

Original

Actitud hacia la salud mental y nivel socioeconómico¹

DORINA STEFANI²

Agradecimientos

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

Los objetivos de este estudio son, por una parte, la medición de las actitudes hacia la enfermedad mental de la población en general, es decir de aquellos que no están comprometidos con el área de la salud mental, y, por otra parte, el estudio de la relación existente entre los puntajes obtenidos en la Escala de actitudes hacia la enfermedad mental y las variables sexo, edad y nivel socioeconómico. Para este fin se administró un cuestionario de datos personales y la Escala de actitudes hacia la enfermedad mental construida por la autora a una muestra de 237 sujetos residentes en la Ciudad de Buenos Aires, de ambos sexos, de diferentes edades y que pertenecen a distintos niveles socioeconómicos.

Attitude Towards Mental Illness and Social and Economic Level

The purposes of this study are: 1) measurement of attitudes towards mental illness of the population in general, that is people that is not engaged in the area of Mental Health and 2) study of the relationship between the scores obtained with the Scales of Attitudes towards Mental Illness and the variables age, sex and social and economic level. For that purpose, a sample group of 237 subjects was given a questionnaire with personal data and the Scale of Attitudes towards Mental Illness built by the author. The sample group was formed by inhabitants of Buenos Aires of both sexes, different ages and belonging to levels socially and economically different.

The questionnaire of personal data is made up by 19 questions that search for two kinds of information: 1) demographic variables, such as nationality, sex, age, status and 2) education, occupation and salary of the respondent and of the leader of his familiar group. These three last variables are some of the indicators of the *Indice de Nivel Económico Social* (NES) built by Gino Germani and they were included in this instrument with the purpose of placing the subject inside the social structure.

The Scale of Attitudes towards Mental Illness was built following the technique of successive intervals of Thurstone. This instrument is made up by 59 items that express favourable, unfavourable and neuter opinions towards mental illness. The attitudinal continuum of the Scale oscillates between 1 and 11. These values correspond, respectively, to the unfavourable and to the favourable pole of the attitude towards mental illness, being the neuter attitudes represented by the continuum that oscillates between the 5.50 - 6.50 interval.

If the tested group is described in reference to its attitude towards mental illness, it might be said that the majority of respondents had favourable attitudes, that is that they got a score in the Scale that placed them in the favourable interval of the attitudinal continuum.

1 Trabajo publicado en *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*. 1979; 25(4): 282-287.

2 [1979] Lic. Dorina Stefani. Miembro de la carrera del Investigador Científico del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, en el Centro Interdisciplinario de Investigaciones en Psicología Matemática y Experimental (CIIPME - CONICET). Cangallo [calle actualmente denominada J.D. Perón] 2158, C1040, [Ciudad de] Buenos Aires, Argentina.

In reference to the relationship between the score obtained with the Scale of Attitudes towards Mental Illness and the social and economic level, the results showed that the last one has a significative influence on the scores obtained at a level of 5 %. The subjects characterized by a low level of education and by a socially unreputed occupation, got scores that indicate unfavourable attitudes towards mental illness. At the same time that the level of education is higher, and the activities they perform become more reputed, these subjects are inclined to have more favourable attitudes towards the psychiatric disturb.

Analyzing the variable age it has been observed that this one has not a significative influence at 5 % level on the scores obtained with the Scale of Attitudes towards Mental Illness.

Otherwise, analyzing comparatively the scores obtained by subjects of both sexes, the results showed that there are not significative differences between both scores at the level of 5 %. That is, the sex has not influence on the scores obtained with the Scale of Attitudes towards mental illness.

Finally, if taking into consideration those items of the Scale marked by more than the 60 % of subjects, it is possible to conclude that the majority of the respondents agreed with: "any family loses its reputation for having a mental ill person among its members"; "a mental ill may be loved and appreciated as any other person", "a mental ill may recover from his illness completely", "when a mental ill is discharged from a hospital, it can be expected from him to assume some his responsibilities as a citizen", "the mental ill is able to perform activities socially useful in spite of being mentally disturbed", "the patient of a psychiatric hospital must be kindly treated", "a former mental ill may be as or more responsible than any other person who has never suffered a mental disturb", "it is as possible to be friend of a mental ill as of any other person".

Introducción

Actitud hacia la enfermedad mental. El estudio cualitativo y cuantitativo de las actitudes sociales se ha transformado en las últimas décadas en un tema relevante en la investigación social. Esto se debe a que las actitudes son consideradas actualmente como uno de los determinantes probables del comportamiento social.

En nuestra sociedad existe una serie de fenómenos que ocurren dentro del área de la salud mental, por ejemplo: la enfermedad mental es considerada en forma distinta que una enfermedad orgánica; el paciente psiquiátrico, identificado como portador de una enfermedad mental, se enfrenta con el estigma social; la enfermedad mental recibe una atención diferencial en la política estatal referida al área de la salud en cuanto a la planificación y presupuesto hospitalarios, a la atención profesional y auxiliar, a los edificios y confort hospitalarios, a la satisfacción de las necesidades básicas del paciente psiquiátrico, etc. Frente a esta realidad, el investigador social se pregunta si existen en nuestra sociedad actitudes hacia la enfermedad mental que expliquen estos fenómenos.

Según Thurstone (1937) [11], la actitud es la suma total de las inclinaciones y sentimientos del hombre, prejuicios o desviaciones, nociones preconcebidas, ideas, temores, amenazas y convicciones sobre cualquier tópico específico. Merton (1957) [8] define a la enfermedad mental a través de la «desviación» de la conducta del enfermo mental respecto de las normas y expectativas que rigen la interacción en un grupo social. Las conductas desviadas son respuestas a situaciones culturales que generan altas tensiones y que no proveen oportunidades socialmente legítimas que permitan su reducción.

Una definición tentativa de actitud hacia la enfermedad mental es aquélla que expresa que dicha actitud 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 al trastorno psiquiátrico dentro de un continuo que varía desde una respuesta desfavorable a una netamente favorable.

Clase social. En los aportes hechos por los grandes teóricos de la sociología como Pareto, Marx, Max Weber y la escuela americana de los estructural-funcionalistas no hay acuerdo en cuanto a si la estratificación social debe considerarse basada en el prestigio, poder, valores objetivos y subjetivos de las distintas clases sociales, estilo de vida, conflicto, posesión o no de los medios de producción, importancia de las élites o en una combinación de algunos de estos aspectos. Sin embargo, existe coincidencia en considerar el concepto de clase social como referido a la estratificación de una población en categorías superiores e inferiores.

En los últimos años creció considerablemente el número de autores que realizan un enfoque multidimensional de la estratificación social. Este enfoque fue iniciado por Max Weber en 1920, quien señaló tres dimensiones: posición económica, *status* social y poder social.

En el estudio experimental de algunos fenómenos sociales, el investigador debe operacionalizar el concepto de clase social, construyendo índices de posición social que permitan ubicar

al sujeto en algún estrato de la estructura social. Así, Hollingshead (1957) [5] construyó un índice de posición social basado en dos indicadores: una escala de la ocupación del jefe de familia y una escala referida a la educación formal alcanzada por el jefe del grupo familiar. Gino Germani (1960) [3] construyó el Índice de Nivel Económico Social que es el más frecuentemente utilizado en los estudios sociológicos realizados en Argentina. Este índice consta de cuatro indicadores: nivel educacional, nivel ocupacional, y nivel de ingresos del jefe del grupo familiar y, además, el nivel de vivienda de la familia.

Actitud hacia la enfermedad mental y clase social. Dohrenwend y Chin-Shong (1967) [2], en un estudio referido a las actitudes hacia la enfermedad mental realizado en la ciudad de Nueva York, hallaron que los sujetos de niveles bajos de clase social poseían una marcada intolerancia hacia la conducta desviada. Los respondientes de clase baja, si bien tendían a ignorar la conducta patológica, cuando la reconocían 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.

Estos autores explicaron sus resultados por las condiciones de vida de las clases bajas que limitan la receptividad de los sujetos a las campañas educativas referidas a la salud mental.

Estos resultados contradicen lo hallado por Hollingshead y Redlich (1958) [6] en un estudio hecho sobre la enfermedad mental y la clase social. Estos autores concluyeron que el comportamiento desviado es más tolerado por los niveles más bajos de clase social, aun si la conducta es desaprobada por las normas del grupo. La evidencia que presentaban no se basaba en la naturaleza de las actitudes sino en cómo éstas influían sobre los procesos de derivación psiquiátrica. Esta influencia se manifestaba en que los pacientes de clase baja eran sólo derivados a un tratamiento psiquiátrico por vías policiales y judiciales, es decir, que la tolerancia de estos niveles sociales se manifestaba en la necesidad de una intervención externa para la internación psiquiátrica de los enfermos. Este fenómeno no ocurre en las clases altas, donde los pacientes son derivados por parientes y/o amigos.

Si bien ha habido discrepancias en cuanto a la dirección de la asociación existente entre la actitud hacia la enfermedad mental y la clase social, la mayoría de los, autores que han investigado este tema, coinciden en que existe una asociación negativa entre el nivel de tolerancia y la posición social.

Objetivos. Los propósitos de este trabajo son: 1) la medición de las actitudes hacia la enfermedad mental de la población en general, es decir, de aquellos sujetos que no están comprometidos con el área de salud mental; y 2) el estudio de la relación existente entre los puntajes obtenidos en la Escala de actitudes hacia la enfermedad mental y las variables sexo, edad, y nivel socioeconómico.

Método

Instrumentos

A) Escala de actitudes hacia la enfermedad mental. Con el propósito de medir las actitudes de la población en general respecto del trastorno psiquiátrico se utilizó la Escala de actitudes hacia la enfermedad mental elaborada por la autora (Stefani, 1977) [10]. Este instrumento,

que fue construido siguiendo la técnica de intervalos sucesivos de Thurstone (1937) [11], está integrado por 59 ítems que expresan opiniones desfavorables, neutras y favorables respecto de la enfermedad mental.

El continuo actitudinal de la Escala varía entre 1 y 11. Estos valores corresponden, respectivamente, al polo desfavorable y favorable de la actitud hacia la enfermedad mental, estando representadas las actitudes neutras por los puntos del continuo comprendidos en el intervalo 5.50-6.50.

El puntaje del sujeto en la Escala se obtuvo a través del promedio de los valores escalares de aquellas opiniones con las que el respondiente manifestó estar totalmente de acuerdo. Este valor permite ubicarlo en un punto del continuo desfavorable-favorable de la actitud hacia la enfermedad mental.

B) Cuestionario de datos personales.³ El cuestionario de datos personales está integrado por 19 preguntas que recaban información, por una parte, sobre variables demográficas tales como nacionalidad, sexo, edad, estado civil y, por otra parte, sobre la educación, ocupación e ingresos del respondiente y del jefe de su grupo familiar.⁴ Estas tres últimas variables son algunos de los indicadores del Índice de Nivel Económico Social (NES) construido por Gino Germani (1960) [3] y fueron incluidas en este instrumento con el fin de poder ubicar al individuo en una posición dentro de la estructura social.

El índice de Nivel Económico Social consta de cuatro indicadores: nivel educacional, nivel ocupacional, nivel de ingresos y nivel de vivienda. Este último no fue incluido en el Cuestionario de datos personales debido a que en la escala de nivel de vivienda propuesta por Germani no existe acuerdo respecto de la jerarquización de la misma.

Se entiende por nivel educacional el grado de educación formal alcanzado. El nivel ocupacional se refiere a la jerarquía que posee una ocupación en función de una escala de prestigio ocupacional. El nivel de ingresos está dado por el monto total de ingresos percibidos mensualmente. Este último indicador no se tuvo en cuenta en el cómputo del NES debido a que, en la mayoría de los casos, los ingresos declarados por el respondiente no parecían veraces al relacionarlos con su ocupación.

Los niveles educacional y ocupacional están jerarquizados en forma ascendente en siete categorías.

El puntaje del sujeto en el NES resultó de ponderar el nivel educacional por 2, y el nivel ocupacional por 3, sumar ambos valores y, por último, dividir este resultado por la suma de las ponderaciones, debido a que solamente se usaron dos indicadores. Este puntaje permite ubicar al individuo en uno de los cuatro niveles económicos sociales: NES I = 1-1,99; NES II = 2-3,99; NES III = 4-5,99 y NES IV = 6-7.

³ En el cuestionario de datos personales se utilizó una versión actualizada de las preguntas referidas a la educación y ocupación (Grimson *et al.* 1972 [4]) de la propuesta por Germani en el Índice de Nivel Económico Social.

⁴ Se consideró jefe del grupo familiar a aquella persona definida como tal por los miembros del mismo.

Muestra

El Cuestionario de datos personales y la Escala de actitudes hacia la enfermedad mental fueron administrados a una muestra de tipo intencional integrada por 237 sujetos, residentes en la Ciudad de Buenos Aires, cuyas respuestas eran anónimas.

A) Variables demográficas. Con respecto a las variables sexo, nacionalidad y estado civil, el 54,85 % de los sujetos pertenecían al sexo femenino; el 94,09 % contestaba ser argentino y el 62,02 % declaraba estado civil soltero. Considerando la edad, el 44,30 % de los sujetos oscilaba entre 17 y 24 años y el 32,92 % estaba incluido en el intervalo de 25 a 39 años de edad. Sólo el 2,53 % tenía una edad mayor de 55 años.

B) Educación formal. Sólo el 20,67 % de los sujetos completó el ciclo secundario, el 29,11 % el profesorado u otros estudios superiores y el 39,24 % los estudios universitarios.

C) Ocupación. El 83,54 % de la muestra contestó que desempeñaba algún tipo de trabajo remunerado. El 23,74 % era profesional universitario y sólo el 5,05 % y el 4,55 % era obrero calificado y no calificado.

Técnicas estadísticas aplicadas. Se calcularon las medias aritméticas y desviaciones estándares de los puntajes obtenidos en la Escala de actitudes hacia la enfermedad mental para las variables sexo, edad, educación formal, ocupación y nivel socioeconómico.

Se aplicó la prueba de diferencias de medias para muestras independientes, con el propósito de establecer si existían o no diferencias significativas entre los puntajes obtenidos por los sujetos de sexo masculino y femenino en la Escala de actitudes hacia la enfermedad mental.

Por otra parte, se realizó un análisis de variancia según el modelo Experimento factorial P x Q con frecuencias desiguales en las celdas (Winer, 1971) [12], con el fin de analizar en los puntajes obtenidos en la escala de actitudes hacia la enfermedad mental los efectos debidos a la edad, aquellos debidos al nivel socioeconómico y la interacción entre estos efectos simples.

Para ambas pruebas se fijó un nivel de significación del 5 %.

Conclusiones⁵

Si se describe el grupo entrevistado respecto de sus actitudes hacia la enfermedad mental, se podría decir que la mayoría de los respondientes poseían actitudes favorables, es decir, que obtuvieron puntajes en la escala que los ubicaba en el intervalo favorable del continuo actitudinal.

⁵ Las conclusiones de este estudio se restringen a los sujetos que se entrevistaron y no pretenden una generalización a la población de la ciudad de Buenos Aires, debido, por una parte, al tipo de esquema muestral utilizado para la selección de la muestra y, por otra parte, al tamaño de la misma. La escala de actitudes hacia la enfermedad mental así como las tablas correspondientes a: distribuciones de frecuencias y porcentajes de las variables sexo, edad, nacionalidad, estado civil, educación formal, ocupación y nivel socioeconómico; medias aritméticas y desviaciones estándares de los puntajes obtenidos en la escala de actitudes hacia la enfermedad mental según sexo, edad, educación formal, ocupación y nivel socioeconómico; valor F (edad y nivel socioeconómico); y la figura correspondiente a la curva de los puntajes promedios obtenidos por los sujetos de distinto nivel socioeconómico en la escala de actitudes hacia la enfermedad mental podrán ser consultadas o requeridas a la biblioteca del CIIPME [Tte. Gral. Juan Domingo Perón 2158, C1040AAH, Cdad. Autónoma de Buenos Aires. Correo electrónico: ciipme@conicet.gov.ar Web: www.ciipme-conicet.gov.ar].

Los puntajes obtenidos en la Escala de actitudes hacia la enfermedad mental oscilaban entre 3,74 y 9,12. El 7,59 % obtuvo un puntaje entre 3,74 y 5,49 (actitud desfavorable), el 16,04 % entre 5,50 y 6,50 (actitud neutra) y el 76,37 % entre 6,51 y 9,12 (actitud favorable).

Con respecto a la relación existente entre los puntajes obtenidos en la Escala de actitudes hacia la enfermedad mental y el nivel socioeconómico al que pertenece el sujeto, los resultados indicaron que este último influye significativamente en los puntajes obtenidos en dicha escala, al nivel del 5 % ($F_o = 2,695$). Los sujetos que se caracterizan por tener un bajo nivel educacional y por desempeñar una ocupación de bajo prestigio social obtuvieron en la Escala puntajes que indican actitudes desfavorables hacia la enfermedad mental. A medida que los respondientes logran niveles más altos de educación y desempeñan ocupaciones de mayor prestigio, tienden a poseer actitudes más favorables hacia el trastorno psiquiátrico. Estos resultados concuerdan con lo hallado por Dohrenwend y Chin-Shong (1967) [2] en el estudio antes mencionado, correspondiente a las actitudes hacia la enfermedad mental en una muestra de la ciudad de Nueva York.

Al analizar la variable edad se observó que ésta no influye significativamente al nivel del 5 % en los puntajes obtenidos en la Escala de actitudes hacia la enfermedad mental ($F_o = 1,222$). Este resultado difiere de lo hallado por Nunnally (1957) [9] y Clark y Binks (1966) [1], quienes concluyen que existen diferencias según edad en los *clusters* de opiniones sobre la enfermedad mental y en la ideología subyacente a la custodia autoritaria del paciente mental, respectivamente. Una posible explicación de esta discrepancia puede basarse en que, en este estudio, se entrevistó un número escaso de sujetos (2,53 %) de más de 55 años de edad.

En el análisis de la interacción de los efectos simples (edad y nivel socioeconómico) el valor F obtenido no resultó significativo al nivel del 5 % ($F_o = 0,579$).

Por otra parte, al realizar un análisis comparativo entre los puntajes obtenidos en la Escala, por sujetos de sexo masculino y femenino, los resultados indicaron que no existen diferencias significativas entre ambos puntajes, al nivel del 5 %. Es decir, que el sexo no influye en los puntajes obtenidos en la Escala de actitudes hacia la enfermedad mental. Este resultado concuerda con lo hallado por León y Micklin (1971) [7], en un estudio referente a las opiniones comunitarias sobre la enfermedad mental y su tratamiento, realizado en Cali, Colombia.

Por último, si se consideran aquellos ítems de la Escala de actitudes hacia la enfermedad mental, que fueron marcados por más del 60 % de los sujetos, se puede concluir que la mayoría de los respondientes estuvo de acuerdo en considerar que: «de ningún modo una familia se desprestigia por tener un enfermo mental entre ellos», «un enfermo mental es alguien a quien se puede querer y apreciar como a cualquier otra persona», «es posible que un enfermo mental se cure totalmente», «cuando un enfermo mental es dado de alta en un hospital psiquiátrico, se puede esperar de él que asuma alguna de sus responsabilidades como ciudadano», «los pacientes psiquiátricos son capaces de realizar tareas útiles para la sociedad, aunque estén mentalmente muy enfermos», «en un hospital psiquiátrico el paciente requiere un trato benévolos y comprensivo», «un ex paciente mental puede ser tanto o más responsable que cualquier otra persona que no haya padecido ninguna enfermedad mental», «podría ser amigo de un ex paciente mental como de cualquier otra persona».

Referencias

1. Clark AW, Binks NM. Relation of age and education to attitudes toward mental illness. *Psychol Rep.* 1966; 19(2):649-50. PMID: 5912838 DOI: 10.2466/pr0.1966.19.2.649
2. Dohrenwend EP, Chin Shong FC. Social status and attitudes toward psychological disorder: the problem of tolerance of deviance. *Am Sociol Rev.* 1967;32(3):417-33. PMID: 6046813
3. Germani G. Clase social y movilidad social en la Argentina. Buenos Aires: Instituto de Sociología de la Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires; 1960. Publicación interna No. 60
4. Grimson WR et al. Investigaciones epidemiológicas de entidades psiquiátricas. Bol Oficina Sanit Panam. 1972; 79:572-85. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/10873/v73n6p572.pdf?sequence=1>
5. Hollingshead AG. Two Factor Index of Social Position. Universidad de Yale, Departamento de Sociología, 1957 (mimeografiado).
6. Hollingshead AG, Redlich FC. Social Class and Mental Illness. New York: Wiley; 1958.
7. Leon CA, Micklin M. Opiniones y comentarios sobre la enfermedad mental y su tratamiento en Cali Colombia. *Acta Psiquiátr Psicol Am Lat.* 1971;17:385-95.
8. Merton RK. Social Theory and Social Structure. New York: The Free Press of Glencoe; 1957.
9. Nunnally J. The communication of mental health information: a comparison of the opinions of experts and public with mass media presentations. *Behav Sci.* 1957;2(3):222-30. DOI: 10.1002/BS.3830020305
10. Stefani D. Escala de actitudes hacia la enfermedad mental. *Acta Psiquiátr Psicol Am Lat.* 1977;23:202-7.
11. Thurstone LL. The Measurement of Attitudes: A Psychological Method and Some Experiments with a Scale for Measuring Attitude Towards the Church. Chicago: The University Chicago Press; 1937.
12. Winer BJ. Statistical Principles in Experimental Design. 2nd. Ed. New York: McGraw-Hill; 1971.