

Elaboración de una escala de actitudes hacia los enfermos mentales y su integración en los hospitales generales^(*)

Antonio MOLINA FACIO
M^a Angeles DE LA HOZ GARCIMARTÍN
Carmen RIVAS HIDALGO
Rosario RODRÍGUEZ BORREGO
Programa PIR, Andalucía

Resumen

Se plantea la necesidad de conocer la opinión de los profesionales sanitarios hospitalarios sobre los enfermos mentales y su integración en los Hospitales Generales. Se revisan los cuestionarios de actitudes más comunmente utilizados en este tipo de trabajos. Finalmente se elabora una escala tipo Likert de medición de actitudes, teniendo en cuenta la nueva realidad asistencial de Andalucía.

Palabras clave: actitud, personal sanitario, hospital general, enfermo mental escala tipo Likert, reforma psiquiátrica.

Abstract

It's necessary to ascertain the opinion of those working professionally in hospital healthcare on the subject of mental illness and its integration in general hospitals. Attitudes questionnaires most commonly used in this type of work are looked at. Finally a Likert scale for measuring attitudes is drawn up, taking into account the new approach to health care in Andalucía.

Key words: attitude, health personnel, general hospital, mental illness, Likert scale, psychiatric reform.

El interés por el conocimiento de las actitudes de la población sobre los enfermos mentales y su tratamiento datan de finales de los años 40 y principios de los 50, y muchos de ellos se enmarcan dentro de los procesos de *Reforma Psiquiátrica* llevados a cabo en los diferentes países.

Actualmente en Andalucía nos encontramos con una de las más importantes reformas de la Asistencia Psiquiátrica, cuyos ejes principales son (IASAM, 1988):

- El desmantelamiento de los Hospitales Psiquiátricos.
- El desarrollo de una nueva red de servicios de salud.

(*) Este trabajo se ha realizado gracias a la ayuda económica proporcionada por el Instituto Andaluz de Salud Mental (B.O.J.A. núm. 99, 15 de diciembre de 1989).

Dirección del primer autor: c/San Antón, 48-50, 4º D. 18005 Granada.

- El fomento de un nuevo modelo de funcionamiento basado en una orientación comunitaria.

Este nuevo modelo va encaminado a fomentar la atención comunitaria y la no estigmatización del enfermo mental en la propia estructura sanitaria. De esta forma la atención al enfermo mental se hace dentro de la misma red general de servicios sanitarios. En este sentido uno de los cambios más significativos ha sido la integración de la Salud Mental en los Hospitales Generales, creándose las Unidades de Salud Mental de Hospital General (USM/HG).

La acogida por parte del personal sanitario del hospital de una USM está siendo diferente en los distintos centros sanitarios, dependiendo del hospital, de la estrategia seguida para su implantación, del personal, etc. Con la finalidad de conocer la actitud de este personal sanitario ante esta nueva situación, nos planteamos la necesidad de construir una escala de medición de actitudes que tenga en cuenta esta nueva realidad asistencial.

La construcción de este nuevo instrumento se enmarca, por lo tanto, dentro de la necesidad de conocer la actitud del personal sanitario hospitalario hacia estos pacientes y su forma de abordaje. Este conocimiento facilitará que la implantación de este nuevo modelo no genere de nuevo actitudes de rechazo hacia este tipo de pacientes. En caso de encontrar actitudes negativas en el personal sanitario, se podrían llevar a cabo estrategias adecuadas de cambio de actitudes. (Estas ideas son desarrolladas con mayor profundidad en Molina, Rivas, De la Hoz y Rodríguez, 1991).

La medición de las actitudes hacia los enfermos mentales en los distintos países (fundamentalmente en los EE.UU.) se ha realizado siguiendo principalmente tres tipos de metodología:

- Escalas tipo Likert o Thurstone.
- Mediciones de la distancia social.
- Análisis de las actitudes a través de la presentación de casos concretos para identificar patologías.

Dentro del primer grupo la escala más utilizada en todos los países ha sido la escala OMI elaborada por Cohen y Struening (1963). Se trata de un cuestionario con 51 ítems de tipo Likert, validado en dos muestras de Hospitales Psiquiátricos de los Estados Unidos se identificaron 5 factores:

- 1.- *Autoritarismo* (explica el 47% de la varianza total). Incluye la sumisión autoritaria y la consideración del enfermo mental como una clase inferior que requiere un tratamiento coercitivo.
- 2.- *Benevolencia*. Opinión bondadosa y paternalista sobre el enfermo mental.
- 3.- *Ideología de la higiene mental*. Considera la enfermedad mental como otra cualquiera. Integración social en la comunidad.
- 4.- *Restricción social*. La enfermedad mental es una amenaza para la sociedad y sobre todo para la familia. Por tanto se deben limitar las funciones sociales del enfermo mental durante y después de la hospitalización.
- 5.- *Etiología de la enfermedad mental*. La enfermedad mental causada por factores hereditarios o estrictamente

biológicos. Intervención de variables ambientales y sociales.

En España, Osamiz (1986) adaptó este cuestionario al estudio realizado en el País Vasco sobre población general y personal de Hospital Psiquiátrico. En Andalucía (IASAM, 1989) se adaptó el cuestionario utilizado por Osamiz, eliminando y añadiendo algunos ítems, y modificando la redacción de algunos de ellos. Este cuestionario consta de 53 ítems agrupados en cinco áreas temáticas:

- 1.- *Características de los enfermos mentales.* (Oposición normal/patológico, enfermo mental/enfermo físico, peligrosidad, introversión).
- 2.- *Etiología de la enfermedad mental.* (Orgánica, social, familiar, laboral, moral).
- 3.- *Valoración de la asistencia psiquiátrica* (Hospital Psiquiátrico, Unidad de salud Mental en Hospital General, Asistencia Comunitaria...).
- 4.- *Restricciones a los enfermos mentales* (legales y sociales).
- 5.- *Otros temas asociados a la enfermedad mental* (homosexualidad, suicidio, menstruación).

Posteriormente en el tiempo y en la misma línea de la escala OMI, nos encontramos otras escalas tipo Likert para la medición de actitudes. Por ejemplo la *Scale of Attitudes Toward Disabled Persons* dirigida a medir actitudes tanto hacia los enfermos mentales como hacia personas con déficits físicos o psíquicos. En España, Fernández Ríos (1988) confecciona una escala tipo Likert para la medición de actitudes hacia el enfermo mental dirigida específicamente a técni-

cos de salud y baremada con estudiante de psicología, medicina y enfermería.

Otra escala tipo Likert es la elaborada por Raskin (1986) con 72 ítems dirigida a profesionales y estudiantes del campo de la salud mental, con la peculiaridad de sus siete subescalas agrupadas en dos factores:

A. *Etiología-Tratamiento.*

1. Etiología psicodinámica de trastornos psiquiátricos.
2. Etiología psicodinámica de trastornos orgánicos.
3. Etiología biológica de trastornos psiquiátricos.
4. Etiología de debilidad moral de trastornos psiquiátricos.

B. *Relación médico-paciente.*

5. Autoritaria-control.
6. Empatía hacia el paciente.
7. Distanciamiento del paciente.

Siguiendo el método de Thurstone para la elaboración de escalas, nos encontramos con el cuestionario elaborado por Ruiz Ruiz (1977) a través del cual se miden los siguientes factores (muy similares a los de la escala OMI):

1. Creencias irracionales. Relaciones de la enfermedad mental con algo mágico, diabólico, sexual, traumas banales, vientos, etc.
2. Peligrosidad-control.
3. Autoritarismo-rechazo del enfermo mental.
4. Estigma.

En otro grupo de investigaciones estarían aquellos autores que utilizan técnicas dirigidas a la medición de la distancia social con escala de tipo

Bogardus u otras técnicas de investigación social.

Eker (1988) en una investigación dirigida a estudiantes utiliza la técnica de Osgood del Diferencial Semántico con 28 pares de palabras y un solo concepto *Conducta del paciente mental*.

Ayestaran (1986) mediante preguntas abiertas y preguntas vinculadas a la acción (donde se cuestiona conductas concretas y no actitudes abstractas) llega a la elaboración de campos representacionales de la enfermedad mental de una muestra poblacional y hospitalaria.

Finalmente cabría citar aquellos trabajos en que se presenta a los sujetos, casos concretos para identificar la patología que aparece en el mismo. El ejemplo más significativo en la utilización de este tipo de metodología ha sido el estudio de Baltimore, en el que se incluyen tres viñetas (Croseti, Spiro y Siasi, 1974) en las que aparece un caso de esquizofrenia paranoide, uno de esquizofrenia simple y nos de alcoholismo. A los sujetos se les hacía preguntas del tipo: «¿Diría usted que este hombre/mujer tiene algún tipo de enfermedad mental?» o «¿Deberían ir al médico las personas descritas en esta viñeta?».

Otro estudio en donde se utiliza una metodología similar, es la investigación promovida por la OMS en varios países (Wig, 1980) donde se presentan viñetas de siete casos: retraso mental, epilepsia, psicosis aguda, depresión mayor, esquizofrenia crónica, neurosis depresiva y trastorno bipolar. En este caso las preguntas sobre las viñetas se referían a la severidad del trastorno, el pronóstico, las posibilidades de matrimonio, la capacidad para el trabajo o la frecuencia en que piensa que existe dicho trastorno. En Nicaragua (Penayo y cols. 1988) se reali-

zó esta investigación añadiendo a las viñetas anteriores un caso de alcoholismo (problema muy preocupante en este país) y dirigiendo entrevistas estructuradas a personajes claves de la comunidad (aquellos que realizan una función social y son respetados y reconocidos por la comunidad).

Metodología

Teniendo en cuenta la literatura revisada más arriba para este tipo de trabajos, se decidió elaborar un cuestionario de escala tipo Likert por dos grupos de razones, unas relacionadas con la población objeto de estudio y otras con el proceso de elaboración:

1. En primer lugar, el hecho de dirigir nuestro estudio a una población numerosa y en cierta medida un tanto reticente a responder cuestionarios o encuestas, nos hizo pensar que lo más adecuado sería un cuestionario con pocos ítems en los que el sujeto solo debe señalar una respuesta dada. Por tanto nos centraríamos en las escalas Likert o Thurstone o en la técnica de Osgood.

2. En segundo lugar, la menor dificultad en la elaboración de la escala Likert nos hizo inclinarnos por ésta, a pesar de sus posibles inconvenientes. Entre las principales ventajas destacamos:

- a) Construcción sencilla.
- b) El número de ítems necesario es menor que en las escalas Thurstone.
- c) No es necesario recurrir a jueces expertos, sino que se utiliza una muestra de la población objeto de estudio.
- d) Las posibles respuestas a cada ítem permiten un mayor grado de información sobre la actitud estudiada.

Como condición principal, se pensó que este cuestionario debía tener en cuenta las características de la población a la que nos dirigimos (personal sanitario hospitalario no relacionado con la salud mental) y principalmente la nueva situación de asistencia sanitaria a enfermos mentales implantada en Andalucía y comentada más arriba.

Para la elaboración del cuestionario se siguieron los siguientes pasos:

En primer lugar se seleccionaron una serie de ítems (aproximadamente el doble de los que pensábamos utilizar de manera definitiva) de otros cuestionarios (principalmente del del Cohen y Struening 1963) y otros ítems de invención propia que reflejaran aspectos y opiniones comunes sobre los enfermos mentales y

su tratamiento por parte del personal sanitario. Estos ítems se agruparon en cuatro categorías, que fueron las siguientes:

1. *Características de la enfermedad mental.* Etiología, tipos, pronóstico, tratamiento de las enfermedades mentales. Muchos de estos ítems están más relacionados con el componente cognoscitivo de la actitud, que con el afectivo o comportamental (tabla 1).

2. *Peligrosidad del enfermo mental.* Tópicos sobre la supuesta peligrosidad del enfermo mental y medidas restrictivas que se deberían de tomar con ellos en función de la misma (tabla 2).

3. *Asistencia del enfermo mental.* Tipo de asistencias que se debe dar a un

Tabla 1

ITEM A. CARACTERISTICAS DE LA ENFERMEDAD MENTAL

A.1. La mayoría de las enfermedades mentales tienen una causa orgánica (física)
A.2. Hay muchos tipos diferentes de enfermedad mental
A.3. Todas las personas que tienen la misma enfermedad mental actúan de la misma manera
A.4. La mayoría de los enfermos mentales lo son de nacimiento
A.5. El que una persona se convierta en e.m.(*) depende de las dificultades con que se encuentre en la vida
A.6. Al igual que ocurre con las enfermedades físicas, hay e.m. curables y otras incurables y otras incurables
A.7. Creo que todavía no se conoce la causa de la mayoría de las enfermedades mentales
A.8. Actualmente se llama enfermo mental a lo que antes se llamaba «loco»
A.9. Para disminuir el riesgo de e.m. es mejor alejarse de las personas que padecen este tipo de enfermedad
A.10. Es difícil distinguir un enfermo mental de una persona normal
A.11. Una de las principales causas de la e.m. es la falta de voluntad del enfermo para curarse
A.12. El hecho de que una persona haya tenido familiares e.m. no significa que vaya a padecer una e.m.
A.13. La mayoría de las enfermedades mentales son curables

(*)e.m.: enfermos mentales.

enfermo mental, hospital psiquiátrico, asistencia comunitaria, hospital general, etc. (tabla 3).

4. *Profesionales de la salud mental y papel de la USM/HG.* Visión de los profesionales que trabajan en Salud Mental,

Tabla 2

ITEM B. PELIGROSIDAD DEL ENFERMO MENTAL

B.1. La mayoría de los enfermos mentales no son peligrosos
B.2. La mejor manera de controlar a los e.m. en un Hospital Mental es manteniéndolos encerrados
B.3. Es igual de probable que cometa un crimen una persona que ha estado en un Hospital Mental que una que nunca ha estado
B.4. Las Unidades de Salud Mental Hospitalarias deben tener fuertes medidas de seguridad para evitar que los enfermos puedan escaparse
B.5. Me asustaría tener que convivir o trabajar con una persona que ha estado ingresada en un Hospital Mental.
B.6. Los enfermos mentales, aunque sean peligrosos, deber ser atendidos en la comunidad
B.7. Me siento incómodo e intranquilo en presencia de una persona que haya sido un enfermo mental
B.8. En general se puede confiar el cuidado de un niño de pocos meses a una mujer que haya sido paciente de una Unidad de Salud Mental Hospitalaria

Tabla 3

ITEM C. TIPO DE ASISTENCIA

C.1. Los e.m. han de ser atendidos en un Hospital General al igual que el resto de los enfermos
C.2. Deben existir hospitales especiales para los enfermos mentales
C.3. Algunas veces es peor para un enfermo mental vivir con su familia que ingresar en un Hospital Mental
C.4. Siempre que se pueda creo que es conveniente para el enfermo mental que sea tratado de forma ambulatoria (Equipo de Salud Mental de Distrito) que ingresarle en un Hospital
C.5. A veces es mejor para la curación de un enfermo mental que permanezca un tiempo alejado de su familia y de su medio habitual.
C.6. Si alguien de mi familia se convirtiera en enfermo mental, y los médicos dijeran que el pronóstico es igual si se queda en casa que si lo hospitalizasen, preferiría que se quedara en casa
C.7. Las personas que acuden al Hospital, si tienen antecedentes psiquiátricos, hay que derivarlas al servicio de psiquiatría
C.8. No se debe dar el alta a un paciente de una USM/HG(*) hasta que se comporte como una persona normal
C.9. La gente que ha ingresado en una USM/HG nunca volverá a ser como antes

(*)USM/HG: Unidad de Salud Mental de Hospital General.

eficacia, eficiencia, necesidad de los mismos en un hospital general. Conveniencia o no de instalar una USM en un hospital general (ver tabla 4).

Cada ítem consta de la siguiente categorización de respuesta:

- Totalmente de acuerdo.
- De acuerdo.
- No tengo seguridad pero probablemente de acuerdo.
- No tengo seguridad pero probablemente en desacuerdo.
- En desacuerdo.
- Totalmente en desacuerdo.

Cada ítem se valoró entre uno y seis puntos según reflejase una actitud más o menos favorable al enfermo mental y su asistencia a o los profesionales de salud

mental, acordes con el modelo de la atención comunitaria al enfermo mental propuesto por el IASAM (1988). Se procuró que la mitad de los ítems estuviese formulado de forma positiva (por ejemplo: «Es igual de probable que cometa un crimen una persona que ha estado en un hospital mental que una que nunca ha estado») y la otra mitad de forma negativa (ejemplo: «Deben existir hospitales especiales para enfermos mentales»), de tal forma que en el primer caso la puntuación más alta estaría en «totalmente de acuerdo» y en el segundo en «totalmente en desacuerdo». Con el objeto de no incluir muchos ítems seguidos de cada grupo, se contrabalanceo la colocación de cada ítem.

Seguidamente se administró este cuestionario a una muestra de sujetos. Se

Tabla 4

ITEM D. PROFESIONALES DE LA SALUD MENTAL Y USM/HG

D.1.El índice de eficacia de los p.s.m.(*) (psiquiatras y psicólogos) es inferior al de otros profesionales
D.2.Las personas que se dedican a trabajar en salud mental son especiales
D.3.En mi práctica profesional cuando me encuentro algún problema me resulta más difícil consultar con el servicio de psiquiatría que con cualquier otro servicio
D.4.En todos los Hospitales debería de haber un Psiquiatra o Psicólogo, aunque en ese Hospital no existan e.m., ya que muchos enfermos necesitan ayuda psicológica para superar su enfermedad física
D.5.En mi práctica profesional creo que la Unidad de Psiquiatría sabe dar respuesta a los problemas que el resto de los servicios del Hospital le plantean
D.6.Los profesionales de s.m. siempre suelen buscar causas psicológicas en problemas que son físicos
D.7.Hay servicios del Hospital (hemodiálisis, pediatría, etc.) que por el tipo de patología que atienden necesitan más colaboración con la Unidad de Psiquiatría que otros
D.8.Los profesionales de s.m. cuidan más la relación con los pacientes que el resto de los profesionales de salud

(*)p.s.m.: profesionales de salud mental.

seleccionaron un total de 40 trabajadores sanitarios (médicos, enfermeras y auxiliares de las provincias de Cádiz y Jaén) y se les pasó el cuestionario.

A continuación se calculó la media de puntuación global de cada sujeto y se seleccionó el 25% de la zona de puntuación alta (favorable al modelo de salud mental) y el 25% bajo (desfavorable). Con el objeto de afinar más en la selección de las preguntas se aplicaron dos sistemas de selección simultáneamente (López, 1981, Ros, 1981):

1. Cálculo del poder discriminante de cada ítem. Mediante el cálculo del promedio de cada ítem para los grupos alto y bajo, *t de Student* entre estos promedios de cada ítem y finalmente la selección de aquellos ítems que presentaban mayores diferencias.

2. Método correlacional. Mediante el cálculo del coeficiente de correlación de cada ítem con el resto se eliminaron los ítems que guardaban una correlación muy alta con otro u otros ítems de la escala.

Resultados

Siguiendo los procedimientos antes mencionados se eliminaron en primer lugar aquellos ítems en los que no había diferencias significativas entre el grupo superior (actitud favorable) y el grupo inferior (actitud desfavorable). Estos ítems, difícilmente discriminarían entre los sujetos con una actitud positiva o negativa hacia los enfermos mentales y su integración en los hospitales generales.

En este grupo destacamos aquellos ítems en que ambos grupos de sujetos se sitúan claramente en uno de los polos de la escala. En este caso nos encontramos

con que en los ítems A2, A4, B2, C4 y C6 los sujetos de ambos grupos se sitúan mayoritariamente en el polo positivo.

También fueron eliminados aquellos ítems que aún obteniendo diferencias en las puntuaciones de ambos grupos, estas no fueron significativas estadísticamente. Concretamente los ítems: A1 ($p=0,41$), A3 ($p=0,43$), A8 ($p=0,95$), A10 ($p=0,69$), A11 ($p=0,57$), B6 ($p=0,69$), C3 ($p=0,42$), D3 ($p=0,57$), D4 ($p=0,69$), D6 ($p=0,83$) y D8 ($p=0,74$).

En segundo lugar se eliminaron aquellos ítems que mantenían una alta correlación con ítems de otros grupos. El ítem A7 por su alta correlación con D5 y B5 ($r>0,89$), B7 por su alta correlación con C8 ($r=0,94$), C2 por su alta correlación con B4 ($r=0,92$) y C9 por su alta correlación con D5, D6 y C7 ($r>0,89$). Todas estas correlaciones fueron significativas con una $P>=0,01$.

En tercer lugar se eliminó el ítem C7, debido a que un gran número de sujetos lo dejó de contestar, posiblemente debido a la dificultad de su comprensión.

Por último fueron modificados el ítem A13, formulándose en sentido negativo, con el objeto de incluir el mismo número de ítems en sentido negativo, que en sentido positivo. En los ítems D5 y D7 se sustituyó Unidad de Psiquiatría por Unidad de Salud Mental Hospitalaria, siguiendo la denominación propuesta por el Instituto Andaluz de Salud Mental.

El cuestionario definitivo, que sería utilizado posteriormente para conocer la actitud del personal sanitario hospitalario hacia los enfermos mentales y su integración en los Hospitales Generales, quedó como aparece en la tabla 5.

Tabla 5: CUESTIONARIO DEFINITIVO

ITEM

1. La mayoría de los enfermos mentales no son peligrosos
2. El hecho de que una persona haya tenido familiares enfermos mentales, no significa que vaya a padecer una enfermedad mental
3. No se debe dar el alta a un paciente de la USMH(*) hasta que se comporte como una persona normal
4. Las personas que se dedican a trabajar en Salud Mental son especiales
5. Me asustaría tener que convivir o trabajar con una persona que ha estado ingresada en una USMH
6. El que una persona se convierta en e.m. depende de las dificultades con que se encuentre en su vida
7. Los e.m. han de ser atendidos en un Hospital General al igual que el resto de los enfermos
8. El índice de eficacia de los profesionales de la Salud Mental (psiquiatras y psicólogos) es inferior al de otros especialistas
9. En general, se puede confiar el cuidado de un niño de pocos meses a una mujer que haya sido paciente de un USMH
10. A veces es mejor para la curación de un e.m. que permanezca un tiempo alejado de su familia y su medio habitual
11. Hay servicios del Hospital (Hemodiálisis, Pediatría, etc.) que por el tipo de patología que atienden, necesitan más colaboración con la USMH que otros
12. Las USMH deben tener fuertes medidas de seguridad para evitar que los enfermos puedan escaparse
13. En mi práctica profesional, creo que la USMH sabe dar respuesta a los problemas que el resto de los servicios del Hospital le plantean
14. La mayoría de las enfermedades mentales son incurables

(*)USMH: Unidad de Salud Mental Hospitalaria.

Conclusiones

Como decíamos en la introducción, la acogida por parte del personal sanitario del Hospital General de una Unidad de Salud Mental está siendo diferente en los distintos hospitales. Desde actitudes totalmente reticentes a la inclusión de los enfermos mentales en los Hospitales Generales, hasta profesionales que piden trabajar voluntariamente en la Unidad de Salud Mental.

El desconocimiento real de esta si-

tuación nos obliga a elaborar instrumentos adecuados para conocer de manera objetiva la opinión de estos profesionales de la salud sobre este tipo de pacientes y de la nueva forma de abordaje. El conocimiento de estas opiniones es un paso necesario para generar actitudes positivas y conseguir que las USM no sean servicios «aislados y apartados», y contribuir de esta manera a evitar una nueva «estigmatización» de los enfermos mentales, esta vez dentro de los Hospitales Generales.

Referencias

- AYESTARAN, S. y PAEZ, D. (1986). Representación social de la enfermedad mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, vol. 6 (16), 95-129.
- COHEN, J. y STRUENING, E. (1963). Opinions about mental illness: Mental hospital occupational profiles and profile clusters. *Psychological Report*, (14), 25-26.
- CROCETTI, G.M.; SPIRO, H.R. y SIASSI, I (1974). *Contemporary attitudes toward mental illness*. Pittsburg: University of Pittsburg Press.
- EKER, D. (1988). University students' attitudes toward mental patients in a developing country. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, (23), 264-266.
- FERNANDEZ, L; TORRES, M. y CARRALLAL, M.C. (1988). Una escala de medición de actitudes hacia los enfermos mentales en futuros técnicos de salud. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, vol. 8 (27), 637-651.
- IASAM (1988). *La reforma psiquiátrica en Andalucía*. Sevilla: Consejería de Salud y Servicios Sociales. Junta de Andalucía.
- IASAM (1989). *Actitudes de la población andaluza ante los enfermos mentales* Sevilla: Consejería de Salud y Servicios Sociales. Junta de Andalucía.
- LOPEZ PEREZ, J. (1981). Las escalas de actitudes (1). En J.F. MORALES: *Metodología y Teoría de la Psicología*. Madrid: UNED.
- MOLINA, A.; RIVAS, C.; DE LA HOZ, M.A. y RODRIGUEZ, R. (1991). *Actitudes de la población sanitaria hospitalaria no psiquiátrica ante los enfermos mentales y su integración en los hospitales generales*. Documento no publicado.
- OSAMIZ, J.A. (1986). *Actitud hacia la enfermedad mental en el País Vasco*. Bilbao: Instituto Vasco de Administración Pública. Colección Miscelánea.
- PENAYO, U.; JACOBSON, L.; CALDERA, T. y BERMANN, G. (1988) Community attitudes and awareness of mental disorders. A key informant study in two Nicaraguan towns. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. (78), 561-566.
- ROS GARCIA, M. (1989). Las escalas de actitudes (2). En J.F. MORALES: *Metodología y teoría de la psicología*. Madrid: UNED.
- ROSKIN, G.; CARSEN, M.; RABINER, C. y MARELL, S.K. (1988). Attitudes toward patients among different mental health professional groups. *Comprehensive Psychiatry*, vol. 29 (2) 188-194.
- RUIZ RUIZ, M.; BROTAT, M. y SENTIS, J. (1977). Elaboración de una escala de actitudes hacia las enfermedades psíquicas, el psiquiatra y la psiquiatría. *Revista de Psicología General y Aplicada*, vol. 32 (148), 877-886.
- WIG, N. (1980). Community reactions to mental disorders. A key informant study in three developing countries. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, (61), 111-126.