

DOCUMENT RESUME

ED 118 646

TM 005 141

AUTHOR Stefani, Dorina
TITLE Actitudes Hacia la Enfermedad Mental: Revision Bibliografica (Attitudes toward Mental Illness: Revised Bibliography). Publication No. 40.
INSTITUTION Centro Interdisciplinario de Investigaciones en Psicologia Matematica y Experimental, Buenos Aires (Argentina).
PUB DATE 25 Feb 75
NOTE 41p.; In Spanish
EDRS PRICE MF-\$0.83 HC-\$2.06 Plus Postage
DESCRIPTORS *Attitudes; *Attitude Tests; Factor Structure; Literature Reviews; Measurement Techniques; *Mental Illness

ABSTRACT

In this work, some of the most important instruments used to measure attitudes toward mental illness were analysed. A revision of different experimental investigations which studied attitudes toward mental illness among general public, mental health professionals and patients and their relatives was made. Some of the strategies applied to change attitudes toward mental illness were also considered. (Author)

* Documents acquired by ERIC include many informal unpublished *
* materials not available from other sources. ERIC makes every effort *
* to obtain the best copy available. Nevertheless, items of marginal *
* reproducibility are often encountered and this affects the quality *
* of the microfiche and hardcopy reproductions ERIC makes available *
* via the ERIC Document Reproduction Service (EDRS). EDRS is not *
* responsible for the quality of the original document. Reproductions *
* supplied by EDRS are the best that can be made from the original. *

CIIPME

Centro Interdisciplinario de Investigaciones en Psicología Matemática y Experimental
Habana 3870 - Buenos Aires, R. Argentina

ED118646

TM005 141

U S DEPARTMENT OF HEALTH,
EDUCATION & WELFARE
NATIONAL INSTITUTE OF
EDUCATION

THIS DOCUMENT HAS BEEN REPRO-
DUCED EXACTLY AS RECEIVED FROM
THE PERSON OR ORGANIZATION ORIGIN-
ATING IT. POINTS OF VIEW OR OPINIONS
STATED DO NOT NECESSARILY REPRESENT
OFFICIAL NATIONAL INSTITUTE OF
EDUCATION POSITION OR POLICY

2

**Centro Interdisciplinario de Investigaciones en Psicología Matemática y Experimental
(CIIPME)**

Habana 3870 - Buenos Aires - República Argentina

**ACTITUDES HACIA LA ENFERMEDAD MENTAL
Revisión Bibliográfica**

Dorina Stefani

Publicación N° 40

**Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas
Facultad de Ciencias Exactas y Naturales - U.B.A.**

ACTITUDES HACIA LA ENFERMEDAD MENTAL
Revisión Bibliográfica

Dorina Stefani

Resumen - En este trabajo se analizan, en primer lugar, algunos de los más importantes instrumentos utilizados para la medición de las actitudes hacia la enfermedad mental. Además se realiza una revisión de las diferentes investigaciones experimentales que se centraron en el estudio de dicha actitud a nivel de la población en general, del personal del área de la salud mental y de los pacientes y sus familiares. Por último, se consideran algunas de las estrategias aplicadas para modificar, en sentido favorable, las actitudes hacia la enfermedad mental.

Abstract - In this work, some of the most important instruments used to measure attitudes toward mental illness were analysed. A revision of different experimental investigations which studied attitudes toward mental illness among general public, mental health professionals and patients and their relatives was made. Some of the strategies applied to change attitudes toward mental illness were also considered.

ACTITUDES HACIA LA ENFERMEDAD MENTAL (*)
Revisión Bibliográfica

Dorina Stefani

1. INTRODUCCION

El estudio cualitativo y cuantitativo de las actitudes sociales ha tomado gran importancia en las últimas décadas, porque es una de las áreas de la ciencia que estudia uno de los determinantes probables del comportamiento social.

Se han hecho estudios de actitudes en distintas áreas de interacción humana: familiar, educativa, económica, política, etc. Dentro del área de la salud mental, cabe hacerse una serie de preguntas referidas a fenómenos que ocurren en nuestra sociedad, por ejemplo:

-¿Cómo y por qué una enfermedad mental es considerada en forma distinta que una enfermedad orgánica?

- ¿Cómo y por qué un esquizofrénico es percibido y tratado diferencialmente por sus familiares y por los demás?

- ¿Cómo y por qué el fenómeno de la locura recibe una atención diferencial que institucionaliza el proceso de marginación social de los enfermos mentales?

- ¿Cómo y por qué en la política de salud, en la planificación y presupuesto hospitalarios, en la atención profesional y auxiliar, en los edificios y confort hospitalarios, en la satisfacción de las necesidades básicas del enfermo, la enfermedad mental recibe una atención diferencial?

- ¿Existe una actitud hacia la enfermedad mental que explique este fenómeno?

Si se conoce el fenómeno psicosocial que subyace a la adquisición y desarrollo de una actitud, se tendrán elementos para saber dónde centrar el esfuerzo para poder modificarla. Por ejemplo, en la planificación de una campaña de salud mental, conociendo cualitativa y cuantitativamente la actitud hacia la enfermedad mental y su relación con el estrato socioeconómico de quienes la poseen, se sabrá qué aspectos de la campaña deben ser reforzados y cómo debe ser dirigida, según el estrato socioeconómico, para que, en la población y en las instituciones, se desarrolle una actitud favorable hacia la enfermedad mental.

Allport (1) comenta: "Llevó años de labor y miles de millones de dólares obtener el secreto del átomo, pero aún mayores habrán de ser las inversiones necesarias para descubrir los secretos de la naturaleza irracional del hombre. Alguien ha dicho que es más fácil destruir un átomo que un prejuicio".

(*) Publicación del Centro Interdisciplinario de Investigaciones en Psicología Matemática y Experimental (CIIPME) N° 40.

La autora agradece al Dr. Horacio J.A. Rimoldi, Director de CIIPME, sus sugerencias y críticas que facilitaron este estudio, que es parte de una investigación que se realiza en CIIPME bajo su conducción.

El estudio de la adquisición, desarrollo y cambio de la actitud hacia la enfermedad mental es urgente y necesario. Por lo tanto, se consideró importante efectuar primero una revisión de las investigaciones empíricas realizadas sobre este tema, con el objeto de lograr conclusiones generales y además identificar aquellos componentes con poder discriminativo que sirvan de base para futuras investigaciones.

2. DEFINICION TEORICA DE LA ACTITUD

Diferentes autores han definido el concepto de actitud, respondiendo a una exigencia epistemológica del cuerpo teórico de la psicología social.

- Newcomb (2) define como actitud de un individuo frente a algo su predisposición a ejecutar, percibir, pensar y sentir en relación a ello. De este modo las actitudes representan orientaciones generales, persistentes del individuo frente a su medio.
- Asch (3) explica que el hecho de que los hombres posean afirmaciones significa que se orientan hacia amplios campos de la realidad social, que estiman conceptualmente situaciones complejas y que las emociones, los motivos y las acciones se realizan alrededor de las ideas. Hallarse en sociedad significa elaborar opiniones sobre los hechos sociales e intereses relativamente perdurables respecto de los mismos.
- Cardno (4) considera que la actitud vincula una predisposición existente para responder a objetos sociales, que, en interacción con variables situacionales y disposicionales, guía y dirige la conducta manifiesta del individuo.
- Campbell (5) asume que la actitud social de un individuo es un síndrome de respuesta estable con respecto a objetos sociales.
- Allport (6) sostiene que la actitud es un estado de disposición mental y neurológica, organizado a través de la experiencia, y que ejerce una influencia directriz o dinámica sobre la respuesta del individuo a todos los objetos y situaciones con las que él se relaciona.
- Krech y otros (7) definen la actitud como un sistema duradero de valoraciones positivas o negativas, a favor o en contra, con respecto a un objeto social.
- Cook y Selltiz (8) definen la actitud como una disposición subyacente, que interviene junto con otras influencias, en la determinación de una variedad de conductas hacia un objeto o clase de objetos. En esta variedad de conductas se incluyen las creencias, los sentimientos y las acciones de acercamiento o rechazo con respecto al mismo.
- Sherif y Sherif (9) han enunciado cinco criterios en su definición de actitud: 1) las actitudes no son innatas, 2) son más o menos duraderas, 3) siempre implican una relación sujeto-objeto, 4) la referencia de una actitud debe contener un gran número de items 5) tienen las propiedades motivacionales-afectivas.
- Shaw y Wright (10) buscando la comunalidad entre las distintas definiciones y aproximándose a la definición operacional, definen la actitud como un sistema relativamente duradero de reacciones valorativas que se basan en, y a su vez

reflejan, los conceptos evaluativos o creencias que han sido aprendidos sobre las características de un objeto o clase de objetos sociales.

Ya en 1929, Thurstone (11) había establecido la diferencia entre actitud y opinión. "El concepto "actitud" será usado para denotar la suma total de las inclinaciones y sentimientos del hombre, prejuicios o desviaciones, nociones preconcebidas, ideas, temores, amenazas y convicciones sobre cualquier tópico específico. Por lo tanto, la actitud de un individuo hacia la pacificación significa todo lo que él siente y piensa acerca de la guerra y la paz. Esto es, reconocidamente, una cuestión de índole subjetiva y personal. El concepto "opinión" se definirá como una expresión verbal de la actitud. Por ejemplo, si alguien dijo que fue un error entrar en guerra contra Alemania, esta afirmación sería catalogada como su opinión. El término "opinión" será restringido a la expresión verbal ¿Pero es una manifestación de qué? Expresa, supuestamente, una actitud. No sería difícil entender el uso de estos dos conceptos. La expresión verbal es la opinión. Nuestra interpretación de lo manifestado en la opinión sería que la actitud del sujeto es pro-germánica. Una opinión simboliza una actitud".

La mayoría de los trabajos citados en este estudio bibliográfico serán analizados desde la perspectiva de Thurstone, dado que el fenómeno de la actitud es de una complejidad tal que no es susceptible de ser descripto, en su totalidad, por un solo índice numérico. Por lo tanto, se considerará que los enunciados de las escalas de actitudes hacia la enfermedad mental expresan las opiniones, las cuales representan, supuestamente, una actitud.

3. DEFINICION TEORICA DE ENFERMEDAD MENTAL

El fenómeno de las enfermedades psíquicas es el objeto de estudio de la psiquiatría y de la psicología clínica. A fines del siglo XVIII y principios del siglo XIX, Pinel realizó una serie de trabajos que dieron origen a la psiquiatría científica, al introducir el método experimental, es decir, la observación repetida de los hechos y el análisis racional de los resultados. Además, liberó al alienado de la condición de sub-hombre a la que estaba sometido en esa época, elevándolo al estado de sujeto enfermo.

Por otra parte, en el siglo XIX, Charcot, con sus observaciones de los fenómenos histéricos, introdujo el concepto de enfermedades nerviosas funcionales en contraste con las enfermedades neurológicas orgánicas.

Alonso (12) define a la psiquiatría como la rama humanitarista por excelencia de la medicina que trata el estudio preventivo y el tratamiento de los modos psíquicos de enfermedad.

Por otra parte, la incorporación de conocimientos sociológicos dentro de la psiquiatría, enriqueció en las últimas décadas, el área de la higiene mental.

Dado que la psiquiatría estudia el comportamiento psicopatológico del ser humano, ha recibido el impacto de distintas corrientes filosóficas. En este trabajo citaremos definiciones del concepto de enfermedad mental de algunos representantes de las distintas escuelas psiquiátricas.

Una figura importante, dentro de la psicopatología empírica, fue Schneider (13) para quien el concepto de enfermedad es estrictamente médico. Al respecto dice: "enfermedad propiamente dicha no existe sino en lo somático y denominamos morbosos a lo psíquicamente anormal cuando es susceptible de ser referido a procesos orgánicos morbosos..... Así, para nosotros el concepto de enfermedad en psiquiatría debe reducirse a la pura definición de lo que la enfermedad es. Morbosos son para nosotros en psiquiatría, los trastornos psíquicos condicionados por procesos orgánicos, sus consecuencias funcionales y sus residuos locales. Fundamentamos, por lo tanto, en psiquiatría, el concepto de enfermedad exclusivamente sobre las alteraciones morbosas del cuerpo".

Desde la perspectiva de la escuela psicoanalítica, en la personalidad están presentes los factores genético-constitucionales y los factores psicológicos, relación que queda explicada en la definición de "series complementarias" de Freud (14) que expresa: "Desde el punto de vista etiológico las enfermedades neuróticas pueden ordenarse en una serie en la que los dos factores, constitución sexual e influencias exteriores, o si se prefiere, fijación de la libido o privación, se hallan representados de tal manera que cuando uno de ellos crece el otro disminuye. En uno de los extremos de esta serie se hallan los casos límites de los cuales podemos afirmar con perfecta seguridad que, dado el anormal desarrollo de la libido del sujeto, éste habría enfermado siempre, cualesquiera que fuesen los sucesos exteriores de la vida y aunque ésta se halle totalmente desprovista de accidentes. En el otro extremo hallamos los casos de los que, por el contrario, podemos decir que el sujeto hubiera escapado desde luego a la neurosis si no se hubiera encontrado con una determinada situación. En los casos intermedios nos hallamos en presencia de combinaciones tales que a una predisposición dependiente de la constitución sexual, corresponde una parte de influencias nocivas sufridas durante el curso de la vida".

El modelo psicopatológico que contribuyó al nacimiento de la orientación antro-po-fenomenológica en psiquiatría, fue la descripción estático-fenomenológica de Jaspers, que toma por objeto el estudio de los estados psíquicos tal como son experimentados por el enfermo. Jaspers (14) distingue dos géneros de alteraciones psíquicas: el de las alteraciones psíquicas psicológicamente incomprensibles, enfermedades biológicas o psicosis, sujetas a categorías causales y el de las alteraciones psíquicas psicológicamente comprensibles, enfermedades biográficas, donde se incluyen las reacciones vivenciales, los desarrollos y las neurosis.

La omisión del psicoanálisis ortodoxo acerca de las influencias culturales sobre el desarrollo de la personalidad ha sido subsanada por el psicoanálisis culturalista (Fromm, Horney, Kardiner, etc.). Sin embargo, esta rectificación tomó un carácter tan rotundo que llevó al otro extremo, de manera que explicaba la personalidad y la enfermedad mental reduciéndose a parámetros sociogénicos, culturales o ecológicos.

Cooper (16), oponiéndose a la psiquiatría vigente en cuanto al enfoque del problema de la enfermedad mental, comienza cuestionando el concepto de normalidad socialmente establecido y su relación con la salud y enfermedad mental. Afirma entonces que: "A partir del nacimiento, la mayor parte de las personas progresan a través de las situaciones de aprendizaje de la familia y de la escuela hasta que logran la normalidad social; también la mayoría se detiene en este estado de normalidad, y otros se derrumban durante ese proceso y retroceden a la locura. La normalidad es estadísticamente alienada y se halla en el

otro extremo tanto de la salud como de la locura. La salud está cerca de la locura, pero entre ambas subsiste siempre una diferencia cualitativa".

Finalmente, Scheff (17) propone el modelo de sistema social no como un fin en sí mismo sino como antítesis del modelo de sistema individual. Descarta la idea de "síntoma psiquiátrico", porque ésta supone una enfermedad subyacente cuya existencia no ha sido demostrada. En su lugar, propone el concepto de "trasgresión de reglas residuales" que incluye todas aquellas violaciones de las normas para las cuales la sociedad no estableció un rótulo específico y que, por ende, se suelen agrupar en una categoría residual llamada, según las épocas: brujería, espíritu poseído por los demonios y, actualmente, enfermedad mental. Por otra parte, la sociedad reacciona a la trasgresión de tales reglas con la negación o la estigmatización. Esta última respuesta social, también denominada rotulación, consiste en la exageración y distorsión del alcance y el grado de la violación ejecutada.

La controversia que existe respecto de lo que es la enfermedad mental queda reflejada en este análisis. En él mismo se hacen referencias a distintas posiciones que varían desde el enfoque puramente organicista hasta el netamente sociológico, pasando por la posición psicológica.

4. UNA DEFINICION TEORICA TENTATIVA DE LA ACTITUD HACIA LA ENFERMEDAD MENTAL

La actitud hacia la enfermedad mental es una predisposición del individuo adquirida, directa o indirectamente, que lo conduce a evaluar positiva o negativamente la enfermedad mental. Esta predisposición, en interacción con características disposicionales y situacionales, lleva al individuo a actuar frente a la enfermedad mental dentro de un continuo que varía desde una respuesta favorable a una netamente desfavorable.

5. INSTRUMENTOS UTILIZADOS PARA LA MEDICION DE LA ACTITUD HACIA LA ENFERMEDAD MENTAL

Antes de pasar a una revisión específica de los instrumentos contruídos para medir las actitudes hacia la enfermedad mental, es útil hacer una breve introducción acerca de la teoría de las escalas de actitudes.

En el proceso de la medición de las actitudes, el método más estudiado y utilizado fue el de las escalas. La mayor parte de las investigaciones empíricas sobre este tema tuvo como propósito establecer cuantitativamente la distribución de las actitudes dentro de grupos y su relación con distintos factores. Para este fin Thurstone (18, 19), Lickert (20), Guttman (21), Rinaldi (22, 23, 24, 25), Torgerson (26) y otros trabajaron sobre distintas técnicas de construcción de escalas de actitudes. Estas técnicas de escalamiento tienen como propósito evaluar cuantitativamente juicios sobre objetos de tipo cualitativo o cuantitativo.

En términos generales, una escala de actitud consiste en una serie de enunciados o ítems frente a los cuales el sujeto responde ordenándolos con relación a ciertos criterios preestablecidos, por ejemplo acuerdo-desacuerdo, interés-desinterés, placer-desplacer, etc... El perfil de sus respuestas permite establecer conclusiones respecto de la actitud que se está estudiando. Si bien las escalas difieren en la metodología utilizada en su construcción y en su

morfología, el objetivo que persiguen es el mismo, ó sea el de asignar una posición al individuo en el continuo de la actitud que está en estudio. Los extremos del continuo reflejan un polo positivo y otro negativo, respectivamente, y el punto medio es la zona de valencia neutra con respecto al objeto actitudinal.

El puntaje final asignado a cada sujeto es, en términos generales, función de su ubicación en la escala de los ítems que la forman.

Por otra parte, los enunciados que forman parte del instrumento deben cumplir con las funciones de discriminación, agudeza en la discriminación y discriminación a lo largo de toda la escala.

Selltiz (27) clasifica las escalas de actitudes en tres categorías fundamentales: diferenciales, acumulativas y aditivas, en función de las técnicas de escalamiento y del método de asignación de puntaje.

Escalas Aditivas: consisten en una serie de ítems que se seleccionan de acuerdo a si son claramente favorables o desfavorables con respecto al objeto actitudinal. A las respuestas favorables se les da un valor positivo mientras que a las desfavorables se les asigna un valor negativo. La puntuación final del individuo resulta de la suma algebraica de los valores de los enunciados a los que ha respondido favorable o desfavorablemente. En este tipo de escala, el modelo más frecuentemente utilizado en el estudio de las actitudes sociales, es el ideado por Lickert, en el cual se pide al sujeto que responda a cada ítem según su grado de acuerdo o desacuerdo con el objeto actitudinal. El puntaje mínimo y máximo indican una actitud desfavorable y favorable, respectivamente. Los puntajes intermedios son más difíciles de interpretar porque distintas combinaciones de respuestas pueden dar el mismo resultado final. Esta escala es de tipo ordinal, es decir, que se ordena los sujetos según su actitud favorable, pero no supone sobre cuánto es más favorable una actitud que otra, ni permite medir la cantidad de cambio en una actitud, después de una experiencia.

Escalas Acumulativas: Bogardus ideó la escala de "Distancia Social" con la cual comparó actitudes hacia nacionalidades diferentes. Esta escala se compone de un número de enunciados que fueron seleccionados en forma a priori y que están relacionados entre sí de manera acumulativa. Por ejemplo, la respuesta favorable al tercer ítem implica la misma reacción al cuarto ítem, al quinto ítem y así sucesivamente.

El concepto de distancia social se refiere a los grados de comprensión y proximidad que caracterizan a las relaciones sociales. De acuerdo a esta definición, el continuo de dicha actitud varía desde un contacto estrecho e íntimo hasta una vinculación nula. La posición del sujeto en esta escala resulta del recuento de los ítems que ha contestado favorablemente.

En las escalas acumulativas, Guttman, mediante la técnica del escalograma, determina si una actitud es unidimensional. En una escala Guttman perfecta, sabiendo el puntaje total de un individuo, es posible reproducir con precisión sus respuestas a cada uno de los ítems.

Escalas Diferenciales: generalmente, incluyen un número mayor de 20 enunciados. El puntaje del sujeto resulta generalmente del promedio de los valores obtenidos en los ítems con los cuales está de acuerdo.

Thurstone (19) ha ideado distintos métodos, en sus intentos de obtener una escala de intervalos y para asegurar que los ítems cubran los distintos puntos del continuo de la actitud. Estos métodos son el de comparación por pares, el de intervalos aparentemente iguales y, por último, el de intervalos sucesivos.

Otro tipo de escala, que no se incluye en la clasificación anteriormente propuesta, es el Diferencial Semántico, ideado por Osgood, Suci y Tannenbaum. En este instrumento se pidió al sujeto que evalúe un objeto determinado en base a una serie de escalas de 7 puntos de adjetivos bipolares. Mediante la técnica de análisis factorial, los autores hallaron tres dimensiones generales. El primero es el factor valorativo que se halla expresado, por ejemplo, en las escalas de adjetivos bueno-malo, bello-feo, limpio-sucio, valioso-no valioso. El segundo es el factor de potencia, identificado en las escalas fuerte-débil, grande-pequeño, pesado-liviano y grueso-delgado. Finalmente, el factor actividad es reconocido, por ejemplo, en las escalas pasivo-activo, rápido-lento. Osgood y sus colaboradores sostienen que este instrumento mide la valencia de los componentes cognoscitivos y emocionales de la actitud.

Una vez hecha esta breve introducción teórica, se realizará una revisión de los instrumentos más utilizados en la medición de las actitudes hacia la enfermedad mental.

a. Cuestionario de Información de Nunnally (Nunnally's Information Questionnaire)

Este instrumento fue ideado por Nunnally (28) con el propósito de evaluar la información y las creencias del hombre común con respecto a los problemas de la salud mental. El cuestionario fue construido a partir de 3.000 enunciados recolectados entre el público y profesionales dedicados a esta área. Estos ítems se relacionaban con las causas, síntomas, tratamiento, pronóstico, incidencia y significación social de los problemas de la salud mental.

Como el número de opiniones era demasiado extenso, se suprimieron aquellas que tenían aproximadamente el mismo significado. De este modo la muestra quedó reducida a 240 ítems, donde cada uno de los cuales fue evaluado utilizando una escala de tipo Lickert de 7 puntos. En ese mismo trabajo el autor aplicó este instrumento a 350 personas, en Illinois, y sus respuestas fueron analizadas factorialmente, para identificar las dimensiones subyacentes al contenido de la información y creencias de la gente acerca de la enfermedad mental. Utilizando una combinación de análisis factorial y análisis de "clusters" obtuvo 18 parámetros de los cuales solamente 10 fueron interpretados. Cada uno de éstos quedó definido por cuatro ítems. El autor describió lo que él llama polo "incorrecto" en cada uno de los 10 parámetros de la manera que se detallará a continuación. Estos polos incorrectos quedan definidos por las creencias de los sujetos acerca de la enfermedad mental.

I. Aspecto y actuación diferentes (Sub-hombre) (Look and act different. Sub-man)

Los enfermos mentales son seres anormales, reconociblemente diferentes en sus modales y apariencia.

II. Fuerza de voluntad (Will power)

La fuerza de voluntad es la base del ajuste personal. Una vez que el ajuste se pierde, el psiquiatra ejercita su propia fuerza de voluntad para reforzar la del enfermo. Las personas que permanecen mentalmente enfermas no tratan de mejorar.

III. Distinción entre sexos (Sex distinction)

Las mujeres son más propensas que los hombres a tener trastornos mentales. Las mujeres se preocupan más que los hombres y tienen a menudo "crisis nerviosas".

IV. Supresión de pensamientos morbosos (Avoidance of morbid thoughts)

Las preocupaciones placenteras son la base de la salud mental. Las perturbaciones psicológicas pueden ser evitadas manteniéndose ocupado, leyendo libros que promueven la paz espiritual y evitando discutir cuestiones problemáticas.

V. Guía y apoyo (Guidance and support)

El mantenimiento de la salud mental del individuo se hace a través de su dependencia de personas fuertes de su medio ambiente. El terapeuta explica al enfermo el origen de sus problemas.

VI. Desesperanza (Hopelessness)

Es muy poco lo que se puede hacer para curar los trastornos mentales. Un mínimo de los enfermos que estuvieron internados en un hospital mental vuelve a ser útil a la sociedad. Los psiquiatras no pueden decir si el estado de enfermedad es curable.

VII. Medio externo inmediato (versus dinámica de personalidad) (Immediate external environment vs. personality dynamics)

El estado de salud mental de un individuo depende de las tensiones del medio externo inmediato. Los desórdenes mentales están causados por el agotamiento físico y por problemas sociales y financieros.

VIII. No gravedad (Nonseriousness).

Las dificultades emocionales son consideradas como problemas relativamente sin importancia que acarrear un perjuicio pequeño al individuo.

IX. Función de la edad (Age function)

Se cree que las personas, a medida que envejecen, se hacen más susceptibles a los desórdenes emocionales y su curación es más lenta. Existe una aparente analogía con el incremento en función de la edad de la propensión a algunas de las enfermedades físicas.

X. Causas orgánicas (Organic causes)

La enfermedad mental es causada por factores orgánicos, tales como una dieta deficiente y un desorden del sistema nervioso. Está asociado a síntomas físicos, como lesiones cerebrales, y se cura mediante tratamientos biológicos.

Estos "clusters" describen el contenido particular de las creencias de la gente con respecto a la enfermedad mental y a los enfermos mentales.

b. Descripciones hipotéticas de casos que ilustran desórdenes mentales
(Star's Abstracts)

Shirley Star (29) en su intento de estudiar las diferencias en las actitudes hacia la enfermedad mental sostenidas por el público construyó, como instrumento de medición de dicho fenómeno, seis descripciones hipotéticas de diferentes tipos de desórdenes mentales. Cada narración consiste en un párrafo escrito en un estilo no técnico, donde se describe una conducta que indica una particular entidad diagnóstica. De este modo, la autora pretende ilustrar la esquizofrenia paranoica, la esquizofrenia simple, la neurosis de ansiedad, el alcoholismo, la conducta fóbico-compulsiva y, finalmente, un caso de desorden juvenil del carácter. Los sujetos leen dichas descripciones y deben responder ordenándolas según el tipo de patología percibida, distancia social u otros parámetros. Así, los individuos o los grupos encuestados pueden ser comparados en términos de sus concepciones acerca de lo que es una conducta anormal.

c. Escala de la Ideología Subyacente a la Custodia Autoritaria del Enfermo Mental (Custodial Mental Illness Ideology Scale - CMI)

Gilbert y Levinson (30) con el propósito de estudiar la ideología subyacente al tipo de cuidado que el personal de un hospital psiquiátrico impartía al enfermo mental, construyeron una escala que mide esta posición ideológica a través de un continuo que varía desde un trato humanitario hasta una custodia autoritaria del paciente psiquiátrico. Esta es una escala tipo Lickert que consta de 20 enunciados que se refieren a opiniones sobre la enfermedad mental y al cuidado del paciente. Un alto puntaje en ella representa una orientación de custodia autoritaria, reflejada en un conjunto de creencias tradicionales, como, por ejemplo, que los que sufren una enfermedad mental son irracionales y potencialmente peligrosos, que deberían estar internados en un hospital de régimen cerrado y que su recuperación es imposible. Esta posición ideológica está asociada con resultados en la Escala F de California de Struening que según el autor estima autoritarismo. Un bajo puntaje indica una aproximación más liberal al problema, enfatizando que los pacientes psiquiátricos son capaces de conductas responsables, que no deberían ser coartados innecesariamente y que su curación es posible. Gilbert y Levinson sugieren, a través de su escala, que la actitud hacia la enfermedad mental es unidimensional. Otros estudios relacionados con este tema muestran que los polos extremos del continuo trato humanitario-custodia autoritaria pueden subdividirse en varias dimensiones.

d. Escala de Opiniones sobre la Enfermedad Mental (Opinion Mental Illness - OMI)

Cohen y Struening (31) construyeron la Escala de Opiniones sobre la Enfermedad Mental con el propósito de medir las actitudes del personal estable de dos importantes hospitales psiquiátricos y así, describir la atmósfera actitudinal que rodea al paciente que está internado.

Este instrumento consta de 51 afirmaciones seleccionadas a partir de una recapitulación de 71 ítems, extraídos de la Escala de la Ideología Subyacente a la Custodia Autoritaria de Gilbert y Levinson (30), el Cuestionario de Información de Nunnally (28), la Escala F de California de Struening, y de 200 ítems, elaborados por los autores, que se refieren a las causas, descripción, tratamiento y pronóstico de enfermedades mentales severas. Fue administrado al personal de dos grandes hospitales psiquiátricos de veteranos de guerra y las respuestas fueron analizadas factorialmente. Se identificaron 5 factores independientes

que expresaban las dimensiones relevantes, subyacentes a las opiniones sobre enfermedad mental. Siguiendo la descripción de Cohen y Struening, estos factores son:

Factor A- Autoritarismo (Authoritarianism)

Este factor está definido por componentes de autoritarismo, expresados en la sumisión que exige una persona autoritaria y en la incapacidad de introspección. Se sostiene la creencia de que los enfermos mentales son de una clase inferior respecto a los normales y que requieren una custodia autoritaria y coercitiva. Este es un factor dominante que explica el 47% de la variancia común de los ítems.

La correlación entre los puntajes del factor A y de la Escala F fue de .86, por lo tanto, se concluyó que ambos instrumentos miden aproximadamente el mismo fenómeno.

Factor B- Benevolencia (Benevolence)

El polo positivo del factor B expresa una perspectiva bondadosa y paternalista hacia el enfermo mental, cuyo origen es de tipo religioso y humanitario más que científico y profesional. Los enfermos mentales son percibidos como niños que necesitan cuidados pero se considera que es peligroso olvidar que están mentalmente enfermos. Por otra parte, la sociedad tiene la obligación moral de ocuparse de ellos y se les debería brindar más que una mera custodia. Además, en este factor, los hospitales psiquiátricos no son considerados como prisiones. El factor B da cuenta del 15% de la variancia común de los ítems.

Factor C- Ideología de la higiene mental (Mental Hygiene Ideology)

Este factor supone una posición positiva hacia los enfermos mentales, e incorpora los principios de la moderna orientación profesional de la salud mental. Esta perspectiva sostiene que los pacientes psiquiátricos no se diferencian de la gente normal cualitativamente, sino posiblemente, en el grado en que poseen alguna característica de personalidad. Se sostiene la eficacia del tratamiento, la obligación de la sociedad hacia el enfermo mental y el régimen de "democracia hospitalaria". Por otra parte, el hospital psiquiátrico es percibido negativamente como una prisión. El factor C contiene el 14% de la variancia común de los ítems.

Factor D- Restricción social (Social Restrictiveness)

Todos los ítems del factor D expresan la creencia de que el enfermo mental es una amenaza para la sociedad, particularmente para su familia, y que la forma de contrarrestar este peligro es mediante la restricción de sus roles sociales, durante y después de la internación en una institución psiquiátrica. Por lo tanto, el paciente psiquiátrico es visto como un individuo socialmente incapacitado, al que no le importa su apariencia y cuidado personal, e incapaz de establecer relaciones sanas de amistad. Además, la perspectiva de futuro para ellos es considerada con total desesperanza, expresado en "es muy poco lo que se puede hacer por ellos". El factor D explica el 14% de la variancia común de los ítems.

Factor E- Etiología interpersonal (Interpersonal Etiology)

El polo positivo refleja fuertemente la creencia de que la enfermedad mental surge de la experiencia interpersonal, especialmente de la privación del amor y cuidado de los padres durante la infancia. Este factor da cuenta del 10% de la variancia común de todos los ítems.

Por otra parte, los autores estudiaron la relación entre la actitud hacia la enfermedad mental y variables estructurales tales como edad, sexo, ocupación y educación. La correlación entre los puntajes en los factores de actitud en esta escala y las variables de sexo y edad fue estadísticamente débil, mientras que con ocupación y educación la relación fue fuerte.

En la Escala de Opiniones sobre la Enfermedad Mental, la actitud es evaluada como una variable^o que se infiere y que contiene una valencia afectiva. Desde la perspectiva operacional, los autores consideran que las respuestas reflejan las opiniones y que los factores resultantes representan las actitudes. Este es uno de los instrumentos más frecuentemente usados en el estudio de las actitudes hacia la enfermedad mental.

e. Escala de Actitudes hacia la Enfermedad Mental y la Hospitalización Psiquiátrica (CPH Factor Scale)

Khan y otros (32) idearon este instrumento con el propósito de estudiar las actitudes de los pacientes psiquiátricos hacia la enfermedad mental, la hospitalización psiquiátrica y el tratamiento. Consta de 45 afirmaciones tipo Lickert, y se pide al paciente que conteste cada ítem, según su grado de acuerdo o desacuerdo, en una escala de 4 puntos.

Los cinco factores de actitud más fuertes que surgen de esta escala y que explican el 50% de la variancia total son:

Factor I- Control autoritario y falta de orientación psicológica (Authoritarian control and nonpsychological orientation)

Este factor mide una tendencia a percibir el hospital como una fuente externa de control y restricción de la conducta, manifestados a través de medios no psicológicos. El paciente es un ente pasivo y el problema de la custodia autoritaria es considerado de gran importancia.

Factor II - Orientación hospitalaria negativa (Negative hospital orientation)

El factor II refleja la visión del hospital como un lugar que es restrictivo y punitivo, donde el paciente se siente víctima. Los puntajes altos en esta dimensión denotan una respuesta negativa y hostil a la restricción externamente impuesta.

Factor III- Control externo, causa y tratamiento (External control, cause, and treatment)

Este factor representa el punto de vista de que el hospital impone de modo externo el control y la restricción, que la causa de la enfermedad es externa al individuo y que el tratamiento es de tipo biológico. En el factor II falta la hostilidad y la actitud de queja del factor II.

Factor IV- La enfermedad mental y el tratamiento biológico- el hospital suministra una dependencia regresiva (Mental illness and treatment as physical- hospital supplies regressive dependency)

El factor IV se centra en el tratamiento biológico, en las causas orgánicas pasivas y en el estigma social. El hospital es evaluado, por una parte, como satisfactorio de necesidades que promueven la dependencia y el beneficio secundario de la enfermedad, y, por otra parte, como portador de estigma social.

Factor V- Disminución del control para el beneficio terapéutico versus restricciones arbitrarias (Letdown of control for therapeutic gain-arbitrary restriction)

Este factor refleja la tendencia a considerar el hospital como un lugar donde un individuo puede temporalmente liberar, sin temor, sus emociones, para lograr un beneficio futuro. En el otro extremo, el hospital es percibido como un lugar de control y castigo arbitrarios.

Por otra parte Khan y Jones (33), en un estudio experimental, demostraron que esta escala mide actitudes relativamente constantes a través del tiempo. Los resultados no indicaron diferencias significativas entre los puntajes obtenidos comparando las dos veces en que el instrumento fue administrado a una población de pacientes psiquiátricos de un hospital universitario. Además, estos investigadores hallaron que las actitudes hacia la enfermedad mental y la hospitalización psiquiátrica, se relacionaban significativamente con las variables nivel cultural y nacionalidad.

f. Escala de Actitud hacia la Enfermedad Mental (Attitudes toward Mental Illness Scale - ATMI)

Froemel y Zolik (34) desarrollaron esta escala de actitudes hacia la enfermedad mental, para ampliar y mejorar las ya existentes, proveyendo una variedad extensa de ítems que cubrían un mayor número de dimensiones.

La elaboración de los enunciados se realizó a partir de tres fuentes principales: a) ítems de escalas anteriormente construidas, b) revisión de aproximadamente 200 entrevistas con familiares de pacientes y c) grabaciones de grupos de discusión con parejas casadas, cuyos argumentos estaban centrados en el problema de la salud mental y temas relacionados. Estos procedimientos proveyeron un conjunto inicial de 600 enunciados, de entre los cuales se seleccionó un grupo final de 125 ítems tipo Lickert. Aplicando la técnicas de análisis factorial surgieron 24 factores de los cuales se suprimieron 8, ya que su contribución a la variancia común era mínima. Los restantes 16 factores fueron interpretados y, a los fines de simplificar la discusión, se agruparon en tres categorías:

I. Actitudes respecto de las causas

Factor A- Causalidad en la infancia (Childhood Causation)

Relaciona la enfermedad mental con algún conflicto generado en la niñez, tales como apatía, dominación o divorcio de los padres.

Factor G- Socialización interrumpida (Arrested Socialization)

Considera al niño que cambia de vecindario, al hijo único o al que tiene un solo padre.

Factor M- Orientación neurológica (Neural Orientation)

Es una dimensión orgánica en la cual las causas físicas, especialmente aquéllas referidas a trastornos del sistema nervioso, son consideradas en la etiología de la enfermedad mental.

Factor L- Causas populares (Popular causes)

Se refiere a aquellas causas de enfermedad mental sostenidas por la creencia popular, como, por ejemplo, preocupaciones, tragedias personales, problemas financieros, enfermedades venéreas y el pensar demasiado sobre determinados problemas.

Factor F- Folklore bíblico (Biblical Folklore)

En este factor la enfermedad mental es considerada un castigo por los pecados, malas acciones y malos pensamientos. Una vida religiosa es el medio para mantener la salud mental del individuo. Aquí se relaciona la enfermedad mental con la teología.

Los factores de causalidad en la infancia, socialización interrumpida y orientación neurológica reflejan el componente cognoscitivo de la actitud, mientras que las causas populares y folklore bíblico miden el componente afectivo.

II. Actitudes hacia el tratamiento

En esta categoría se considerarán dos tipos fundamentales de factores que corresponden a aspectos cognoscitivos y afectivos de las actitudes hacia el tratamiento.

Factor D- Adecuación del tratamiento (Adequacy of Treatment)

Es el factor actitudinal predominante dentro del conjunto de factores de esta categoría. Tiene un tono negativo y expresa actitudes que varían, desde una inadecuación en el tratamiento, por falta de conocimiento por parte de los profesionales; a una acusación de un tratamiento mal diagnosticado, resultante de la falta de preocupación y mínimo esfuerzo de los responsables de ese tratamiento.

Factor O- Hospitales adecuados (Hospital Adequacy)

Este factor es de tono positivo y considera satisfactorios el cuidado y atención de los hospitales psiquiátricos, a pesar de las dificultades que el personal estable debe enfrentar.

Factor N- Progreso del conocimiento (Progressive Awareness)

Considera que las actuales técnicas de diagnóstico y tratamiento son más exitosas que las empleadas en el pasado.

Factor P- Tratamiento anticipado (Early Treatment)

Expresa la necesidad de referir tempranamente al especialista al enfermo mental y hacer un tratamiento rápido.

Factor K- Eficacia del médico clínico (M.D. Sufficiency)

Apoya la eficiencia de los médicos clínicos para diagnosticar y tratar a los enfermos mentales, sin que ello implique una condenación de los especialistas en psiquiatría, sino un reconocimiento de su escasa disponibilidad, por no ser lo suficientemente numerosos.

Los factores descritos hasta aquí, expresan el componente cognoscitivo de la actitud hacia el tratamiento, mientras que las siguientes dimensiones se refieren al componente afectivo de dicha actitud.

Factor I- Tratamiento mediante la custodia autoritaria (Authoritarian-Custodial Treatment)

Este factor apoya los programas de tratamiento que implican un régimen de puertas cerradas, la restricción de que los niños visiten a sus padres internados y la prohibición de que los pacientes se relacionen con niños.

Factor J- La terapia como guía (Therapy as Guidance)

Presenta una imagen supersimplificada del tratamiento, mediante la descripción del terapeuta como un comunicador que, a través de sus respuestas, guía fácilmente al paciente a reconocer sus problemas y a superar sus dificultades. Todo esto tiene como consecuencia la curación del individuo.

III. Actitudes hacia los pacientesFactor C- Diferencias entre pacientes y normales (Patient-Normal Differences).

Trata de la percepción de diferencias físicas entre los pacientes y normales, incluyendo la apariencia y el lenguaje.

Factor B- Arreglo personal del paciente (Patient Self-Care)

Este factor sostiene que el paciente descuida aquellas cosas tan mundanas como su cuidado personal.

Factor H- Pronóstico fatalista (Fatalistic Prognosis)

Presenta una perspectiva pesimista y niega la prevención y la curación de la enfermedad mental prescribiendo una custodia autoritaria del paciente.

Factor E- Patología permanente (Permanent Pathology)

Este factor sostiene una permanente incapacidad psíquica en el paciente psiquiátrico.

g. Escala de Actitud hacia el Enfermo Mental

Insua (35) elaboró esta escala con el propósito de evaluar las actitudes de los pacientes y los acompañantes que se hallaban en los distintos servicios del Hospital de Clínicas "José de San Martín" de la ciudad de Buenos Aires. Este instrumento fue construido según el método de intervalos aparentemente iguales de Thurstone y consiste en 27 enunciados que cubren exhaustivamente el continuo de la actitud.

Un bajo puntaje en la escala indica una actitud favorable hacia el enfermo mental, mientras que un alto puntaje refleja una actitud desfavorable. El polo favorable está expresado por el ítem N° 20: "Nuestros hospitales psiquiátricos deberían organizarse de modo tal que el paciente se sintiera como viviendo en su propia casa", y su valor escalar es de 1.14. Por otra parte, el polo de actitud desfavorable está representado por la frase N° 9: "No hay quien pueda curar al enfermo mental", cuyo valor en la escala es de 10.96.

6. LAS ACTITUDES HACIA LA ENFERMEDAD MENTAL

a) Actitudes hacia la enfermedad mental de la población en general

El complejo de actitudes, al que se ha llamado "rechazo del enfermo mental", es un fenómeno conocido en la sociedad occidental. La sola idea de la enfermedad mental crea una extrema incomodidad en la mayoría de la gente y existe una extendida ignorancia e indiferencia que reflejan el rechazo con respecto a sus causas, síntomas y tratamientos.

El paciente psiquiátrico, identificado como portador de enfermedad mental, y su familia, se enfrentan a una ambigua pero pesada carga de estigma. Este fenómeno fue ampliamente reconocido y documentado en estudios que se centran en las características fundamentales de los hospitales psiquiátricos, en los procedimientos de internación psiquiátrica a través de los que el paciente es enviado a un hospital en contra de su voluntad, en el rol del paciente mental que no siempre goza de las libertades y derechos civiles, y en la reincorporación del mismo a la sociedad después del alta psiquiátrica, con la carga que implica el haber sido un enfermo mental, lo que es percibido como un mayor peligro para la sociedad que el hecho de haber sido un criminal.

Por otra parte, una serie de investigaciones empíricas han revelado que la actitud de la gente hacia la enfermedad mental se caracteriza por el temor, ansiedad, rechazo e información errónea.

Cumming y Cumming (36) han realizado un clásico estudio experimental de las opiniones sobre la enfermedad mental, en una pequeña ciudad del Canadá. Los investigadores han estudiado a los residentes, antes y después de una campaña educativa de seis meses, programada para promover actitudes favorables

hacia la enfermedad mental. En esta investigación se presentaron a los grupos de discusión tres proposiciones:

- 1) El rango de la conducta normal es más amplio que lo que a menudo se cree.
- 2) Una conducta desviada no se da por azar, tiene una causa y por lo tanto puede ser comprendida y modificada.
- 3) La conducta normal y anormal caen dentro de un solo continuo y no son cualitativamente diferentes.

Los respondientes aceptaron fácilmente las dos primeras proposiciones y de hecho fueron superiores a los psiquiatras en el rango de la conducta considerada como normal. La tercera proposición fue rechazada lo que se interpretó como un indicador del fracaso de la campaña educacional.

Los resultados indicaron que la muestra sentía temor hacia la enfermedad mental, y trataba en lo posible de ignorar sus manifestaciones; por lo tanto, la aceptación de la proposición 1) era compatible con esta actitud. Cuando la conducta de un individuo se tornaba demasiado desviada como para ser tolerada, la comunidad quería segregarlo a través de la internación hospitalaria. Esto se refleja en la aceptación de la proposición 2) que provee una justificación para tal acto, desde que la hospitalización puede ser considerada tanto en interés del paciente como para el bien de la comunidad. La tercera proposición fue rechazada porque contradice el sistema de valores de la comunidad, al sugerir que cualquier individuo puede volverse un enfermo mental bajo determinadas condiciones.

Como conclusión, este estudio demostró una actitud negativa hacia la enfermedad mental, su relación con el sistema de valores de la comunidad y la imposibilidad de modificar una actitud específica, sin tener en cuenta ese sistema. Es decir, que hay un modelo de respuesta socialmente determinado expresado en la negación, aislamiento y rechazo del enfermo mental.

Nunnally (28) lleva a cabo un estudio acerca del tipo de información que tiene la población sobre los problemas de la salud mental, limitándose al área de los trastornos mentales serios, como psicosis, neurosis y conductas en deficientes mentales. Una vez construido el cuestionario de información de 50 ítems, e interpretados los 10 "clusters" de opiniones resultantes del análisis factorial (ver pág. 8) lo aplicó a dos muestras de 200 y 151 sujetos de Knoxville (Tennessee) y Eugene (Oregon), respectivamente. Los resultados mostraron que, si bien el hombre común no estaba mal informado, era ignorante respecto a la realidad de la enfermedad mental. Su conocimiento no estaba estructurado y era expresado tentativamente, sin mucha seguridad.

Por otra parte, Nunnally estudió la correlación entre los puntajes obtenidos por los individuos en los "clusters" de opiniones sobre la enfermedad mental y variables tales como sexo, edad, ingreso económico y educación.

Los resultados mostraron que la correlación con la variable sexo no era lo suficientemente pequeña como para atribuirla al azar, pero tampoco tan significativa como para considerarla relevante. Apareció una leve tendencia de las mujeres, como grupo, a rechazar los trastornos orgánicos como causa de la

enfermedad mental (Cluster X) y a considerar como tales las influencias del medio externo inmediato (Cluster VII). Este fenómeno se invierte, cuando consideramos a los hombres como grupo.

La correlación con la variable ingreso muestra que la gente con altos ingresos tiende a rechazar los conjuntos de opiniones que definen los "clusters": "fuerza de voluntad", "función de la edad" y "desesperanza".

Los "clusters" de opiniones se correlacionan negativamente con el nivel educacional. Es decir, que la gente que tiene más años de estudio rechaza las creencias de que el enfermo tiene una diferente actuación y apariencia (Cluster I), que la causa de la enfermedad mental es la falta de fuerza de voluntad (Cluster II) y que las personas de edad avanzada son más susceptibles a los trastornos emocionales (Cluster IX). Solamente los "clusters" de opiniones III (Distinción de sexo) y VII (Medio externo inmediato versus dinámica de personalidad) no se correlacionan significativamente con el nivel de educación.

Con respecto a la variable edad, los "clusters" de opiniones tienden a correlacionarse positivamente. Manteniendo constante la variable educación, resulta que las personas jóvenes y las de edad avanzada, con los mismos años de estudio, tienen diferentes opiniones acerca de los problemas de la salud mental.

Clark y Binks (37), desde otra perspectiva, estudiaron el comportamiento de las variables edad y educación en relación con la ideología subyacente a la custodia autoritaria del paciente mental. Utilizando una muestra de 56 sujetos que no habían estudiado ninguna ciencia social, los resultados mostraron que los sujetos más jóvenes y con mayor nivel educacional sostenían una actitud más liberal que los sujetos de edad avanzada y con pocos años de estudio.

Nunnally (38), utilizando el Diferencial Semántico, halló que el enfermo mental es percibido por la gente como un ser inútil, indecente, insensible, peligroso, imprevisible y embustero. El investigador sugiere que es probable que esta actitud negativa derive de los sentimientos de la población respecto a la imposibilidad de predecir la conducta del enfermo mental, y que, por lo tanto, la juzga con disgusto, temor y desconfianza.

Lemkau y Crocetti (39), en su estudio sobre las opiniones y conocimientos de la población de la ciudad de Baltimore respecto de la enfermedad mental, hallaron resultados dispares a aquéllos obtenidos en trabajos anteriormente realizados por otros investigadores. Uno de los más sorprendentes contrastes fue la habilidad de la población de Baltimore en identificar descripciones de conductas, que ilustran algún trastorno mental, como indicadores de enfermedad mental. Se presentó a la muestra tres descripciones hipotéticas de conductas desviadas de un individuo con esquizofrenia simple, un paranoide y un alcohólico, respectivamente. Los resultados mostraron que el 50% de los respondientes identificaron los tres casos como indicadores de enfermedad mental, mientras que solamente el 4% no los identificó como tal. Este hallazgo contradice la teoría de las actitudes hacia la enfermedad mental, formulada por los esposos Cumming, que sostiene que una de las pautas de respuesta social ante este fenómeno es la "negación" de que una determinada conducta desviada es síntoma de enfermedad mental.

Por otra parte, en el estudio de Lemkau y Crocetti se estratificó a la población en clases sociales, según el índice de Posición Social elaborado por Hollingshead (40). Este índice, basado en las variables educación e ingreso, clasifica a la población en 5 rangos de clase social, donde la clase I es el nivel más alto y la clase V el más bajo. Los investigadores agruparon en una categoría las clases I, II y III comparándolas con las clases IV y V. Si bien los resultados concordaron con los de trabajos anteriores en el sentido de que a niveles más altos de clase social corresponde una mayor probabilidad de identificar síntomas de enfermedad mental en los relatos presentados, apareció, sin embargo, una gran proporción de sujetos de bajo nivel de educación e ingreso que realizan dicha identificación.

Además, los autores preguntaban a los respondientes que habían identificado un caso de patología mental, si pensaban que esta enfermedad podía o no ser curada. Los resultados indicaron que los porcentajes de respuestas que afirmaban la curación eran del 72% para el caso de la esquizofrenia simple, del 79% para la conducta paranoide y del 56% para el caso de alcoholismo. Como la interpretación de estas respuestas dependía de lo que la población entendiera por "estar curado" los investigadores, basándose en notas secundarias, ocasionalmente registradas por los entrevistadores, y en información recogida en el pre-test, hallaron que "estar curado" significaba la restauración de la función social o la capacidad del sujeto para manejar sus propios asuntos sin necesidad de supervisión alguna. De este modo, independientemente de lo correcto o incorrecto de esta definición, Lemkau y Crocetti contradicen, con sus resultados, la opinión sostenida por la Joint Commission on Mental Illness and Health de que existe en la sociedad un profundo pesimismo en lo referente al proceso de recuperación del enfermo mental.

Finalmente, lo hallado en este estudio contradice lo sostenido por los esposos Cumming de que un individuo, una vez identificado como enfermo mental, es rechazado y aislado por la sociedad. Es índice de esta disparidad que un 50% de los respondientes expresara que "podían imaginarse enamorados de alguien que haya estado mentalmente enfermo", un 81% respondiera que "no vacilarían en trabajar con alguien que hubiese sido un enfermo mental" y un 85% concordara en que "las personas que tienen algún tipo de enfermedad mental pueden ser curadas en su hogar".

La pregunta que se hacen los investigadores, cuando quieren explicar la disparidad de sus resultados con los de otros trabajos realizados anteriormente, se refiere a si hay diferencias en la composición de la población encuestada por ellos, y concluyen que sus sujetos no son ni más sofisticados, ni con más altos ingresos y educación que los utilizados en los otros estudios. En cambio, consideran como una explicación plausible, considerando que hay una diferencia de una década con las investigaciones anteriores, que haya cambiado la actitud hacia la enfermedad mental, debido a las campañas educativas de salud mental.

Dohrenwend y Chin-Shong (41), en un estudio de las actitudes hacia la enfermedad mental realizado en una muestra de la ciudad de Nueva York, hallaron que, en los niveles bajos de clase social, había una mayor intolerancia hacia la conducta desviada. Los respondientes de clase baja, si bien tendían a ignorar la patología de una conducta, la consideraban como un comportamiento antisocial grave. Una vez que decidían que un individuo estaba mentalmente enfermo, sus actitudes eran de rechazo, comparándolas con los respondientes de mayor nivel socioeconómico.

Estas investigaciones contradicen los resultados de Hollingshead y Reldlich (42) que sostenían que el comportamiento desviado era más tolerado por los niveles más bajos de clase social, aun si la conducta era desaprobada por las normas de clase. La evidencia que presentaban para apoyar esta hipótesis no estribaba en la naturaleza de las actitudes, sino en las consecuencias de éstas en los procesos de derivación psiquiátrica; es decir, que los pacientes de clase baja tendían a ser derivados a tratamientos por vías policiales y judiciales. De este modo, Hollingshead y Reldlich concluyen una mayor tolerancia en estos niveles sociales, expresado en la necesidad de una intervención externa para la internación psiquiátrica de los enfermos, fenómeno que no ocurre en las clases altas, donde los pacientes son derivados por los familiares o amigos.

Dohrenwend y Chin-Shong explicaron sus resultados sosteniendo que las condiciones de vida de los sujetos de clase baja no permiten su aproximación a una orientación social y liberal y que limitan su receptividad a los aspectos humanísticos de la educación de la salud mental.

Fletcher (43) sugiere que el problema a investigar no debería ser simplemente cómo la población define la enfermedad mental, ni aun describir sus actitudes de rechazo hacia los enfermos mentales. Es más importante preguntarse cómo responden en su conducta ante formas de comportamiento desviado y si esta respuesta incluye la derivación psiquiátrica del enfermo fuera de su ambiente interpersonal inmediato. Esto se apoya en que los profesionales de salud mental son cada vez más conscientes del papel crucial que desempeña la población en la determinación de quién debe recibir ayuda psiquiátrica. Con el propósito de estudiar esta respuesta de la población al comportamiento desviado, Fletcher encuestó a una muestra probabilística estratificada de la población de Connecticut, compuesta por 50 matrimonios de clase trabajadora y 50 de clase media, clasificados según el índice de Posición Social de Hollingshead (40). Se les presentó relatos hipotéticos de conductas desviadas cuyas variaciones se referían a la dimensión "comportamiento agresivo - comportamiento retraído". El investigador eligió esta dimensión por ser indicadora de esquizofrenia y predominante en las psicosis funcionales. Se pedía a los respondientes que estimaran el grado en que estos casos descritos manifestaban comportamiento desviado, si el protagonista era responsable de él y si era necesario una derivación fuera de su familia, particularmente con un psiquiatra.

Los resultados mostraron que el porcentaje de respuestas que indicaban derivación psiquiátrica fue del 20% y que no se diferenciaban significativamente con relación a las variables sexo y clase social. La única diferencia significativa se dio con respecto a la derivación psiquiátrica por casos de agresividad y a aquélla realizada por retraimiento, ya que las mujeres casadas derivaban estos últimos con mayor frecuencia. Fletcher determinó que este fenómeno se debía al marco cultural de la sociedad americana, donde los niveles de agresividad son más altos para los hombres y, por lo tanto, el retraimiento en su rol familiar y ocupacional sería considerado como un comportamiento desviado.

Bentz y Edgerton (44) sostienen que "los líderes de una comunidad, en virtud de sus posiciones, ejercen una gran influencia sobre las normas sociales y se los considera como jugando un papel importante en el proceso de formación y cambio de las actitudes. La población tiende a seguir las pautas sociales establecidas y articuladas por los líderes de la comunidad, los cuales, a través de sus innovaciones y ejemplos, influyen sobre las actitudes de la gente hacia la enfermedad mental". Los investigadores realizaron un estudio donde compararon

una muestra de 418 líderes de 2 distritos rurales de Carolina del Norte con una muestra de la población de la misma área geográfica que comprendía 1405 sujetos. El análisis comparativo versaba sobre las actitudes hacia: 1) la enfermedad mental, 2) su etiología, 3) los hospitales psiquiátricos, 4) el tratamiento y 5) los psiquiatras.

Los resultados mostraban que, en cuanto a sus actitudes, las dos muestras tendían a ser semejantes. Bentz y Edgerton resumieron sus hallazgos de la siguiente manera:

- 1) Los líderes y la población poseían una información y actitud hacia la enfermedad mental más realista de lo que se mostró en trabajos anteriores. Además eran optimistas en cuanto a los esfuerzos en la prevención y tratamiento.
- 2) La población tendía a considerar, con mayor frecuencia que los líderes, como etiología de la enfermedad mental la falta de fuerza moral, factores hereditarios etc. Los líderes fueron reservados en sus respuestas sobre este tema.
- 3) Ambas muestras aceptaban fuertemente el rol del hospital psiquiátrico como agencia de tratamiento, pero la población tendía a considerar como más importante la función de proteger a la comunidad de sus enfermos mentales.
- 4) Ambos grupos evidenciaron inseguridad en sus juicios respecto del tratamiento, manifestando que el paciente se beneficiaría, que el propósito del tratamiento sería la curación, y que probablemente estaría en función de la clase social del paciente.
- 5) Los líderes y la población aceptaron el rol del psiquiatra, pero existía una ambivalencia en la suposición de que el primer requisito para tener los servicios de un psiquiatra era la capacidad de pago del paciente.

La mayoría de los estudios experimentales respecto de las actitudes de la población hacia la enfermedad mental fue realizada en localidades restringidas de unos pocos países desarrollados. Poseemos un conocimiento escaso de las variaciones de las actitudes hacia la enfermedad mental en otras partes del mundo, y particularmente en Latinoamérica. A continuación describiremos las investigaciones realizadas en Argentina por Colombo e Insua y una llevada a cabo en Colombia por Leon y Macklin.

Colombo (45) realizó un estudio sobre las variables socioestructurales en la enfermedad mental. La población estudiada era de una zona urbana (Is-la Maciel) de la cual se extrajo una muestra aleatoria de 314 casos. Se observó que si se usaba la palabra locura, en cambio de enfermedad mental o nerviosa, los sujetos expresaban un mayor rechazo o desinterés. Esto no evidenciaba una falta de interés sobre el tema, sino un tipo de defensa ante la ansiedad que despertaba.

Para estudiar la visibilidad social del rol del enfermo mental se presentaron a los encuestados cinco descripciones de conductas desviadas, las cuales, para la opinión experta, ilustraban síntomas de patología mental. Solamente el 7% de la muestra reconoció en todos los casos una psicopatología, mientras que el 9.5% no reconoció ninguna, mientras que los restantes reconocían solamente algunas. El delirio paranoide resultó ser el tipo de comportamiento patológico de mayor visibilidad, mientras que la psicopatía pasó inadvertida como enfermedad

Para investigar la distancia social se aplicó una escala tipo Bogardus resultando para los encuestados, que la sola cercanía de alguien que estuvo mentalmente enfermo despertaba recelo y era considerado como peligroso.

Por otra parte, el rechazo, una vez visualizado el rol del enfermo mental, fue grande y prácticamente ubicaba al sujeto en el exogrupo. Esta actitud de segregación estaba reforzada por las tendencias de ocultamiento y por la imputación de peligrosidad al enfermo mental.

En cuanto a la opinión sobre la curación, ésta no forma parte de la actitud general hacia la enfermedad mental, ya que el 83.1% de los respondientes contestaron que la enfermedad mental podía curarse, mientras que sólo el 11.1% negaba esta posibilidad. Colombo explica esta disparidad basándose en que esta opinión formal de curación respondía a un estereotipo de optimismo científico y no correspondía, entonces, a la actitud subyacente real ante la locura.

Finalmente, apoyándose en esta estructura básica de la actitud colectiva, el investigador halló que los sujetos con menor visualización del rol del enfermo mental tendían a una menor distancia social, es decir a un menor rechazo e imputación de peligrosidad.

Insua (35) estudió la actitud de la población hacia el enfermo mental relacionándola con el nivel de instrucción. La escala de actitud se aplicó a pacientes y acompañantes en distintos servicios del Hospital de Clínicas "José de San Martín" de la ciudad de Buenos Aires y a estudiantes del sexo femenino que finalizaban el 4° año de enseñanza media en un colegio religioso metropolitano. La investigadora resume sus resultados expresando que "se observa una actitud ambivalente, deseo de ayudar al enfermo mental y, al mismo tiempo, rechazo y necesidad de poner distancia. Además, en nuestra muestra hay una tendencia a culpar al enfermo mental por su enfermedad en vez de culpar al hospital psiquiátrico por su ineficaz acción terapéutica. También se observa que, a medida que se avanza en educación, la actitud hacia el enfermo mental se hace más favorable".

León y Macklin (46) realizaron un estudio sobre las opiniones comunitarias acerca de la enfermedad mental y su tratamiento. Su muestra incluía 800 sujetos de ambos sexos residentes en Cali, Colombia. Se usaron como variables la edad, el sexo y el nivel social. Esta última se obtuvo de acuerdo a una versión modificada del Índice de Posición Social de Hollingshead (40), en la cual, además de la educación y ocupación del jefe de familia, se consideró el lugar de residencia. Los resultados no se diferencian en alto grado de aquéllos obtenidos en otros estudios realizados en países desarrollados. En general, los encuestados mostraron un grado considerable de confusión y nociones inciertas respecto a la naturaleza del trastorno mental. Es decir, que existe una relativa ignorancia acerca de las causas y características de la enfermedad mental y una tendencia a considerarla en términos físicos. Sin embargo, un 56% de los respondientes utilizaron atributos relativos al comportamiento para definir las características del enfermo mental.

Por otra parte, los resultados mostraron un alto grado de confianza en la competencia profesional de los psiquiatras, aunque una considerable proporción de los encuestados ignoraban los métodos terapéuticos que éstos emplean.

Con respecto a la edad y a la posición social, los respondientes jóvenes y de alto nivel social poseían una visión más clara sobre el trastorno mental y su tratamiento.

Al considerar la variable posición social, los resultados de este estudio mostraron diferencias con los trabajos anteriores desde que los sujetos de nivel social alto enfatizaron las dimensiones físicas de la enfermedad mental y expresaron un menor grado de confianza hacia los psiquiatras.

Finalmente, las diferencias en función de sexo no fueron estadísticamente significativas.

Los investigadores concluyeron que, si bien es necesario un incremento del nivel de información respecto de las causas y naturaleza del trastorno mental, no se manifestó un alto grado de hostilidad y rechazo hacia los psiquiatras y su actividad profesional. De este modo, la tarea educativa en salud mental no parecería ser una labor imposible.

b) Actitud hacia la enfermedad mental del personal de hospitales psiquiátricos

El estudio de las actitudes del personal de salud mental (psiquiatras, psicólogos, asistentes sociales, enfermeras y asistentes) hacia la enfermedad mental y hacia los pacientes psiquiátricos fue promovido por la publicación de la Escala de la Ideología Subyacente a la Custodia Autoritaria (CMI) de Gilbert y Levinson (30) y de la Escala de Opinión sobre la Enfermedad Mental (OMI) de Cohen y Struening (31).

Cohen y Struening (31) estudiaron las opiniones sobre la enfermedad mental del personal de dos importantes hospitales psiquiátricos a través de su escala OMI. Consideraron aquellas ocupaciones en las que se tiene contacto estrecho con los pacientes mentales incluyendo, además de los profesionales, los residentes, personal que se está entrenando, dentistas y capellanes. Analizando los resultados en función de los cinco factores que surgen de la Escala de Opinión sobre la Enfermedad Mental, los investigadores resumen sus hallazgos de la siguiente manera:

Factor A- Autoritarismo: como se esperaba, los psicólogos, psiquiatras y asistentes sociales obtuvieron puntajes bajos en este factor, mientras que los obtenidos en los asistentes y el personal de cocina fueron altos.

Factor B- Benevolencia: el personal de Servicio Especial, las enfermeras y los capellanes sostuvieron una actitud benevolente, no así los psicólogos que rechazaban la orientación paternalista-moralista de este factor.

Factor C- Ideología de la higiene mental: los psicólogos, asistentes sociales y psiquiatras obtuvieron puntajes altos, mientras que este fenómeno no ocurrió en los asistentes y personal de cocina.

Factor D- Restricción social: si bien los grupos ocupacionales no se diferenciaron fuertemente en este factor, los médicos obtuvieron los puntajes más altos mientras que los psicólogos se ubicaron hacia el polo desfavorable de esta actitud.

Factor E- Etiología interpersonal: como se esperaba, los psicólogos y psiquiatras estuvieron fuertemente de acuerdo con esta actitud, mientras que los puntajes obtenidos por los asistentes y el personal de cocina se ubicaron en el polo desfavorable.

Finalmente, los investigadores concluyeron que, en función de las actitudes hacia la enfermedad mental, los profesionales del área de la salud mental se ubicaban en el polo opuesto con respecto de las enfermeras y los asistentes, y que la existencia de tal disparidad expresaba el problema de la comunicación entre los distintos grupos ocupacionales en los dos hospitales psiquiátricos estudiados.

Si se comparan estos resultados con aquéllos obtenidos por Bentinck (47), al realizar un estudio comparativo entre la atmósfera actitudinal del hospital mental y aquélla que se da en el hogar del paciente psiquiátrico, se puede concluir que, con respecto a las actitudes del personal del hospital hacia la enfermedad mental, los hallazgos de ambos estudios experimentales coinciden.

Ellsworth(48) realizó un estudio de las relaciones entre las actitudes hacia el enfermo mental, sostenidas por un grupo de enfermeras y asistentes, y sus pautas de conducta, percibidas y evaluadas por los pacientes. Se administraron dos cuestionarios de actitudes a una muestra de 65 enfermeras y asistentes y se pidió a un grupo de 188 pacientes que evaluaran la conducta del personal de su sala, sobre una escala de calificación de comportamiento interpersonal de 55 ítems. Del análisis de los resultados surgieron tres áreas generales de actitudes hacia el enfermo mental, relacionadas con las diferentes conductas del personal del hospital mental:

- 1) **Control restrictivo:** en general, esta dimensión de la actitud refleja un acuerdo con la restricción, control, segregación y posible castigo en la custodia del paciente. Existe también un sentimiento de pesimismo en la perspectiva de recuperación del mismo, ya que se lo considera con una patología permanente.
La conducta del personal que tiene esta actitud es percibida por los pacientes como desconsiderada, impaciente, rígida, dominante y escéptica. Además, es considerado como incapaz de confiar, relacionarse o comprender a los pacientes que están bajo su cuidado e ineficiente en su trabajo.
- 2) **Benevolencia protectora:** esta actitud sostiene la creencia de que se debería hacer sentir al paciente psiquiátrico como si estuviera en su hogar, remunerarlo por el trabajo que realiza, darle dinero para los gastos de subsistencia y brindarle un trato amistoso y no punitivo.
Los miembros del personal que sostienen esta actitud son percibidos por los pacientes con una conducta distante, aislada e insensible. Una posible interpretación de estos resultados, que se alejan de una conducta humanitaria y cálida, fue que los enfermos y asistentes, con el objeto de mantener una relación armoniosa con sus pacientes, evitaban enfrentamientos, diciéndoles aquello que querían oír, siendo, de este modo, percibidos como deshonestos.
- 3) **No tradicionalismo:** en general quienes están de acuerdo con esta actitud rechazan las creencias tradicionales, tales como que las causas de la patología mental se encuentran en la falta de fuerza de voluntad o en las enfermedades del sistema nervioso. Por otra parte, rechazan la idea de que el paciente mental es imprevisible y peligroso y de que se diferencia de la gente

normal en su apariencia, motivaciones y emociones. El personal "no tradicional" es percibido por los pacientes como sensible, comprensivo, digno de confianza, franco, honesto, etc...

Estos resultados avalan la definición de actitud de Cook y Sellitz acerca de que es una disposición subyacente que interviene en la determinación de una variedad de conductas hacia un objeto o clase de objetos, incluyendo enunciados de creencias y sentimientos acerca del objeto de la actitud y las conductas con respecto a el.

Ellsworth concluye que el éxito de la recuperación del paciente, en función de las actitudes sostenidas por el personal del hospital psiquiátrico, dependerá de las exigencias de la situación de una sala particular de tratamiento. Es decir, que en una sala donde las demandas se estructuran en forma tal que el paciente y el personal se relacionan en un plano de igualdad, este último será evaluado como altamente eficiente en su labor, si concuerda con la dimensión "no tradicionalismo". Sin embargo, en otra sala, esta actitud puede no ser importante en la evaluación de la eficiencia del trabajo terapéutico.

Murray (49) sostiene que la enfermedad mental y los problemas emocionales de los pacientes son discutidos y reconocidos por el personal de enfermería no especializado en psiquiatría. Murray administró la Escala OMI de Cohen y Struening a una muestra de 145 enfermeras matriculadas, empleadas en una unidad psiquiátrica de un hospital general privado.

Los resultados indicaron que existe una tendencia a una actitud favorable hacia la enfermedad mental en las enfermeras más jóvenes y de más alto nivel de instrucción en enfermería, y en aquellas que han tenido un contacto real con pacientes psiquiátricos. Por otra parte, se demostró que las experiencias psiquiátricas previas influyen favorablemente en dichas actitudes y que existe una correlación positiva entre estas últimas y el número de años de experiencia psiquiátrica.

Spiegel y Spiegel (50) estudiaron el fenómeno de las actitudes y opiniones, respecto de la enfermedad mental, del personal de enfermería, desde la perspectiva de la ideología subyacente a la custodia autoritaria del paciente psiquiátrico. Se administró la Escala OMI de Gilbert y Levinson (30) en un hospital psiquiátrico a una muestra de 60 enfermeras matriculadas, 24 enfermeras sin estudios universitarios pero con licencia para ejercer y 273 asistentes psiquiátricos. Los resultados indicaron que habían diferencias significativas en la ideología sostenida por el personal de enfermería de diferentes guardias hospitalarias. Aquellas enfermeras que participaban en guardias heterogéneas sustentaban una ideología más liberal del trato hacia el paciente que las que trabajaban en la guardia geriátrica o médica. Una posible explicación era que las actitudes del personal estaban influenciadas por la clase de pacientes con los que trataba, ya que, en las dos últimas guardias, los problemas psiquiátricos se complicaban con problemas relacionados con la edad, deterioro orgánico y enfermedades clínicas de los pacientes. Por otro lado, los investigadores hallaron que a un nivel mayor de instrucción en enfermería, correspondía una actitud más liberal en el trato con el paciente psiquiátrico. Es decir, que las enfermeras matriculadas sostenían una actitud más liberal que las asistentes psiquiátricas.

Fracchia y otros (51) estudiaron el equilibrio personal de los asistentes psiquiátricos de un hospital como determinante de sus actitudes hacia la enfermedad mental. En función de este propósito, administraron a 77 asistentes psiquiátricos la escala OMI de Cohen y Struening (31) para medir la actitud y el Índice de Perfiles Emocionales (EPI) de Kellerman y Plutchik (52) para medir el equilibrio personal.

Los resultados indicaron que las actitudes hacia la enfermedad mental eran relativamente independientes del equilibrio personal. Es decir, que los grupos de asistentes psiquiátricos de máximo y mínimo equilibrio personal obtuvieron en la escala OMI puntajes similares de actitud. De este modo, los investigadores concluyen que es probable que el conocimiento de la enfermedad mental, adquirido a través del contacto real y de la experiencia con una población psíquicamente enferma, mitigue la influencia del propio equilibrio personal como determinante de la actitud.

c) Comparación entre las actitudes hacia la enfermedad mental sostenidas por la población y los profesionales del área de la salud mental

Nunnally (28) realizó un estudio comparativo entre las opiniones, respecto de la enfermedad mental, sostenidas por la población y los expertos del área de la salud mental. La muestra de población incluía a 200 y 151 residentes de Knoxville y Eugene, respectivamente, mientras que la muestra de profesionales la componían 90 psiquiatras y 86 psicólogos de los Estados Unidos.

Los resultados mostraron que, comparando los perfiles de las opiniones de los expertos y de la población, el hombre común no difiere fuertemente del profesional medio. Las diferencias entre ambos grupos versaron sobre la manutención del ajuste personal y su restauración, una vez que se lo ha perdido. En función de los ítems particulares, las mayores discrepancias se dieron en los siguientes enunciados:

- La lectura de libros que promueven la paz espiritual previene a muchas personas de desencadenar crisis nerviosas (población: está de acuerdo; expertos: repudian).
- Si una persona se sumerge en recuerdos felices, no será molestado por los hechos desagradables del presente (población: está de acuerdo; expertos: repudian).
- Los hábitos de equilibrio emocional no pueden ser enseñados a los niños en el colegio tan fácilmente como se les puede enseñar a deletrear (expertos: sostienen; población: está en desacuerdo).
- Cuando una persona se está recuperando de un trastorno mental, lo mejor es no discutir con él el tratamiento a que ha sido sometido (población: está de acuerdo; expertos: repudian).
- Una persona no puede liberarse de recuerdos desagradables tratando tenazmente de olvidarlos (expertos: sostienen; población: está en desacuerdo).

Finalmente, Nunnally concluye que la población está más en desacuerdo con los expertos en aquellos enunciados acerca de los cuales los propios profesionales difieren entre sí. Hay muchos puntos de vista controvertidos entre los psiquiatras y psicólogos respecto de las teorías de personalidad y las técnicas de psicoterapia; por lo tanto, era posible esperar que también la población expresaría confusión en los enunciados referidos a este tema.

Manis y otros (53) estudiaron las concepciones respecto de la enfermedad mental sostenidas por la población del condado de Kalamazoo y por los psiquiatras. La principal hipótesis de este estudio fue que la conducta inoportuna tiende a ser identificada por la gente como indicadora de enfermedad mental pero no así por los psiquiatras. Los resultados no confirmaron esta hipótesis, siendo sorprendente la similitud entre ambos grupos respecto de las concepciones sobre la naturaleza del trastorno mental. Es decir que, tanto para los psiquiatras como para el hombre común, la conducta grotesca, emotiva o persecutoria tendía a ser considerada, más frecuentemente, como indicadora de enfermedad mental que aquella conformista, maniaca, depresiva o de grandeza. De este modo, los investigadores sugirieron, en base a los resultados hallados, que la hipótesis debería ser que la conducta no conformista tiende a ser interpretada como enfermedad mental tanto en la gente como en los psiquiatras, mientras que este fenómeno no se cumple con respecto a la conducta conformista, incluyendo la maniaco-depresiva y la de grandeza.

Por otra parte, los investigadores informaron que en los últimos años se ha registrado una declinación en el número de maniaco-depresivos y psicóticos paranoides, con respecto al número de esquizofrénicos. Este hecho parecería ser congruente con los hallazgos de este estudio en el sentido de que la moderna sociedad industrial no sólo fomenta las conductas maniaco-depresivas, sino que también las tolera.

d) Actitudes hacia la enfermedad mental de los pacientes y familiares

Además de estudiarse las actitudes de la población y del personal de hospitales psiquiátricos hacia la enfermedad mental, surgió el interés de investigar este fenómeno a nivel de los pacientes psiquiátricos internados y de sus familiares. El paciente es portador de las experiencias formativas de su familia y de otros grupos significativos tales como aquellos que se forman en el colegio, en el trabajo, etc... Como miembro de la sociedad está expuesto a ideas, algunas explícitas y otras más ambiguas, sobre la enfermedad mental y la condición del paciente. Cuando ingresa al hospital psiquiátrico sus concepciones del rol del paciente se hacen más explícitas y comprometedoras desde el punto de vista personal.

Manis y otros (54) estudiaron comparativamente las actitudes hacia la enfermedad mental de los pacientes psiquiátricos y no psiquiátricos, internados en el Hospital de Administración de Veteranos "Ann Arbor". Además, otro propósito de esta investigación fue estudiar las diferencias y similitudes de estas actitudes entre los pacientes psiquiátricos y el personal del hospital.

Los instrumentos utilizados fueron el Cuestionario de Información de Nunnally (28), un cuestionario de 6 ítems de Bassell cuyo acuerdo expresa una actitud moralista y el Inventario Multiforme de Personalidad de Minnesota (MMPI) de Hathaway y McKinley (55).

Los resultados indicaron que, generalmente, tanto los pacientes psiquiátricos y no psiquiátricos sostenían opiniones similares con respecto a la enfermedad mental. Cuando se analizaron las actitudes de los pacientes psiquiátricos en función del MMPI, el hallazgo más interesante fue que los sujetos con altos puntajes en la escala de esquizofrenia estaban fuertemente de acuerdo con los ítems del cuestionario de Bassell que miden una actitud moralista. Los investigadores

concluyeron que este hallazgo era congruente con las observaciones psiquiátricas sobre las frecuencias de los temas religiosos y de culpabilidad en las ilusiones esquizofrénicas.

Jones y Kahn (56) investigaron el fenómeno de las actitudes hacia la enfermedad mental y la hospitalización psiquiátrica, sostenidas por los pacientes, y su relación con la clase social a la que pertenecen. Para este propósito, administraron a 55 pacientes psiquiátricos la escala de actitud del Factor CPH, elaborada por Khan y otros (32), y evaluaron la clase social según el Índice de Posición Social de Hollingshead (40).

Comparando los niveles altos de clase social con aquellos más bajos, los resultados indicaron que los sujetos de elevado nivel socioeconómico compartían actitudes menos autoritarias expresadas en una menor externalización de las causas, control y tratamiento de la enfermedad mental. Además, las clases altas percibían la caída del control en el hospital como terapéuticamente beneficioso.

Inversamente, los pacientes de baja clase social tenían una mayor tendencia a percibir el hospital como una rígida imposición con controles arbitrarios, sin evaluar en sus métodos beneficio terapéutico alguno. Estos resultados coinciden con los de Hollingshead y Reldlich (42) que afirmaron una relación identificable entre las actitudes hacia la enfermedad mental y la posición social del sujeto.

Esta hipótesis es sostenida también por Levinson y Gallagher (57) en su libro "Sociología del enfermo mental", donde expresan que los pacientes de clase baja sienten un temor exagerado por las enfermedades mentales porque rara vez han recibido cuidados psiquiátricos del tipo de los que gozan los pacientes de clase alta. Es decir, que normalmente ingresan a un hospital público mal equipado y con poco personal, donde en lugar de psicoterapia reciben tratamientos biológicos como, por ejemplo, electroshock. Además, los investigadores explican que su estadía en el hospital puede ser prolongada, ya sea por la gravedad de la enfermedad mental en el momento de su admisión, o por los tratamientos inadecuados, o porque sus familias no tienen los recursos físicos y emocionales para ocuparse de un miembro que está mentalmente enfermo. Finalmente, Levinson y Gallagher sostienen que la "carrera" de paciente psiquiátrico de los sujetos de clase alta es más simple y ventajosa porque, en función de su posición social, el tratamiento que reciben es adecuado y efectivo.

Bentinck (47) estudió las actitudes hacia la enfermedad mental de un grupo de pacientes esquizofrénicos y clínicos de sexo masculino, y las de sus respectivos familiares. La escala de actitudes OMI de Cohen y Struening (31) fue administrada a los sujetos y los resultados indicaron que los pacientes esquizofrénicos obtuvieron puntajes más bajos que sus familiares en los factores Benevolencia y Restricción social. Con respecto al primer factor, esta diferencia puede deberse a la variable sexo, puesto que las mujeres obtienen puntajes más altos en Benevolencia que los hombres, y en este estudio, el sexo femenino predominó en el grupo de los familiares de los esquizofrénicos. Con respecto a Restricción social, las variables edad y sexo pueden explicar esta diferencia. Los familiares, además de ser mujeres eran mayores en edad, y los puntajes en este factor son más altos en el sexo femenino y aumentan con la edad.

Este fenómeno también se evidenció cuando se compararon los dos grupos de pacientes, obteniendo el grupo de esquizofrénicos los puntajes más bajos en Benevolencia y Restricción social. La única explicación plausible se halló a través de la variable edad con respecto al segundo factor, ya que los esquizofrénicos eran más jóvenes que los pacientes clínicos. Con respecto a los grupos familiares solamente se diferencian en el factor Ideología de la higiene mental, sorprendiendo los puntajes más bajos en los familiares de los esquizofrénicos. Esto podría deberse a que los contactos de los familiares con sus parientes esquizofrénicos tuvieron más influencia en la determinación de las actitudes hacia la enfermedad mental y los pacientes, que los contactos con profesionales del área de la salud mental.

Por otra parte, Bentinck estudió la atmósfera actitudinal del hogar del paciente esquizofrénico y del hospital donde está internado, concluyendo que ambos son similares. Es decir, que los familiares concuerdan con las actitudes del personal del hospital de bajo nivel ocupacional, y que, por lo tanto, los pacientes, mientras residen en su hogar o en el hospital psiquiátrico, son expuestos a opiniones sobre la enfermedad mental que son diferentes de aquellas sustentadas por los terapeutas.

Mayo y otros (58) investigaron, en tres niveles de generalidad, la dimensión de autoritarismo subyacente a las actitudes hacia la enfermedad mental sostenidas por los pacientes y sus respectivas esposas. En el nivel más general de autoritarismo, las actitudes fueron evaluadas a través de la Escala F de California; en el nivel intermedio se estudiaron las actitudes de autoritarismo hacia la salud mental, medidas a través de un conjunto de ítems extraídos de escalas ya existentes y elaborados por los investigadores; y finalmente, en el nivel más específico de autoritarismo se evaluaron las actitudes de las esposas, a través de entrevistas, respecto de la enfermedad mental de sus respectivos maridos. En este estudio la muestra incluía 18 matrimonios, siendo los pacientes semejantes en edad, educación, religión y ocupación. Los resultados indicaron, en primer término, que las esposas eran levemente menos autoritarias que sus maridos, excepto en el segundo nivel de generalidad, donde estaban más fuertemente de acuerdo con los ítems que expresaban una custodia autoritaria del paciente psiquiátrico. Esto, posiblemente, indicaba la preocupación de las esposas por el control estricto de la conducta de sus maridos. En el nivel más específico, el grado de autoritarismo de la pareja era semejante ya que ambos sostenían una orientación organicista de las causas de la enfermedad mental. Sin embargo, las esposas también aceptaban una etiología psicológica, especialmente cuando ubicaban en la niñez el origen de la enfermedad mental de sus maridos. Los investigadores explicaron este último resultado más por un deseo de la esposa de ubicar la culpa en la familia del paciente y, de este modo, quedar absuelta de su responsabilidad, que por su genuina orientación psicogenética del trastorno mental. Además, la externalización de la causa del trastorno mental, que manifiesta un subyacente autoritarismo en la actitud, también fue expresado por los pacientes, quienes culpaban a la situación laboral y a las presiones matrimoniales como responsables de su enfermedad.

7. CAMBIOS DE LAS ACTITUDES HACIA LA ENFERMEDAD MENTAL

Los investigadores empíricos de las últimas décadas han centrado su esfuerzo en el conocimiento del fenómeno psicosocial que subyace a la formación y desarrollo de las actitudes hacia la enfermedad mental, con el objeto de disponer de los elementos suficientes para modificarlas en un sentido favorable.

Cumming y Cumming (36) estudiaron los efectos de un programa de educación de salud mental sobre un pequeño pueblo de una provincia del Canadá. Este estudio tenía la finalidad de investigar hasta qué punto y en qué direcciones las actitudes hacia la enfermedad mental cambiaban con un programa educacional intensivo. Para esto, se administró a la población un cuestionario de actitudes antes y después de la campaña educativa, y paralelamente se encuestó a otra población que cumplía la función de grupo de control, por no haber sufrido los efectos de dicha campaña. Los resultados indicaron el fracaso del programa educacional al no lograr, en la población, una opinión tolerante sobre la salud mental, puesto que, en realidad, este intento provocó ansiedad y una abierta hostilidad. Los investigadores explicaron que el fenómeno pudo deberse a que los educadores, en su intento de cambiar las actitudes existentes hacia la salud mental, cuestionaron el modo en que la sociedad trataba de mantener su propia solidaridad y evitaba la desintegración frente a la enfermedad mental. De este modo, la población sólo consiguió minar su fe en la eficacia de las propias defensas de la comunidad. Esta conclusión concuerda con lo que Scheff (17) sostiene acerca de que los estereotipos de la población con respecto a la enfermedad mental resisten fuertemente el cambio porque son funcionales para el actual orden social y tienden a integrarse en la estructura psicológica de todos los miembros de la sociedad.

Altrochi y Eisdorfer (59) realizaron trabajos experimentales sobre estudiantes avanzados en enfermería, que realizaban un curso intensivo en enfermería psiquiátrica, con el objeto de evaluar los cambios favorables en las actitudes hacia la enfermedad mental, como función del incremento de la información respecto de la salud mental y del entrenamiento psicoterapéutico. Las actitudes fueron medidas por una escala de diferencial semántico, según el modelo de Osgood y Nunnally. Los resultados indicaron que los cambios favorables en las actitudes de los estudiantes avanzados en enfermería, quienes estaban relativamente bien informados, se debieron primordialmente al tipo de entrenamiento a que estaban sometidos, en el cual también se incluía el contacto con los pacientes psiquiátricos y el aprendizaje de técnicas psicoterapéuticas.

Por otra parte, estos resultados concordaban con los hallados por Walsh (60) en su estudio sobre la relación entre instrucción en enfermería psiquiátrica, cambio de los niveles de ansiedad y dirección de los cambios de actitudes hacia el enfermo mental. Con este propósito, se administró a un grupo de 159 estudiantes, que participaban en un curso intensivo de enfermería psiquiátrica, el Cuestionario de la Escala de Ansiedad de IPAT, desarrollado por Cattell y Scheier (61) y la escala de actitudes OMI de Cohen y Struening (31). Los resultados indicaron, por una parte, que el nivel de ansiedad de los estudiantes se redujo significativamente al participar de la instrucción en enfermería psiquiátrica y, por otra parte, que las actitudes positivas hacia el enfermo mental tendían a incrementarse, mientras que las negativas tendían a reducirse. Walsh concluye que si bien es necesaria una buena información sobre la enfermedad mental para provocar un cambio en las actitudes, es todavía más importante para ello la relación maestro-estudiante y la interacción directa con el enfermo mental.

Manis y otros (55) estudiaron los cambios de las actitudes hacia la enfermedad mental en los pacientes psiquiátricos, después de la hospitalización y su relación con la respuesta al tratamiento. Para ello, se les administró, en el momento de admisión y un mes después, el Cuestionario de Información de Nunnally (28) y se compararon sus actitudes con las sostenidas por los profesionales.

del hospital psiquiátrico. Los resultados indicaron que la muestra psiquiátrica, en el momento de admisión, difería significativamente respecto del personal de tratamiento en 9 "clusters" de opinión, sosteniendo los profesionales posiciones más extremas que los pacientes; sin embargo, ambos grupos estaban ubicados en el polo correcto del continuo. Por otra parte, se evaluaron las influencias que tenían los psicoterapeutas en el cambio de las actitudes de los pacientes, después de transcurrir un mes de internación. Se observó que aquellos pacientes más susceptibles de cambiar sus actitudes respondían más positivamente al tratamiento que se les administraba.

8. CONCLUSIONES

De la revisión bibliográfica de las investigaciones experimentales realizadas con el objeto de describir el fenómeno de la formación, desarrollo y cambio de las actitudes hacia la enfermedad mental, puede observarse que, si bien existen variaciones metodológicas y conceptuales entre los distintos estudios, lo que dificulta una comparación precisa y rigurosa, es posible llegar a algunas conclusiones generales. En la sociedad parecen existir, por una parte, actitudes negativas y de rechazo hacia la enfermedad mental, los enfermos mentales, el tratamiento psiquiátrico y los hospitales psiquiátricos y, por otra parte, actitudes levemente favorables hacia los psiquiatras. Es probable que el hombre común esté empezando a aceptar la legitimidad de los profesionales del área de la salud mental, mientras que al mismo tiempo mantiene una orientación negativa respecto al trastorno mental y a los enfermos mentales.

Además, a pesar de las modernas campañas educativas de salud mental, se evidenció una ignorancia generalizada sobre la naturaleza y etiología de la enfermedad mental y sobre la posibilidad de su tratamiento. Posiblemente uno de los aspectos de la respuesta social de negación y rechazo hacia el fenómeno del trastorno mental quedaría explicado de esta manera,

Por otra parte, si nos referimos a las relaciones específicas entre las variables demográficas y dicha actitud parece existir: 1) una asociación inversa entre la edad y las actitudes favorables hacia la enfermedad mental y su tratamiento; es decir, que las personas más jóvenes tienen una actitud más positiva y poseen un mayor conocimiento de sus causas y tratamiento. 2) Una relación positiva entre el nivel de posición social y una buena actitud hacia la enfermedad mental; es decir, que los sujetos con mayor educación y mayor prestigio ocupacional sustentan actitudes favorables y tienen una información más amplia de la naturaleza del trastorno mental. 3) Una relación inversa entre el nivel de tolerancia y la posición social. Si bien han habido discrepancias sobre este tema, la mayoría de los investigadores concuerda en que las clases bajas poseen una mayor tolerancia hacia el enfermo mental.

Además, los distintos estudios coinciden en que la sociedad es resistente a los cambios de sus actitudes hacia la enfermedad mental debido, probablemente, a que los estereotipos de la insania cumplen una función de equilibrio y mantenimiento del orden social vigente y a que tienden a integrarse a la estructura psicológica de todos los miembros de la sociedad.

Finalmente, de los estudios acerca de las estrategias llevadas a cabo para provocar en los distintos grupos sociales un cambio favorable de dichas actitudes, es posible concluir que, además de incrementar la información sobre la enfermedad mental, es necesario que los sujetos tengan una interacción con el enfermo mental. Es decir que, en función del contacto real con los enfermos, es probable que se modifiquen los sentimientos de negación, temor y rechazo respecto del trastorno mental.

En base a este estudio bibliográfico y a las observaciones que se consideraron relevantes, se juzgó importante desarrollar, en una próxima etapa, una investigación en nuestro país sobre las actitudes hacia la enfermedad mental y su relación con el nivel socioeconómico. Para ello se diseñaron las futuras tareas de investigación que serán sucintamente descriptas a continuación:

- 1) Construcción y aplicación de una escala preliminar de actitud hacia la enfermedad mental.
- 2) Selección de los ítems que integrarán la escala definitiva.
- 3) Análisis factorial de los ítems con el fin de determinar los principales factores que subyacen a la actitud hacia la enfermedad mental.
- 4) Elección de un índice de nivel socioeconómico.
- 5) Aplicación de la escala definitiva con el objeto de medir la actitud hacia la enfermedad mental en grupos de distinto nivel socioeconómico.
- 6) Aplicación de técnicas estadísticas con el fin de estudiar la relación entre el grado de actitud hacia la enfermedad mental y el nivel socioeconómico.

Buenos Aires, febrero de 1975

Dorina Stefani

BIBLIOGRAFIA

1. ALLPORT, G.W.
(1962) - La Naturaleza del Prejuicio. EUDEBA. Buenos Aires.
2. NEWCOMB, T. M.
(1967) - Manual de Psicología Social. EUDEBA. Buenos Aires.
3. ASCH, S.E.
(1964) - Psicología Social. EUDEBA. Buenos Aires.
4. CARDNO, J. A.
(1955) - The Notion of Attitude: An Historical Note. Psychological Rep. 1, 345-352.
5. CAMPBELL, D. T.
(1950) - The Indirect Assessment of Social Attitudes. Psychological Bull., 47, 15-38.
6. ALLPORT, G. W.
(1954) - The Historical Background of Modern Social Psychology. In G. LINDZEY (Ed.). Handbook of Social Psychology. Vol. 1. Cambridge, Mass: Addison - Wesley. 3-56.
7. CRECH, D. et al.
(1962) - Individual in Society. New York. McGraw-Hill.
8. COOK, S. & SELTZ, C.
(1964) - A Multiple-Indicator Approach to Attitude Measurement. Psychol. Bull., 62, 36-55.
9. SHKRIF, M. & SHERIF, C. W.
(1956) - An Outline of Social Psychology. (Rev. ed.) New York. Harper and Row.
10. SHAW, M. E. & WRIGHT, J. M.
(1967) - Scale for the Measurement of Attitudes. New York. McGraw-Hill.
11. THURSTONE, L.L. & CHAVE, E.J.
(1937) - The Measurement of Attitude. The University Chicago Press. Chicago. Illinois, 6-7.
12. ALONSO FERNANDEZ, F.
(1968) - Fundamentos de la Psiquiatría Actual. Psiquiatría General. Tomo I. Ed. Paz Montalvo. Madrid.
13. SCHNEIDER, K.
(1963) - Patopsicología Clínica. Ed. Paz Montalvo. Madrid. Cap. 1, 20.
14. FREUD, S.
(1948) - Teoría Sexual. Biblioteca Nueva. Madrid. 238, Vol. II.
15. JASPERS, K.
(1950) - Psicopatología General. Tomo I y II. Ed. A. Bini y Cia. Buenos Aires.
16. COOPER, D.
(1971) - Psiquiatría y Antipsiquiatría. Paidós. Buenos Aires, 29.

17. SCHEFF, T. J. (1973) - El Rol de Enfermo Mental. Amorrortu. Buenos Aires.
18. THURSTONE, L. L. (1937) - The Measurement of Values. The University Chicago Press, Chicago, Illinois.
19. THURSTONE, L. L. & CHAVE, E.J. (1937) - The Measurement of Attitudes: A Psychological Method and some Experiments with a Scale for Measuring Attitude towards the Church. The University Chicago Press, Chicago, Illinois.
20. EDWARDS, A.L. (1957) - Techniques of Attitude Scale Construction. Appleton Century Crofts. Inc, New York. Cap.
21. EDWARDS, A.L. (1957) - Techniques of Attitude Scale Construction. Appleton Century Crofts. Inc. New York. Cap.
22. RIMOLDI, H.J. & DEVANE, J.R. (1960) - Some Considerations on Scaling Procedures. Perceptual and Motor Skills. October, 11, 207-213.
23. RIMOLDI, H.J. et al. (1971) - Anchoring Effects in Psychological Scaling. The American Journal of Psychology. Vol. 84, N° 3, 407-420.
24. RIMOLDI, H.J. & LOPEZ ALONSO, A.O. (1973) - Sobre la Relatividad de los Juicios Psicológicos. Centro Interdisciplinario de Investigaciones en Psicología Matemática y Experimental (CIIPME) Publicación N° 14. Buenos Aires
25. RIMOLDI, H.J. & LOPEZ ALONSO, A.O. (1973) - Evidencia Teórica y Experimental en Relación a Estímulos y a Condiciones. Centro Interdisciplinario de Investigaciones en Psicología Matemática y Experimental (CIIPME) Publicación N° 15. Buenos Aires
26. TORGERSON, W.S. (1966) - Theory and Methods of Scaling. John Wiley and Sons. N.York.
27. SELLTIZ, C. et al. (1970) - Métodos de Investigación en las Relaciones Sociales. Ediciones Rialp. Madrid.
28. NUMRALLY, J. (1957) - The Communication of Mental Health Information: A Comparison of the Opinions of Experts and the Public with Mass Media Presentations. Behavioral Science, 2 (July) 222-230.
29. STAR, S.A. (1955) - The Public's Ideas about Mental Illness. National Opinion Research Center. University of Chicago (mimeografiado)

30. GILBERT, D. & LEVINSON, D. (1956) - Ideology, Personality, and Institutional Policy in Mental Hospital. J. Abnorm. Soc. Psychol., 53, 263-271.
31. COHEN, J. & STRUENING, J.R. (1962) - Opinions about Mental Illness in the Personnel of two Large Mental Hospitals. J. Abnorm. Soc. Psychol., 64, 349-360.
32. KAHN, M.W. et al. (1963) - A Factorial Study of Patient Attitudes toward Mental Illness and Psychiatric Hospitalization. J. Clin. Psychol. 29 (2); 235-241.
33. KAHN, M.W. & JONES, N.F. (1969) - A Comparison of Attitudes of Mental Patients from Various Mental Hospital Settings. J. Clin. Psychol. XXV; N° 3, July, 312-316.
34. FROEMEL, E.C. & ZOLIK, E.S. (1967) - Factor Analysis of Laymen's Attitudes toward Mental Illness. Proceedings, 75th Annual Convention. APA.
35. INSUA, A.M. (1974) - Actitud hacia el Enfermo Mental de Grupos Sociales con Diferente Nivel de Instrucción. Psicología Médica, 3, 319-329.
36. CUMMING, E. & CUMMING, J. (1957) - Closed Ranks: An Experiment in Mental Health. Cambridge. Harvard University Press.
37. CLARK, A.W. & BINKS, N.M. (1966) - Relation of Age and Education to Attitudes toward Mental Illness. Psychological Reports, 1º, 649-650.
38. NUNNALLY, J. (1961) - Popular Conceptions of Mental Health: Their Development and Change. New York. Holt, Rinehart and Winston.
39. LEMKAU, P.V. & CROCETTI, G.M. (1962) - An Urban Population's Opinion and Knowledge about Mental Illness. American Journal of Psychiatry, Vol. 118, 692-700.
40. HOLLINGSHEAD, A.G. (1957) - Two-Factor Index of Social Position. Yale University, Departamento de Sociología (mimeografiado).
41. DOHRENWEND, B.P. & CHIN-SHON, F.C. (1967) - Social Status and Attitudes toward Psychological Disorder: The Problem of Tolerance of Deviance. American Sociological Review, Vol. 32, N° 3, June.
42. HOLLINGSHEAD, A.B. & REDLICH, F.C. (1958) - Social Class and Mental Illness. New York. John Wiley and Sons.

43. FLETCHER, C.R.
(1969) - Measuring Community Mental Health Attitudes by Means of Hypothetical Case Descriptions. Social Psychiatry, Vol. 4, N° 4, 152-156.
44. BENTZ, W.K. & EDGERTON, J.W.
(1970) - Consensus on Attitude toward Mental Illness between Leaders and the General Public in a Rural Community. Arch. Gen. Psychiat. Vol. 22 May, 468-473.
45. COLOMBO, E.R.
(1967) - Variables Socioestructurales en la Enfermedad Mental. Psiquiatría Social, N° 1, Diciembre, 94-115.
46. LEON, C.A, & MACKLIN, M.
(1971) - Opiniones Comunitarias sobre la Enfermedad Mental y su Tratamiento en Cali, Colombia. Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina, 17, NG, 385-395.
47. BENTICK, C.
(1967) - Opinions About Mental Illness held by Patients and Relatives. Family Process, 6, 193-207.
48. ELLSWORTH, R.B.
(1965) - A Behavioral Study of Staff Attitudes toward Mental Illness. Journal of Abnormal Psychology, Vol. 70, N° 3, 194-200.
49. MURRAY, R.L.
(1969) - Attitudes of Professional Nonpsychiatric Nurses toward Mental Illness. Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health Services, Vol. 7 (3), May, 117-123.
50. SPIEGEL, D. &
KEITH-SPIEGEL, P.
(1969) - Opinions of Mental Illness Among Nursing Personnel in a Large Mental Hospital. Journal of Clinical Psychology, Vol. 25, N° 4, October, 451-452.
51. FRACCHIA, J. et al.
(1973) - Personal Adjustment of Hospital Staff and their Attitudes About Mental Illness. The Journal of Psychology, 83, 243-246.
52. KELLERMAN, H. & PLUTCHIK, R.
(1966) - Manual of Emotions Profile Index. Hempstead, N.Y. Hofstra Univ. Press.
53. MANIS, J.G. et al.
(1965) - Public and Psychiatric Perceptions of Mental Illness. Journal of Health and Human Behavior, 6, 48-55.
54. MANIS, M. et al.
(1963) - Beliefs About Mental Illness as a Function of Psychiatric Status and Psychiatric Hospitalization. Journal of Abnormal and Social Psychology, Vol. 67, N° 3, 226-233.

55. HATHAWAY, S.R. & Mc KINLEY, J.C. (1967) - Minnesota Multiphasic Personality Inventory. Manual Revised 1967. Published by the Psychological Corporation. New York.
56. JONES, N.F. & KAHN, M.W. (1964) - Patients Attitudes as Related to Social Class and Other Variables Concerned with Hospitalization. Journal of Consulting Psychology, Vol. 28, N° 5, 403-408.
57. LEVINSON, D.J. & GALLAGHER, E.B. (1971) - Sociología del Enfermo Mental. Amorrortu. Buenos Aires.
58. MAYO, C. et al. (1971) - Attitudes toward Mental Illness Among Psychiatric Patients and their Wives. Journal of Clinical Psychology, Vol. 27, N° 1, January 128-132.
59. ALTROCCHI, J. & EISDORFER, C. (1961) - Changes in Attitudes toward Mental Illness. Mental Hygiene, Vol. 45, N° 4, October, 563-570.
60. WALSH, J.E. (1971) - Instruction in Psychiatric Nursing, Level of Anxiety, and Direction of Attitude Change toward the Mentally Ill. Nursing Research, Vol. 20, N° 6, November, 522-529.
61. CATTELL, R & SCHEIER, I.H. (1963) - Handbook for the IPAT Anxiety Scale Questionnaire. 2da. ed. Champaign, Ill. Institute for Personality and Ability Testing.

Esta Publicación se terminó de imprimir en el Centro
Interdisciplinario de Investigaciones en Psicología
Matemática y Experimental (CIIPME) Habana 3870
Buenos Aires, el día 25 de febrero de 1975