

Familiares de deficientes mentales institucionalizados: sus actitudes hacia la integración social del deficiente mental

José M^o LEÓN RUBIO
José Antonio PÉREZ GIL
Luis JARANA EXPÓSITO
Silvia MEDINA ANZANO
Universidad de Sevilla

Resumen

Antes de diseñar e implantar un programa de desinstitucionalización que hiciese viable la futura integración social de los minusválidos psíquicos atendidos en la Unidad de Deficientes Mentales del Hospital Psiquiátrico de Miraflores, se efectuó un estudio descriptivo de las actitudes de los familiares de esta población respecto a su integración social. Tras la validación y comprobación de la fiabilidad de la escala tipo Likert diseñada al efecto, se aplicó la misma a 112 familiares de primer grado mayores de edad. Los resultados obtenidos ponen de manifiesto que su actitud es moderadamente favorable a la integración social del deficiente mental. Además, los datos obtenidos pueden contribuir a formular un programa realista de formación para los familiares de las personas afectadas, con el objetivo de lograr la progresiva desinstitucionalización e integración social de estas últimas.

Palabras clave: actitudes, familias, integración, deficiencia mental, desinstitucionalización.

Abstract

Before designing and implementing a deinstitutionalization programme for the social integration of patients of the Unit for Mentally Retarded Persons at the Miraflores Psychiatric Hospital in Seville, a descriptive study of the families' attitudes towards integration was carried out. A Likert scale was administered to 112 first-degree relatives, following corresponding validity and reliability tests. Results show that attitude is moderately favourable towards the social integration of mentally retarded persons. Data obtained can help in designing a realistic training programme for the families of the mentally retarded that could help in achieving their progressive deinstitutionalization and social integration.

Key words: attitudes, social integration, mental retardation, deinstitutionalization

Tras un detallado análisis de la situación y problemática psicosocial de los deficientes mentales institucionalizados en el Hospital Psiquiátrico «Miraflores» de Sevilla (Gómez Miguel y otros, 1987), se consideró necesario diseñar e implantar un programa de desinstitucionalización e integración social dirigido a dicha población y entre cuyos objetivos se contemplaba incrementar el contacto con su familia y lograr que fueran miembros activos de la misma (Jarana, 1990). Por lo tanto, para que este tipo de programas sean eficaces es necesario contar con la colaboración de los familiares (Mittler, 1988), cuyas actitudes afectan a la integración social del deficiente mental (West, 1986; Verdugo, Arias y Jenaro, 1994), no siempre de forma positiva (Wetter, 1972), pues, como apunta Echagüe (1989), éstas representan las aspiraciones y valores vigentes en la sociedad respecto a este fenómeno. Por todo lo expuesto, se planteó como *objetivo*, previo a la implantación del mencionado programa, describir las actitudes de los familiares de la población deficiente mental, interna en el hospital ya citado, ante la integración social de éstos.

Para ello, se parte de una concepción unidimensional de la actitud que permite definir ésta (recogiendo las aportaciones ya clásicas de Thurstone, 1929; Chein, 1948; Katz y Stottland, 1959; Newcomb, 1959; y Sherif y Sherif, 1969) como una disposición a evaluar de determinada manera ciertos objetos, acciones, asuntos controvertidos, personas, grupos o instituciones, etc.

Metodología

Población y muestra

La población estuvo formada por un familiar directo (padre, madre o hermanos mayores de edad) de cada deficiente. Lo que

supuso un total de 133 sujetos, de los cuales 24 participaron voluntariamente en la fase de validación de la escala tipo Likert empleada en este estudio. De los 109 restantes, 79 respondieron a los requerimientos de los investigadores, aunque 15 lo hicieron incorrectamente por lo que los datos proporcionados por éstos no fueron considerados en este estudio, quedando finalmente compuesta la muestra por 64 sujetos voluntarios, 33 varones y 31 mujeres, con edades comprendidas entre los 22 y 87 años, con una edad media de 51.8 años.

Diseño

Se utilizó un diseño correlacional multivariado con objetivo predictivo respecto de la variable «actitud de los sujetos hacia la integración social del deficiente mental», usada como *variable criterio*, y medida a partir de sus puntuaciones en una escala tipo Likert construida a tal efecto; las *variables predictoras* utilizadas fueron el sexo, la edad, el nivel de estudios, el grado de deficiencia mental del familiar internado en el hospital y el poseer o no otro familiar afectado.

Procedimiento e instrumento

En una *primera fase* se procedió a la elaboración y validación de la escala siguiendo las indicaciones establecidas por Likert (1984).

En primer lugar, se prepararon 21 ítems con base en la revisión de la literatura más pertinente (Bartlett, Quay y Wrightsman, 1960; Yucker, Block y Campbell, 1962; Tringo, 1970; Harth, 1974; Gan, Tymchuck y Nishihara, 1977; Larrivee y Cook, 1979; Berryman, Neal y Robinson, 1980; Reynolds y Greco, 1980; Schmelkin, 1981; Voeltz, 1981; Antonak, 1981, 1985; Verdu-

go, Arias y Jenaro, 1994). Doce expresaban una actitud negativa y los restantes una actitud positiva. Se les asignó una escala de respuesta con cinco opciones, desde muy acuerdo a muy en desacuerdo.

En segundo lugar, se aplicó la escala a la muestra inicial de 24 sujetos. Después de hallar la puntuación de cada sujeto, y la mediana de cada ítem, eliminamos a los sujetos que obtuvieron puntuaciones intermedias; nos quedamos con los cinco (25%) que más puntuaron -grupo alto-, y los cinco (25%) que menos puntuaron -grupo bajo-; la tabla 1 muestra las puntuaciones directas, la media y la desviación estándar de ambos grupos.

Después comprobamos si cada ítem era válido o no para la escala. Para ello, establecimos cuántas puntuaciones obtenidas por el grupo alto y bajo se situaron por encima o por debajo de la mediana, y aplicamos la prueba *P de Fisher*. Los resultados revelaron que 13 de los 21 ítems discriminaban entre aceptación-rechazo del objeto de la actitud (ver tabla 2). Por tanto, se eliminaron 8 ítems, quedando conformada la escala definitiva por 13 ítems, cada uno de los cuales contaba con 5 opciones de respuesta:

- Totalmente de acuerdo.
- De acuerdo.
- Indiferente.

Tabla 1. Puntuaciones Extremas.

	Grupo Alto	Grupo Bajo
	101	48
	100	51
	94	51
	92	51
	92	54
Media	95.80	51.00
E.T.M.	1.96	.94
D.T.	4.38	2.12
E.T.M.= Error típico de la media		
D.T.= Desviación típica		

- En desacuerdo.
- Totalmente en desacuerdo.

Estas opciones se puntuaron de 5 a 1 respectivamente, salvo en los ítems de sentido negativo (marcados con un asterisco) en los que se invirtió el orden de puntuación.

Los 13 ítems seleccionados fueron los siguientes (se ha mantenido la numeración de la escala original para facilitar la comprensión del procedimiento seguido en el estudio):

1. Los deficientes mentales deberían estar aislados para así vigilarlos mejor (*).
2. Los retrasados mentales pueden ser considerados como sujetos que no tienen en cuenta los sentimientos de los demás (*).
3. Los deficientes mentales no deberían contraer matrimonio (*).
7. No debería permitirse que los deficientes convivan con sus familiares, puesto que esto perjudica a la propia familia (*).
8. Los deficientes mentales deberían disfrutar de centros públicos como cines, discotecas, etc.
10. Los deficientes mentales podrían llegar a mejorar con el apoyo de los familiares.
12. Los deficientes mentales deberían ser considerados peligrosos por lo que hay que mantenerse alejado de ellos (*).
13. Los deficientes mentales deberían tener su lugar de diversión en círculos cerrados, apartados de los demás (*).
14. Se debería permitir a los retrasados mentales desempeñar cargos en la sociedad, siempre dentro de sus posibilidades.
15. Los deficientes mentales deberían ser considerados sujetos inútiles para la sociedad (*).

- 16. El deficiente mental debería ser considerado una desgracia para la familia (*).
- 20. No debería permitirse que los niños se acercasen a los deficientes mentales (*).
- 21. Los deficientes mentales podrían ser útiles a la sociedad trabajando en talleres y centros ocupacionales.

La fiabilidad de la escala fue medida en función del grado de consistencia interna de la misma, para ello se utilizó el coeficiente alpha de Cronbach, cuyo valor fue de 0.8104

Tabla 2. Prueba de Fisher para cada ítem

	Mediana	P de Fisher
ITEM-1	3.000	.02381
ITEM-2	4.000	.01786
ITEM-3	2.000	.02381
ITEM-4*	4.000	.11905
ITEM-5*	4.000	.26190
ITEM-6*	2.500	.50000
ITEM-7	3.000	.02381
ITEM-8	4.000	.02857
ITEM-9*	2.000	.40476
ITEM-10	4.000	.02857
ITEM-11*	5.000	No pertinente
ITEM-12	4.000	.00439
ITEM-13	4.000	.00397
ITEM-14	4.000	.00794
ITEM-15	4.000	.00397
ITEM-16	3.000	.00397
ITEM-17*	5.000	No pertinente
ITEM-18*	2.000	.62857
ITEM-19*	4.000	.11429
ITEM-20	4.000	.01786
ITEM-21	4.000	.00794

- (*) Ítemes eliminados por carecer de poder discriminante:
- 4. El deficiente mental debería tener derecho a recibir educación en una escuela pública bajo un programa especial para él.
 - 5. Se debería permitir que el deficiente mental se relacionase con otras personas, aún no siendo éstas deficientes.
 - 6. Se les debería impedir a los retrasados mentales tener hijos mediante una intervención sin dolor.
 - 9. El deficiente mental debería ser considerado como peligroso al no controlar sus impulsos sexuales.
 - 11. Los deficientes mentales deberían estar integrados en centros especiales.
 - 17. Los deficientes mentales deberían tener derecho a practicar deportes en centros o instalaciones adecuadas.
 - 18. Los deficientes mentales deberían tener relaciones sexuales como cualquier persona.
 - 19. Los retrasados mentales deberían hacer trabajos de cierta dificultad con ayuda de profesionales.

que comparado con su valor teórico (0.8041) permite concluir que la escala es fiable.

En la *segunda fase* se procedió a la aplicación de la escala definitiva a los 109 sujetos restantes de la población. Para ello, primero se telefoneó a todas las familias de los internos para asegurar su participación y conocer el número de miembros de cada una de ellas que reunían los requisitos antes expuestos, eligiendo de forma aleatoria a un miembro por familia. A continuación, se envió por correo la escala a los sujetos seleccionados con instrucciones detalladas para su autoaplicación y un sobre franqueado para facilitarles el que la remitieran una vez cumplimentada. Pasado un mes sin recibir respuesta alguna, se contactó por teléfono con los sujetos a fin de conocer las causas de la ausencia de respuesta y solucionar posibles dudas que se les hubieran planteado. Se recibieron 79 escalas, 64 cumplimentadas de forma correcta que constituyeron la muestra de este estudio y cuyos datos fueron codificados, procesados y analizados mediante el paquete estadístico para microordenadores compatibles *Statistical Package for the Social Sciences, Tables and Advanced statistics (SPSS/PC+)*, en concreto se emplearon los módulos *Frequencies, Descriptive, Anova, Regression, Npar-test y Reliability*.

Resultados

La puntuación promedio de los 64 sujetos en la escala fue 44.391, con una desviación típica de 9.550 y una puntuación máxima y mínima de 64 y 23 respectivamente. La puntuación total presentó un comportamiento ajustado a la ley normal, con $z=0.506$, para $p=0.960$, en la prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov.

En la tabla 3 puede observarse que se obtuvo una correlación estadísticamente signifi-

cativa de carácter moderado e inverso entre la edad y la puntuación total en la escala; la figura

1 muestra la recta de regresión entre la edad y la puntuación total de la escala.

Tabla 3. Análisis de Regresión (Puntuación total x Edad)

Variable Dependiente: Puntuación Total. Variable Independiente: Edad.					
Correlación R	.35931				
R ²	.12911				
Análisis de varianza					
Fuentes de Variación	DF	Sum of Squares	Mean Square		
Regresión	1	741.74621	741.74621		
Residual	62	5003.48817	80.70142		
F= 9.19124		Signif F= .0035			
Recta de Regresión					
Variable	B	SE B	Beta	T	Sig T
V3 (constante)	-.23404	.07720	-.35931	-3.032	.0035
	56.51683	4.15443		13.604	.0000

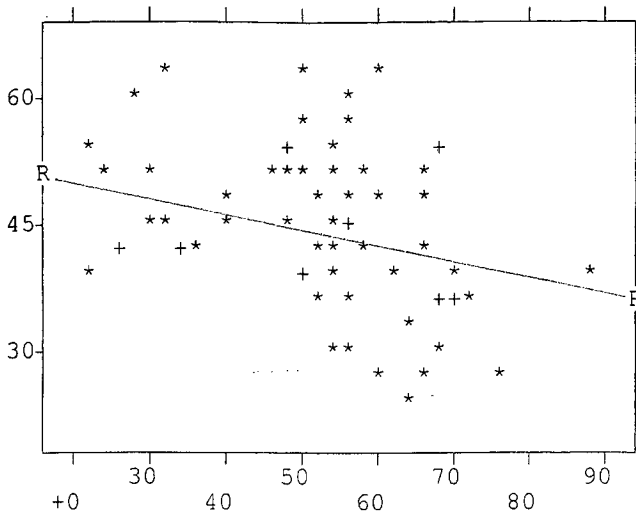


Figura 1. Recta regresión Actitud por Edad

La tabla 4 presenta los resultados obtenidos mediante el análisis de varianza de la puntuación total de la escala con las siguientes variables: sexo, nivel de estudios, grado de deficiencia del familiar internado y poseer otro familiar afectado. Ninguno de los cuales fue estadísticamente significativo. No obstante, señalar que tanto la variable nivel de estudios como la variable poseer otro familiar afectado presentan una significatividad marginal de 0.068 y 0.080 respectivamente.

Análisis y discusión de los resultados

Si se tiene en cuenta que la puntuación máxima que es posible alcanzar en la escala es 65 y que la puntuación media obtenida por la muestra es 44.391, lo que representa el 68.29% de la puntuación total, se puede afirmar que las personas que componen la muestra mantienen una actitud favorable, de forma moderada, a la integración social del deficiente mental.

El coeficiente de correlación encontrado entre edad y actitud, así como la recta de regresión entre ambas variables, indica que a medida que aumenta la edad de los encuestados su actitud hacia la integración social del deficiente mental es de forma significativa más desfavorable, siendo los sujetos de menor edad los que consideran más factible la integración social de estas personas. Este resultado parece coincidir con el hecho de que los sujetos más jóvenes suelen presentar una actitud más favorable hacia los enfermos mentales, como se desprende de los estudios de Ozamiz (1985) y del Instituto Andaluz de Salud Mental (IASAM) (1989). Esto, considerando que las actitudes se aprenden, puede suponer un dato alentador, ya que es posible que en el futuro las actitudes que se desarrollen hacia los deficientes mentales sean más favorables de lo que lo son en la actualidad.

Respecto a la relación entre las demás variables predictoras y la variable criterio

Tabla 4. Resúmenes de ANOVAS efectuados con Puntuación total como variable dependiente.

Fuente de Variación	S.C.	g.l.	C.M.	F	P
Explicada: Sexo	16.235	1	16.235	.176	.677
Residual	5728.999	62	92.403		
Total	5745.234	63	91.194		
Explicada: Estudios	485.516	2	242.758	2.815	.068
Residual	5259.719	61	86.225		
Total	5745.234	63	91.194		
Explicada: Grado Deficiente	480.063	3	160.021	1.824	.153
Residual	5265.172	60	87.753		
Total	5745.234	63	91.194		
Explicada: Otro Deficiente	279.491	1	279.491	3.170	.080
Residual	5465.743	62	88.157		
Total	5745.234	63	91.194		

del presente estudio. Los resultados obtenidos no concuerdan del todo con los informados en otros; así Miles (1988) encontró actitudes menos favorables a la integración del deficiente mental a medida que su nivel de deficiencia era mayor, sin embargo, en este estudio dicha variable parece no ejercer efecto alguno sobre las actitudes hacia este tipo de población. Por otro lado, en el informe del IASAM (1989) acerca de las actitudes de la población andaluza ante los enfermos mentales, el sexo se mostró como una variable relevante, lo que no ocurrió en este estudio, en concreto, en dicho informe las mujeres presentaban una actitud más negativa hacia los enfermos mentales. Por otra parte, en el estudio de Insúa (1974; cit. en Ozamiz, 1985), se halló una asociación directa entre el nivel educativo de la población y su actitud hacia la enfermedad mental, de modo que a mayor nivel de instrucción una actitud más favorable hacia la enfermedad mental. Los resultados presentados aquí apuntan en esta dirección, aunque la significatividad presenta un valor marginal (.068). No obstante, las comparaciones entre estos dos últimos estudios y el presente deben tomarse con cierta reserva, toda vez que éstos tenían por objeto de la actitud la enfermedad mental en general, y no la deficiencia mental en particular, además, fueron realizados con la población general y no con familiares de sujetos afectados.

Por último, queremos dejar constancia de que nuestros datos parecen apoyar la idea de que la actitud hacia la integración social del deficiente mental es menor en función del número de familiares afectados; sin embargo, estos datos no son concluyentes ya que la significatividad aportada es marginal (0.080). Dicha hipótesis debería ser sometida a prueba en posteriores replicaciones.

Para valorar de forma correcta los resultados expuestos, cabe apuntar las siguientes limitaciones de este estudio:

a) *Alta mortalidad poblacional* (el 27.52% de la misma; se debe recordar que de las 64 escalas procesadas fueron eliminadas 15 porque se cometieron errores al cumplimentarlas), en cuya base, encontramos resistencias de los familiares que creían que su participación condicionaría el egreso del paciente, lo que podría considerarse índice de una actitud negativa hacia la integración del deficiente mental en el seno familiar. Además, hay que considerar que el procedimiento de encuesta empleado no garantiza la total participación de la muestra seleccionada.

b) *Grado de generalidad de los ítems* de la escala, que pasan por alto el hecho de que dentro de la deficiencia existen distintos grados, los cuales determinan las posibilidades de rehabilitación e integración de los sujetos afectados.

c) *Aquiescencia social*. Puede que los sujetos que han participado en el estudio hayan tendido a dar respuestas aceptables desde un punto de vista social.

d) Además de los sesgos positivos que se suelen obtener con la *técnica de evaluación empleada*, hay que señalar las dificultades que surgen para comparar los estudios que la emplean, lo que cuestiona la validez de éstos (Verdugo, Arias y Jenaro, 1994).

Pese a todo y por lo que respecta a la utilidad de este estudio para posteriores intervenciones, a partir de los datos obtenidos es posible desarrollar un programa educativo para los familiares de los deficientes mentales que responda a necesidades reales y, por consiguiente, facilite la colaboración de éstos en la progresiva desinstitucionalización e integración social del deficiente mental. De hecho, cuatro meses después

de finalizar la recogida de datos del presente estudio, 30 de los deficientes mentales internados en el hospital habían sido dados de alta (Fernández Lérida, 1990) y en la actualidad siguen programas de rehabilitación e integración social en distintos centros de capacitación laboral de la comunidad autónoma andaluza.

Conclusiones

Los sujetos encuestados presentan una actitud favorable, aunque moderada, hacia la integración social del deficiente mental.

De todas las variables predictoras analizadas, tan sólo la edad se mostró relevante, resultando que a menor edad la actitud hacia la integración social del deficiente mental es más favorable, y conforme aumenta la edad de los encuestados hallamos una actitud menos favorable hacia la integración social del deficiente mental.

Consideramos que este tipo de estudios aporta elementos necesarios para contribuir a la formulación de programas formativos para los familiares de los sujetos afectados orientados a facilitar y optimizar la progresiva desinstitucionalización e integración social de los mismos.

Referencias

- Antonak, R.F. (1981). *Development and psychometric analysis of the Scale of Attitudes Toward Disabled Persons*. Durham, NH: Universidad de New Hampshire, Departamento de Educación.
- Antonak, R.F. (1985). *Construct validation and psychometric analysis of the Scale of Attitudes Toward Disabled Persons*. Durham, NH: University of New Hampshire, Education Department.
- Barlett, C.J., Quay, L.C. y Wrightsman, L.S. (1960). A comparison of two methods of attitude measurement: Likert-type and forced choice. *Educational and Psychological Measurement*, 20, 699-704.
- Berryman, J. D. y Neal, W.R. (1985). The cross validation of the Attitudes Toward Mainstreaming Scale. *Educational and Psychological Measurement*, 40, 469-474.
- Chein, I. (1948). Behavioral theory and the behavior of attitudes. *Psychological Review*, 55, 175-188.
- Echagüe, J.I. (1989) El deficiente mental en la familia. *Siglo Cero*, 123, 52-56.
- Fernández Lérida, A.(1990). Unos treinta jóvenes de Miraflores rehacen sus vidas en centros de capacitación laboral (entrevista con Luis Jarana Expósito). *ABC Sevilla*, 17-08-90, pág.38.
- Gan, J., Tymchuck, A.J. y Nishihara, A.(1977). Mildly retarded adults: Their attitudes toward retardation. *Mental Retardation*, 15, 5-9.
- Gómez Miguel, M. y otros. (1987). Problemática de los deficientes mentales institucionales en centros psiquiátricos. *Apuntes de Psicología*, 22, 18-22.
- Harth, R. (1981). Personally relevant and personally irrelevant attitude differences toward educable and trainable retarded children. *Educational and Training of the Mentally Retarded*, 16, 213-216.
- IASAM. (1989). *Actitudes de la población andaluza ante los enfermos mentales*. Sevilla: IASAM.
- Jarana Expósito, L. (1990). *Programa de desinstitucionalización e integración social de la población deficiente mental del Hospital Psiquiátrico de Miraflores*. Sevilla: Excma. Diputación Provincial de Sevilla, (mimeografiado).

- Katz, D. y Stottland, E.A. (1959). A preliminary statement to a theory of attitude structure and change. En S. Koch (Ed.), *Psychology*. Nueva York: McGraw-Hill, (pp.423-475).
- Larrivee, B. y Cook, L. (1979). Mainstreaming: A study of the variables affecting teacher attitude. *Journal of Special Education*, 13, 315-324.
- Likert, R. (1984). Una técnica para medir actitudes. En G.F. Summers (Dir.), *Medición de actitudes*. México: Trillas, (pp.182-191).
- Miles, M. (1988). La deficiencia mental profunda: el último desafío. *Siglo Cero*, 116, 16-27.
- Mittler, P. (1988). La ayuda a las personas con deficiencia mental profunda. *Siglo Cero*, 116, 12-13.
- Newcomb, T. (1959). Individual systems of orientation. En S. Koch (Ed.), *Psychology*. Nueva York: McGraw-Hill, (pp. 384-422).
- Ozamiz, J.A. (1985). *Actitudes hacia las enfermedades mentales en el País Vasco*. Bilbao: Oñati.
- Reynolds, W.M. y Greco, V.T. (1980). The reliability and factorial validity of a scale for measuring teachers' attitudes towards mainstreaming. *Educational and Psychological Measurement*, 40, 463-468.
- Schmelkin, L.P. (1981). Teachers' and no-teachers' attitude toward mainstreaming. *Exceptional Children*, 48, 42-47.
- Sherif, M. y Sherif, C.W. (1969). *Social Psychology*. Nueva York: Harper & Row.
- Thurstone, L. (1929). Theory of attitude measurement. *Psychological Review*, 36, 222-241.
- Verdugo, M.A., Arias, B. y Jenaro, C. (1994). *Actitudes hacia las personas con minusvalía*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.
- Voeltz, L.M. (1980). Children's attitudes toward handicapped peers. *American Journal of Mental Deficiency*, 84, 455-464.
- West, M.A. (1986). El impacto del retardo mental sobre la familia: Implicaciones para la prevención. *Siglo Cero*, 108, 50-56.
- Wetter, J. (1972). Parent attitudes toward learning disabilities. *Exceptional Children*, 38, 490-491.
- Yuker, H.E.; Block, J.R. y Young, J.H. (1975). *The measurement of attitudes toward diseased persons*. Alberston, Nueva York: Human Resources Center.