grupo de personas se comportan de una determinada forma, sino *cómo* y *para qué* se interpreta la conducta de otras personas. Algunas de las posibles respuestas a estas cuestiones pueden ser facilitadas tanto por los investigadores de la Cognición Social (67), como de la Psicología Social Cognitiva (6); de aquí que se requiera la necesidad inmediata de estas investigaciones, pues, a pesar de todo, el

rechazo social del enfermo mental aún continúa. Sin embargo, esto no tiene por qué seguir siendo necesariamente así, sino que puede ser modificable; y, es por ello, que una de las tareas futuras sea el diseñar procesos de intervención para una construcción social positiva acerca de los enfermos mentales, lo cual sí parece realmente posible (68, 69, 70, 71, 72).

10. CONCLUSION

El objetivo del presente trabajo ha sido el de construir una Escala tipo LIKERT de medida de actitudes acerca de los enfermos mentales. Hemos intentado seguir una metodología específica que el lector interesado podrá encontrar en los textos pertinentes.

A pesar de la fiabilidad y validez que presenta la Escala, es necesario tener en cuenta los posibles problemas que pueden aparecer en su aplicación e interpretación.

Aunque reconocemos el interés del estudio de las actitudes hacia los enfermos mentales tanto a nivel de individuos aislados como de comunidades concretas, se considera pertinente indicar que el procedimiento seguido en el presente trabajo no es ni el único ni acaso tampoco el "ideal". Tal vez tanto o más interesante sea el utilizar las estrategias de investigación de las actitudes hacia los enfermos mentales a través de escalas de una forma conjunta con otros diversos procedimientos de análisis de la realidad social referente a los enfermos mentales. Entre ellos podemos incluir la teoría y la práctica de la representación social, y las buenas perspectivas futuras de las aportaciones de la Psicología Social Cognitiva y su relevancia teórica y práctica.

ANEXO

ESCALA DE MEDICION DE ACTITUDES HACIA LOS ENFERMOS MENTALES EN FUTUROS TECNICOS DE SALUD

Pedimos tu colaboración con motivo de la realización de una investigación que estamos llevando a cabo sobre la medición de actitudes hacia los enfermos mentales en futuros técnicos de salud.

Se trata de solicitar tu sincera respuesta a los 20 ítems que te presentamos a continuación.

Cada uno de ellos consta de cinco alternativas de respuesta, de las que deberás elegir una, dependiendo del grado de acuerdo que te suscite cada enunciado.

Te rogamos que intentes señalar la respuesta inmediata ("automática") que te sugiera cada uno de los ítems.

A continuación te presentamos un ejemplo, indicando la forma de señalar la forma que elijas.

Ante la presentación de una determinada proposición, rodearás con un círculo la "x" situada debajo de la opción de respuesta que consideres adecuada.

	Muy de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
— Pienso que los semáforos del centro de las ciudades no contribuyen eficazmente al ordenamiento del tráfico rodado	x	⊗	x	x	x
— Considero que las multas por exceso de velocidad debieran duplicarse	x	x	x	x	⊗

Así, la persona que contestase de esta forma a la Escala anterior, indicaría su acuerdo con la primera proposición y estaría muy en desacuerdo con la segunda.

Todas las escalas son anónimas y no existirá limitación de tiempo para rellenarlas.

Agradecemos tu colaboración.

	Muy de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
1. En mi futuro profesional preferiría no tratar a enfermos mentales.....	x	x	x	x	x
2. No tendría ningún inconveniente en que en mi comunidad vecinal habitase un enfermo mental.....	x	x	x	x	x
3. No debiera aconsejarse que los enfermos mentales estuviesen en contacto con personas normales, ya que, debido a su propia dolencia, saldrían perjudicados.....	x	x	x	x	x
4. Si estuviese ingresado en un hospital general, no tendría inconveniente en compartir habitación con un enfermo mental.....	x	x	x	x	x
5. A los "locos", en caso de que alteren el orden público, lo mejor sería internarlos en un hospital psiquiátrico	x	x	x	x	x

	Muy de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
6. No tendría inconveniente en compartir vivienda con una persona aun sabiendo que padece una enfermedad mental ...	x	x	x	x	x
7. No sería de mi agrado que un enfermo mental se afiliase a una organización a la que pertenezco	x	x	x	x	x
8. Todo enfermo mental debiera tener derecho, como cualquier persona, a un trabajo remunerado	x	x	x	x	x
9. Convendría que en toda comunidad se conociese bien qué individuos están "locos", para estar prevenidos hacia ellos	x	x	x	x	x
10. En los manicomios debiera permitirse a los internados la misma libertad que la que existe en los hospitales generales .	x	x	x	x	x
11. No rehusaría alquilar un piso aunque supiera que tendría como vecino a un enfermo mental	x	x	x	x	x
12. No aceptaría de buen grado compartir mesa en un comedor público con un enfermo mental	x	x	x	x	x
13. Invitaría a pasar unos días en mi casa a un amigo aunque supiera que padece una enfermedad mental	x	x	x	x	x
14. No iría de viaje con una persona que padeciese una enfermedad mental	x	x	x	x	x
15. Aceptaría un trabajo cuidando a enfermos mentales	x	x	x	x	x
16. No pondría un negocio con una persona que tuviera una enfermedad mental ...	x	x	x	x	x
17. Aunque supiera que padece una enfermedad mental, confiaría mis problemas a un amigo	x	x	x	x	x
18. No debiera dejar matricularse en la Universidad a personas que padeciesen enfermedades mentales, ya que ocupan el puesto de otras más capacitadas.....	x	x	x	x	x
19. Dejaría quedar solo en mi casa a un conocido aun sabiendo que padece un trastorno mental	x	x	x	x	x
20. No confiaría dinero a cargo de un enfermo mental	x	x	x	x	x

BIBLIOGRAFIA

- (1) ROTH, M. and KROLL, J. (1986): *The reality of mental illness*. Cambridge. Cambridge University Press.
- (2) SZASZ, T. (1987): *Insanity: The idea and its consequences*. New York. John Wiley and Sons.
- (3) LAUDAN, L. (1977): *Progress and its problems. To wards a theory of scientific growth*. Berkeley. University of California Press.
- (4) LIKERT, R. (1976): *Una técnica para medir actitudes*. En G. F. SUMMERS (Ed.): *Medición de actitudes*. México. Trillas (original del artículo en 1932).
- (5) HARRIS, M. (1985): *El materialismo cultural*. Madrid. Alianza Editorial.
- (6) EISER, J. R. (1980): *Cognitive social psychology. A guidebook to theory and research*. London. McGRAW-HILL.
- (7) JASPARS, S. and HEWSTONE, M. (1986): *La teoría de la atribución*. En S. MOSCOVICI (Ed.): *Psicología Social*. (Vol. 2). Barcelona. Paidós.
- (8) PALMERINO, M.; LANGER, E. and MCHILLIS, D. (1984): *Attitudes and attitude change: Mindlessness-mindfulness perspective*. In J. R. EISER (Ed.): *Attitudinal Judgement*. New York. Springer-Verlag.
- (9) FAZIO, R. H.; SANBONMATSU, D. M.; POWELL, M. C. and KARDES, F. R. (1986): *On the automatic activation of attitudes*. "Journal of Personality and Social Psychology", 50, páginas 229-238.
- (10) AJZEN, I. and MADDEN, T. J. (1986): *Prediction of goal-directed behavioral control*. "Journal of Experimental Social Psychology", 22, páginas 453-474.
- (11) COOPER, J. and CROYLE, R. T. (1984): *Attitudes and attitude change*. "Annual Review of Psychology", 35, páginas 395-426.
- (12) CHAIKEN, S. and STANGIR, C. (1987): *Attitudes and attitudes change*. "Annual Review of Psychology", 38, páginas 475-630.
- (13) FISHBEIN, M. and AJZEN, I. (1972): *Attitudes an opinions*. "Annual Review of Psychology", 23, páginas 487-544.
- (14) MCGUIRE, W. J. (1985): *Attitudes and attitude change*. In G. LINDZEY and E. ARONSON (Eds.): *The handbook of social Psychology*. (Vol. 2). New York. Random House.
- (15) MCGUIRE, W. J. (1986): *The vicissitudes of attitudes and similar representational constructs in tween tieth century psychology*. "European Journal of social Psychology", 16, páginas 89-130.
- (16) CHAPMAN, L. J. (1967): *Illusory correlation in observational report*. "Journal of Verbal Learning and Verbal Behavior", 6, páginas 151-155.
- (17) HAMILTON, D. L. (1981): *Illusory correlation as a basis for stereotyping*. In D. L. HAMILTON (Ed.): *Cognitive processes in stereotyping and intergroup behavior*. Hillsdale. LEA.
- (18) HAMILTON D. L.; DUGNA, P. M. and TROLIER, T. K. (1985): *The formation of stereotypic beliefs: further evidence for distinctiveness-based illusory correlations*. "Journal of Personality and Social Psychology", 48, páginas 5-17.
- (19) TAJFEL, H. (1984): *Grupos humanos y categorías sociales*. Barcelona. Herder.
- (20) LINK, B. G. and CULLEN, F. T. (1986): *Contact with the mentally ill and perceptions of how dangerous they are*. "Journal of Health and Social Behavior", 27, páginas 289-303.
- (21) LINK, B. G.; CULLEN, F. T.; FRANK, J. and WOZNAK, J. F. (1987): *The social rejection of former mental patients: Understanding why labels matter*. "American Journal of Sociology", 92, páginas 1.461-1.500.
- (22) THOIST, P. A. (1985): *Self-labeling processes in mental illness: the role of emotional desviance*. "American Journal of Sociology", 91, páginas 221-249.
- (23) BERGER, P. and LUCKMAN, T. (1984): *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires. Amorrortu (original 1966).
- (24) CIPRIANI, R. (1987): *The sociology of legitimation: A Introduction*. "Current Sociology", 35, páginas 1-20.
- (25) LUCKMAN, T. (1987): "Comments on legitimation". "Current Sociology", 35, páginas 107-117.
- (26) BARKER, R. G. (1987): *Prospecting in environmental psychology: Oskaloosa revisited*. In D. STOKOLS and I. ALTMAN (Eds.): *Handbook of environmental psychology*. (Vols. 2). New York. Wiley.
- (27) NUNNALLY, J. (1961): *Popular conceptions of mental health: Their development and change*. New York. Holt, Rinehart and Winston.
- (28) COHEN, J. and STRUENING, E. L. (1962): *Opinions about mental illness in the personnel of two large mental hospitals*. "Journal of Abnormal Social Psychology", 64, páginas 349-360.
- (29) COHEN, J. and STRUENING, E. L. (1963): *Opinions about mental illness: mental hospital occupational profiles and profile clusters*. "Psychological Reports", 12, páginas 111-124.
- (30) RABKIN, J. G. (1972): *Opinions about mental illness: A review of the literature*. "Psychological Bulletin", 77, páginas 153-171.
- (31) RABKIN, J. G. (1974): *Public attitudes toward illness: A review of the literature* "Bulletin schizophrenia", 10, páginas 9-32.
- (32) CASCO, M.; NATERA, G. y HERREJÓN, M.ª E. (1987): *La actitud hacia la enfermedad mental, una revisión bibliográfica*. "Salud Mental", 10, páginas 41-53.

- (33) RAHANV, M.; STRUENING, E. L. and ANDREWS, H. (1984): *Opinions on mental illness in Israel*. "Social Science and Medicine", 19, páginas 1.151-1.158.
- (34) RAHANV, M. (1987): *Public Images of the mentally ill in Israel*. "International Journal of Mental Health", 15, páginas 59-69.
- (35) GREEN, D. E.; McCORMICK, I. A.; WALKEY, F. H. and TAYLOR, A. J. W. (1987): *Community attitudes to mental illness in New Zealand twenty-two years on*. "Social Science and Medicine", 24, páginas 417-422.
- (36) MADIANOS, M. G.; MADIANOU, D.; VLACHONIKOLIS, J. and STEFANIS, C. N. (1987): *Attitudes towards mental illness in the Athens area: Implications for community mental health intervention*. "Acta Psychiatrica Scandinavica", 75, páginas 158-165.
- (37) STENRUD, R. and STENRUD, K. (1980): *Attitudes toward successful individual with and without histories of psychiatric hospitalization*. "Psychological Reports", 47, páginas 495-498.
- (38) BERMÚDEZ SÁNCHEZ, J. A. (1987): *Actitud hacia la enfermedad mental en la juventud*. "Informaciones Psiquiátricas", 2.º trimestre, 108, páginas 171-179.
- (39) DIEZ-MANRIQUE, J. F.; MENÉNDEZ ARANGO, J.; SAMANIEGO RODRIGUEZ, C.; VÁZQUEZ BARQUERO, J. L.; GUILLÉN ACEDO, J.; LEQUERICA FUENTE, J.; LIAÑO RINCÓN, A.; GARCÍA QUINTANAL, R. y PEÑA MARTÍN, C. (1983): *Actitudes hacia el enfermo Psiquiátrico*. "Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría", 11, páginas 295-312.
- (40) RUIZ RUIZ, M. (1979): *La imagen social de la locura*. Barcelona. CEPYP.
- (41) RUIZ RUIZ, M.; BROTTA STER, M. y SENTIS VILLALTA, J. (1977): *Elaboración de una escala de actitudes hacia las enfermedades psíquicas, el psiquiatra y la psiquiatría*. "Revista de Psicología General y Aplicada", XXXIII, páginas 877-886.
- (42) YLLA, L.; OZAMIZ, A. y GUIMÓN, J. (1982): *Sociedad, cultura y actitudes hacia la enfermedad mental*. "Psiquis", III, páginas 30-44.
- (43) BUENDIA, J. (1986): *La locura. Su imagen social en Murcia. Un análisis psicosocial de las actitudes de la población hacia la enfermedad mental*. Murcia. Servicio de publicaciones de la ciudad de Murcia.
- (44) RODRIGUEZ LÓPEZ, A.; MATEOS ALVAREZ, R.; RODRIGUEZ VÁZQUEZ, M. y FRANCO MARTÍNEZ, G. (1982): *Actitudes hacia la enfermedad mental y la Psiquiatría en Galicia*. "Documentación Social", 7, páginas 139-143.
- (45) NAVARRETE FLORES, R. y LLAGUNO, A. (1985): *Actitudes y cambio de actitudes hacia la enfermedad mental en estudiantes de educación especial*. "Informaciones Psiquiátricas", 2.º trimestre, 100, páginas 135-141.
- (46) MAFFESOLI, M. (1987): *Sociality as legitimation of sociological method*. "Current Sociology", 35, páginas 69-87.
- (47) BUGEDA, J. (1975): *La medida en las ciencias sociales*. Madrid. Confederación Española de Cajas de Ahorros.
- (48) GONZÁLEZ BLASCO, P. (1986): *Medir en las ciencias sociales*. En M. GARCÍA FERRANDO, J. IBÁÑEZ y F. ALVIRA (Eds.): *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación*. Madrid. Alianza Editorial.
- (49) SELTZ, C. (1970): *Métodos de investigación en las ciencias sociales*. Madrid. Rialp.
- (50) SIERRA BRAVO, R. (1985): *Técnicas de investigación social. Teoría y ejecución*. Madrid. Paraninfo.
- (51) FARR, R. M. (1986): *Las representaciones sociales*. En S. MOSCOVIVI (Ed.): *Psicología Social*. (Vol. 2). Barcelona. Paidós.
- (52) JODELET, D. (1986): *La representación social: fenómenos, concepto y teoría*. En S. MOSCOVIVI (Ed.): *Psicología Social*. (Vol. 2). Barcelona. Paidós.
- (53) FARR, R. M. and MOSCOVIVI, S. (Eds.) (1984): *Social Representations*. Cambridge. Cambridge University Press.
- (54) AYESTARÁN, S. y PAEZ, D. (1986): *Representación social de la enfermedad mental*. "Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría", VI, páginas 95-128.
- (55) DE ROSA, A. (1987): *The social representations of mental illness in childrens and adults*. In W. DOISE and S. MOSCOVIVI (Eds.): *Current issues in european social psychology*. (Vol. 2). Cambridge. University Park Press.
- (56) D'HOUTAUD, A. (1981): *Nouvelles recherches sur les représentations de la santé*. "Revue Internationales d'Education pour la Santé", 24, páginas 3-22.
- (57) HERZLICH, C. and PIERRET, J. (1984): *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui*. Paris. Payot.
- (58) PAEZ, D. (1987): *Pensamiento, individuo y sociedad. Cognición social y representación social*. Madrid. Fundamentos.
- (59) JASPARS, J. and FRASER, C. (1984): *Attitudes and social representations*. In R. M. FARR and S. MOSCOVIVI (Eds.): *Social Representations*. Cambridge. Cambridge University Press.
- (60) DESBERG, H.; SHEFLER, G.; PAYNTON, N. and KLEIN, A. (1984): *Local attitudes as a basis for the planing of a community mental health service in Jerusalem*. "Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences", 21, páginas 247-265.
- (61) NEUMAN, M.; ELIZUR, A. A. and BAWER, A. (1984): *Changing medical students' attitudes and professional behavior toward mental patients as a function of psychiatric clerkship*. "Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences", 21, páginas 235-246.
- (62) THORNICROFT, G. and TRAUER, T. (1987): *Chinese and english psychiatric nurses' attitudes on schizophrenia*. "Bulletin of the Royal College of Psychiatrists", 11, páginas 87-89.
- (63) HELLER, K. and MONAHAN, J. (1977): *Psychology and community change*. Homewood. The Dorsey Press.
- (64) RAPPAPORT, J. (1977): *Community psycho-*

logy: Values, research, and action. New York. Holt, Rinehart and Winston.

(65) BLOOM, B. L. (1984): *Community mental health: A general introduction.* Monterrey. Brooks/Cole Publishing.

(66) FISKE, S. T. and DYER, L. M. (1985): *Structure and development of social schemata. Evidence from positive and negative transfer effects.* "Journal of Personality and Social Psychology", 48, páginas 839-852.

(67) FISKE, S. T. and TAYLOR, S. (1984): *Social Cognition.* London. Addison-Wesley Publishing Company.

(68) FARINA, A. and FISHER, J. D. (1982): *Beliefs about mental disorder: Findings and implications.* In W. GIFFORD and H. L. MIRELS (Eds.): *Integrations of clinical and social psychology.* New York. Oxford University.

(69) FISHER, J. D. and FARINA, A. (1979): *Consequences of beliefs about the nature of mental disorders.* "Journal of Abnormal Psychology", 88, páginas 320-327.

(70) FARINA, A.; FISCHER, J. D.; GETTER, H. and FISCHER, E. H. (1978): *Some consequences of changing people's views regarding the nature of mental illness.* "Journal of Abnormal Psychology", 87, páginas 272-279.

(71) MORRISON, J. K. and NEVID, J. S. (1976a): *Demythologizing the attitudes of family caretakers about mental illness.* "Journal of Family Consulting", 4, páginas 43-49.

(72) MORRISON, J. K. and NEVID, J. S. (1976b): *Demythologizing the service expectancies of psychiatric patients in the community.* "Psychology", 13, páginas 26-29.