

OPINIONES Y ACTITUDES SOBRE LA ENFERMEDAD MENTAL EN AVILA Y LA LOCURA EN EL REFRANERO

Pedro Domínguez González
Carmen Muñoz Martín



DIPUTACION PROVINCIAL DE AVILA
INSTITUCION GRAN DUQUE DE ALBA



Institucion Gran Duque de Alba

CPV 616.29:398.94(460-189)

INVESTIGACIONES Y AGRUPACIONES
SOBRE LA
ENFERMEDAD MALARIA
EN ALBA
MANUEL GARCIA PELAEZ



Institución Gran Duque de Alba



OPINIONES Y ACTITUDES SOBRE LA ENFERMEDAD MENTAL EN AVILA

**y
LA LOCURA EN EL REFRANERO**

**PEDRO DOMINGUEZ GONZALEZ
CARMEN MUÑOZ MARTIN**

AVILA 1990



Depósito legal: Av. 51-1991
ISBN: 84-86930-41-3
Imprime: Diario de Avila, S. A.
Carretera a Valladolid, km 0,800
05004 AVILA

Dedicamos este trabajo a quienes nos estimularon por los caminos de la investigación, y muy especialmente a todas las personas anónimas, trabajadores del Hospital y compañeros médicos de Avila, que con sus sinceras respuestas lo han hecho posible.



Institución Oficial de Investigación
y Documentación Histórica

INDICE

1. INTRODUCCION	9
1.1.— <i>Introducción</i>	11
1.2.— <i>La población de Avila.....</i>	14
2. SOCIOLOGIA Y PSIQUIATRIA.....	17
3. METODOLOGIA	25
3.1.— <i>Metodología sociológica.....</i>	27
3.2.— <i>Metodología específica.....</i>	37
3.3.— <i>Resumen: fichas técnicas.....</i>	53
4. ANALISIS DE RESULTADOS Y DISCUSION.....	57
4.1.— <i>Análisis de resultados y discusión del Q.A.....</i>	59
4.1.1. <i>Características generales de la población encuestada.....</i>	59
4.1.2. <i>Lugar de nacimiento.....</i>	61
4.1.3. <i>Nivel académico y situación profesional.....</i>	62
4.1.4. <i>La relación con la enfermedad mental, tres cuestiones introductorias</i>	72
4.1.5. <i>Grado de acuerdo o desacuerdo.....</i>	82
4.1.6. <i>Sentimientos, forma y lugar de tratamiento.....</i>	134
4.2.— <i>Análisis de resultados y discusión del Q.B.....</i>	142
4.2.1. <i>Sexo</i>	142
4.2.2. <i>Edad</i>	142
4.2.3. <i>Antigüedad en el trabajo.....</i>	142
4.2.4. <i>Grado de acuerdo o desacuerdo.....</i>	143
4.2.5. <i>Sentimientos, forma y lugar de tratamiento.....</i>	163
4.3.— <i>Análisis de resultados y discusión del Q.C.....</i>	169
4.3.1. <i>Datos personales.....</i>	169
4.3.2. <i>El médico abulense y el enfermo mental.....</i>	171
4.3.3. <i>El médico abulense y la ley de reforma psiquiátrica.....</i>	175
4.3.4. <i>Docencia</i>	188

5. RESUMEN DE RESULTADOS Y REPRESENTACION GRAFICA	191
5.1.—Resumen de resultados y representación gráfica del Q.A.....	193
5.2.—Resumen de resultados y representación gráfica del Q.B.....	213
5.3.—Resumen de resultados y representación gráfica del Q.C.....	237
6. PERSPECTIVAS	251
7. CONCLUSIONES FINALES.....	257
8. APENDICE.....	261
8.1.—Modelo de cuestionarios.....	263
8.2.—Textos motivadores.....	279
8.3.—Tablas.....	281
8.3.1. Tablas del Q.A.....	281
8.3.2. Tablas del Q.B.....	333
8.3.3. Tablas del Q.C.....	344
9. LA LOCURA EN EL REFRANERO.....	351
(<i>Recopilación de refranes relativos a la locura</i>).	
10. BIBLIOGRAFIA.....	381

1. INTRODUCCION

El desarrollo de las tecnologías de la información y la comunicación ha permitido el crecimiento del número de aplicaciones en la vida cotidiana. La aplicación más conocida es el teléfono móvil, que ha cambiado la forma de comunicarnos. Los sistemas de transporte público, como los trenes y los autobuses, también han adoptado tecnologías de información para mejorar la eficiencia y la seguridad. Los sistemas de control de tráfico y los sistemas de información para los pasajeros son ejemplos de ello. Los sistemas de control de tráfico utilizan sensores y cámaras para monitorear el tráfico en tiempo real y enviar información a los semáforos para optimizar la fluidez del tráfico. Los sistemas de información para los pasajeros proporcionan información sobre los horarios de los servicios, los precios y las rutas para facilitar la planificación del viaje. Estas tecnologías han transformado la forma en que nos movemos y nos comunicamos, mejorando la calidad de vida y la eficiencia.

1.1. INTRODUCCION

Al plantearnos un tema de investigación reflexionamos sobre el momento en el que la psiquiatría del país y nosotros mismos estábamos. Por un lado la aparición del modelo comunitario que nos lleva a pensar en cambios y su aceptación social. Como ya en 1971 apuntaba Ledesma a propósito del problema de la subnormalidad, la sociedad debe tener un exacto conocimiento del problema y debe adoptar una actitud adecuada por ser decisiva la colaboración de la sociedad en la rehabilitación (en nuestro caso del enfermo mental) y en la fase de reintegración social del mismo.

De poco serviría que autoridades sanitarias y técnicos se empeñaran en una tarea si ésta no es asumida por la sociedad a quien se pretende implicar. La idea genérica “devolver al enfermo a la comunidad” es difícil de implantar de espaldas a la propia comunidad.

Por otro, a nivel personal, después de años de experiencia en el campo de la salud mental llegamos a hacer nuestra una concepción del hombre enfermo como ente psicosomático implantado en una realidad concreta en un momento dado.

De esta forma de entender la enfermedad mental se derivaría nuestra forma de enfocar la etiología: un aspecto somático-biológico sujeto a todo tipo de avatares genéticos, alteraciones enzimáticas, desbalances en el metabolismo entre diversas sustancias, influencia de neuromediadores y neuromoduladores, alteraciones morfológicas, etcétera.

Inseparable de éste, un aspecto psíquico sometido a una unión indisoluble con el anterior y que, sin embargo, serviría para hacernos notar otras influencias, las del mundo infantil y la familia, las del aprendizaje, las emociones y fantasías, la integración, etcétera.

El tercer aspecto sería el medio, el hombre como ser en relación con la circunstancia de Ortega, la concepción de la realidad psíquica como diálogo entre el individuo y el mundo en el que vive y con el que se relaciona en un tiempo concreto, con un sistema propio de valores y creencias que comporta un horizonte cultural, entendiendo por cultura la mejor forma de adaptación del hombre al mundo por lo que nos parece una variable de gran relevancia.

Se ha dado en llamar a nuestra materia una ciencia de encrucijada entre la Biología o la Medicina, la Psicología, la Sociología, la Antropología, la Filosofía, etc.

Hemos elegido el enfoque sociológico para medir lo social que es precisamente, lo que deseamos conocer.

El objeto de nuestro estudio nos parece el más complejo posible, el hombre enfermo por ser hombre, lo esencial del ser hombre (sus vivencias, sus emociones, sus ilusiones y su patología más genuina). Como dice López-Ibor Aliño (1975): "Sólo el hombre es capaz de enloquecer". Nuestra circunstancia inmediata es una pequeña ciudad que por su propio nombre trae a la memoria figuras de la categoría de Teresa de Jesús o Juan de la Cruz.

Es la nuestra una ciudad peculiar desde el punto de vista del psico-sociólogo: pequeña, conservadora religiosa, de población envejecida y hábitos mal llamados provincianos, la tertulia, el paseo, el casino, que parece más firmemente conectada con el siglo XIX que proyectada al XXI.

Es una ciudad amurallada que inevitablemente por deformación profesional quizá, se traduce a nuestro lenguaje como defendida con el sentido que tiene para el psiquiatra dicho término más que por la mera estructura militar de baluarte.

Todo esto nos hacía pensar por haber tenido el honor de nacer en esta tierra, que sería preciso conocer de una forma científica la predisposición con la que nuestras gentes ven al objeto de nuestro estudio "el hombre enfermo de la mente" y saber qué opina, qué información tiene, de dónde proviene esa información, etcétera.

A medida que vamos avanzando en nuestro estudio, aparece el informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica, que perfila de forma más clara la línea de la Psiquiatría Comunitaria, y la ley de Sanidad acabando con la discriminación secular al menos sobre el papel a la que han estado sometidos nuestros enfermos, lo que nos hace orientar el tema para conocer con la agilidad de las técnicas sociológicas la opinión sobre los cambios de los técnicos más directamente afectados, los médicos de la provincia.

Hay un acontecimiento que incide sobre lo que era la organización de la salud mental en nuestra ciudad y provincia de forma decisiva: la apertura del Hospital Psiquiátrico "Infantas Elena y Cristina" dependiente de la Diputación Provincial de Avila, el día 15 de febrero de 1982. Previamente, sólo existía una Unidad de Psiquiatría de reducidas dimensiones en el Hospital Provincial, dependiente asimismo de la Diputación y de aquí se trasladaban los enfermos a diversos centros. Palencia, Madrid (Ciempozuelos), Mérida, Salamanca, Arévalo, eran los destinos más habituales de esta diáspora forzosa.

La apertura del nuevo hospital supone un acercarse la población al mundo de la mente aunque sólo fuese por el impacto laboral y el retorno progresivo a la ciudad de los enfermos que estaban fuera de la provincia.

Pensar en una investigación en Psiquiatría, después de desarrollar nuestro trabajo durante los últimos cuatro años al lado de estos pacientes nos planteaba interrogantes derivados de la experiencia cotidiana: ¿Por qué las familias y amigos no visitan con la frecuencia que sería de desear, saivando honrosas excepciones, a nuestros pacientes? Ni aun en un centro moderno, abierto y desde un punto de vista arquitectónico, agradable (se concibió el hospital en pabellones horizontales, con unidades separadas confluyendo en zonas ajardinadas y pequeñas plazas con la idea de que recordase a un pueblo).

¿Por qué rechaza esta comunidad su presencia en ella de los enfermos mentales? En ocasiones se han negado a alquilar pisos cuando sabían que iban a vivir en ellos nuestros pacientes.

Aparte de los temores ancestrales frente a la locura debe haber otras razones. Quizá desconocimiento, prejuicios, miedo, mala información.

Estas reflexiones nos animaron a estudiar de una forma científica las opiniones y actitudes que considerábamos fundamentales conocer para cumplir nuestro cometido de reinsertar en todos los casos posibles a nuestros pacientes en la comunidad de la que partieron.

Como decíamos antes, Avila es una provincia con un gran componente rural, con una forma de vida más basada en la agricultura y ganadería que en la industria. En una población de estas características creemos que la comunicación oral de conversaciones al calor de la lumbre o de la mesa camilla con faldillas que cubren a toda la familia para evitar que se pierda el calor del brasero puede haber jugado un papel primordial y la cultura popular, la sabia cultura popular, se ha expresado a través de unas máximas indiscutidas e indiscutibles, compendio de siglos de leyenda y experiencias, nos referimos a los refranes como expresión de la tradición oral.

Esta idea nos hizo pensar en introducir en los cuestionarios dichos refranes y analizar el contenido de los más usuales para incluirlos ordenando su sentido, en un apéndice final.

Es cierto que los hay casi para todos los gustos y que no nacen de una información vigente y actualizada poco tienen que ver con nuestra forma de concebir la ciencia, pero están tan enraizados en la tierra y en la vida de nuestros paisanos como los robles y las encinas de nuestros campos.

La ciencia es también en nuestro caso conocer lo que está dentro del corazón aunque no sea una verificación sistemática y organizada de conocimientos. En nuestro medio se llama a nivel popular al enfermar la mente “remontarse”, “transcordarse”, “con la cabeza llena de pájaros”, “grillarse” o “estar chinado”. Es curioso que parece que hay una idea de elevación subyacente en algunas formas de llamar a la enfermedad mental, mientras que en otras podría estar debajo, desde el ruido estridente de los grillos (alucinaciones auditivas) o tener chinas en la cabeza, lo que nos recuerda que se creyó en tiempos que la enfermedad mental consistía en la existencia de una piedra dentro del cráneo que nuestros antepasados intentaban con demasiada frecuencia, para desgracia de los pacientes, extirpar, como podemos ver en el admirable cuadro del Museo del Prado “El cirujano haciendo la extracción, de la piedra” de Juan Sanders Van Hemsen.

También se utilizan los términos “estar ido” (más allá de), “vesánico” (del latín “vesanía”, furia, locura), “lunático” (haciendo referencia a la posible influencia de la luna), “orate” (del griego ὅρατης, el que ve) o el más próximo a nosotros), “estar pasado”, con múltiples acepciones en relación con la jerga juvenil y la droga.

Pensamos que la imagen que la locura ofrece es ambigua por estar escondido en el sentido de estos términos más allá de, o por encima de, una ambivalencia con un sentido de respeto y valoración y otro de temor, en el que el miedo al más allá, o al por encima de o al que ve más que los demás, influye en la actitud hacia nuestros pacientes y hacia nosotros mismos. Algunos colegas nos comentan que omiten el de-

cir cuál es su especialidad a nuevas amistades por la incomodidad que despierta el hecho de que se sepa que son psiquiatras a los demás, que les hace colocarle en una actitud de sospecha, de ser estudiados o analizados.

En nuestra comunidad, entendiendo como tal, la sociedad en función de su situación geográfica, se dan más, las características de lo que Robert Redfield en "The Folk Society" llama sociedad comunal, en la que el comportamiento está regulado en gran parte por la costumbre, la acción discurre a lo largo de cauces convencionales y que en resumen sería una sociedad tradicional en la cual el cambio transcurre con lentitud, a veces con tanta que apenas si parece tener lugar, que las de una sociedad industrial con carácter asociacional en la que los lazos emocionales son menores y las relaciones sociales tienden a ser transitorias, superficiales e impersonales, donde las costumbres se han debilitado y la ley ha ocupado su lugar siendo pocas las creencias, valores y patrones de conducta universalmente aceptados.

Si bien como en todo modelo teórico la división es artificiosa, es suficientemente explicativa como para que la tengamos presente, sabiendo de antemano que partimos de una situación mixta con un porcentaje determinado de participación de cada modelo, pero que en el caso que nos ocupa pensamos que se acerca bastante más al primer tipo, al comunal, que al segundo, asociacional, aunque, lógicamente, en la realidad participe de ambos.

Añadiríamos que en general hoy, para muchas personas, la idea de enfermedad mental en ellos mismos o en sus familiares despierta sentimientos de temor y vergüenza hasta un extremo claramente irracional. Es algo que constatamos en el trabajo diario donde vemos situaciones de ocultamiento del enfermo, de rechazo del mismo, de mentiras que en el fondo revelan un temor ancestral y arquetípico a lo desconocido, removiendo el trasfondo mágico-religioso con el que aún hoy se concibe por muchas personas a los trastornos de la mente, convirtiendo a la enfermedad en algo vergonzante y al médico en un mago de forma que poco podemos hacer para explicar con nuestros conocimientos científicos en la mano lo que sabemos, que quizás no sea todo, pero sí lo suficiente como para desprender a la enfermedad mental de sus características más irrationales y señalar con López-Ibor Aliño que la Psiquiatría se ha convertido en una necesidad social más y en una exigencia de la medicina.

1.2. LA POBLACION DE AVILA

El trabajo que presentamos tiene su expresión en la población de Avila. Quizá la acepción sociológica de la palabra sea un tanto fría: población como colectividad finita, delimitada en el espacio y en el tiempo. O bien como el conjunto total de casos a quienes afecta el problema que se estudia. A pesar de la precisión científica que encierran estos conceptos, a la hora de mostrar sobre quién se realiza el estudio. Avila no puede ser para nosotros una población cualquiera. Por el contrario creamos que merece una breve reseña histórico-económica y una explicitación de su dinámica para poder entender la base de asentamiento del estudio.

Desde este primer punto de vista histórico es nuestra provincia asentamiento de población desde el siglo VII antes de Cristo como atestiguan algunos restos e indicadores de presencia de vaceos y wetones. En el Museo Provincial de la ciudad existen datos estratigráficos desde el siglo IV antes de nuestra era, lo que hace suponer que ya desde entonces fuera un núcleo de población.

Hay que señalar que las ocupaciones predominantes de estos pueblos eran de índole agrícola y ganadero siguiendo en ese sentido las mismas pautas hasta 1981 en que por primera vez el sector servicios es superior al agrícola como podemos ver en el cuadro que se adjunta.

Siguiendo la dinámica histórica de la población hay que hacer notar que la población provincial era superior a la actual durante los siglos XV y XVI, época de mayor esplendor (183.140 almas en 1594 frente a 178.997 en 1981).

ESTRUCTURA DE LA POBLACION ACTIVA DE AVILA (% S/ LA POBLACION ACTIVA TOTAL)

Población activa (%)	1955	1964	1975	1981
Agricultura	72,3	66,0	50,4	36,6
Industria	8,3	9,5	8,6	11,1
Construcción	3,5	4,8	11,5	14,2
Servicios	15,9	19,7	29,5	38,1
<i>Tasa de paro</i>				
(% s/ población activa)	0,2	0,3	4,5	7,9
<i>Tasa de actividad</i>				
(% de población activa s/ población total) .	42,0	40,1	35,6	27,8
<i>Empleos (%)</i>				
Asalariados	36,5	35,2	49,5	56,9
No asalariados	63,5	64,8	50,5	43,1

Fuente: Estimación de la renta provincial del Banco de Bilbao.

La población del siglo XVI se va perdiendo progresivamente y a partir de 1850 se emprende una recuperación lenta hasta 1950 donde encontramos un censo de 251.030 personas, que paulatinamente ha ido descendiendo hasta las cifras actuales que antes hemos citado.

Desde el punto de vista económico la agricultura era el sector productivo que aportaba, en 1955, casi la mitad del producto provincial. Sin embargo en 1981 no llega a constituir una quinta parte, siendo el sector servicios el que sigue una evolución

ascendente. La industria permanece estable y las cifras actuales no son muy distintas de las de 1955, como señala Fuentes Quintana en su obra *Estructura Socioeconómica de la provincia de Ávila*.

En la actualidad, Ávila junto con Zamora y Soria forman el grupo más deprimido de Castilla-León, con un nivel elevado de agrarización unido a una industrialización muy débil. Esto conlleva a una pérdida progresiva de empleo excedentario del agro que el resto de los sectores no pueden ocupar y que como consecuencia se ve destinado a la emigración o a la inmigración, fenómenos que tendrán una repercusión psíquica ya conocida con la aparición de los trastornos propios de anomia, desarraigamiento, aislamiento social y cultural, el aumento, en fin, de la patología mental que se deriva de esta situación.

No podemos olvidar el montante de angustia que cualquier cambio produce y, por tanto, también en estos casos. Generalmente, procedentes del campo, unos individuos, pocas veces familias enteras, tienen que desplazarse a lugares en los que no son nadie. No son el hijo de tal o cual como se los conocía en su pueblo originario. Se trata de un lugar donde no conocen las costumbres y en ocasiones, ni el idioma, ocupando, por tanto, los lugares más bajos en la escala social y dedicándose a las tareas menos cualificadas.

Numéricamente entre 1970 y 1981 Ávila perdió 31.856 personas como consecuencia de la emigración. Casi la población de la propia capital.

En este mismo período la población envejeció. Tenía más de 65 años en 1970, un 12,60 por ciento; esta cifra se elevó en 1981 hasta constituir un 14,13 por ciento, lo que está muy por encima de la media regional (12,77 por ciento) y de la nacional, aún más baja (9,60 por ciento). Ávila se convierte en una provincia de ancianos y en una ciudad para morir, pero no para vivir porque la destrucción de empleos entre 1976 y 1981 ha sido del 6,16 por ciento anual acumulativo según datos de la Encuesta de población activa en el texto que venimos siguiendo.

Resumiendo nos encontramos con una población en regresión con un alto índice de envejecimiento con fuertes contingentes migratorios en una economía con un gran componente agrícola todavía y con escasa industrialización y un aumento del sector servicios.

Hay que señalar, además, que la propia geografía provincial variadísima con alturas sobre el nivel del mar que oscilan entre los 400 y los 2.592 metros con el macizo de Gredos en medio, hace especialmente difícil la homogeneidad de culturas, lenguas y mentalidades.

Hay que reconocer que un paciente del sur de la provincia que habla casi como un extremeño y vive en la Andalucía de Ávila, no tiene mucho en común con otro de la Sierra o de la Moraña. Por tanto, sus actitudes y opiniones respecto a la enfermedad mental pueden variar, aunque pensamos que no de un modo significativo, según su comunidad de origen.

Esperemos, no obstante, que, como dice el adagio popular, en Ávila siga saliendo todos los días el sol y se produzca una recuperación provincial.



2. SOCIOLOGIA Y PSIQUIATRIA

SOCIOLOGIA Y PSIQUIATRIA

Entendemos que siendo dos enfoques distintos son dos ciencias condenadas a entenderse, a prestarse mutuo auxilio para beneficio de ambas como modestamente trataremos de demostrar con nuestro estudio. Especialmente si tratamos de aprehender un fenómeno que asentado en el individuo, tiene sus raíces bien afirmadas en lo social, ya que el hombre no vive sólo, sino rodeado de otros hombres; nace y se desarrolla dentro de un sistema social, la familia, con gran influencia sobre él y que en gran parte condiciona las formas de tratamiento y asistencia a la patología de la psiquis.

Recordemos que en nuestro país, por influencia árabe, se crean los primeros establecimientos para estudiar estas dolencias y con un trato más humanitario de lo que cabría esperar para la época.

"En todas las sociedades hay individuos cuyos sentimientos, pensamientos, juicios y conductas difieren notablemente de las normas aceptadas. En la mayoría de las culturas, el criterio de trastorno mental grave o psicosis, es la incapacidad del individuo para aprehender la realidad, tal y como la sociedad la entiende. Aunque puede haber acuerdo en cuanto a la presencia de desorden mental, la explicación de este desorden y los métodos empleados para tratar a tales individuos varían considerablemente y dependen de las opiniones vigentes sobre la causalidad, y de la estructura de la sociedad en cuestión" (Rosen, 1974).

O bien, como apunta Wallace, abundando más en esta misma idea de lo patológico: lo que se reconoce como tal en la conducta es un consenso en la sociedad.

Pero lógicamente, el consenso está condicionado por los autores históricos de la comunidad en que se produce, por lo que puede diferir de una a otra cultura. Y no sólo eso, sino que la influencia de la época que nos ha tocado vivir va a ser un condicionante de la forma de presentación de la enfermedad. La particular patoplastia de los cuadros clínicos los hace modificarse de forma que pocas veces veremos hoy la gran crisis de Charcot y muchas veces otras formas de manifestación histérica, cambiando lo que Ruiz Ruiz llamaría la imagen de la locura.

La transformación paulatina que va sufriendo el hombre como ser social no puede dejar de verse reflejada en su enfermar y en este momento de especial vocación

por la psiquiatría comunitaria se produce una fusión más intensa entre las dos ciencias al tratar de entender al hombre en su perimundo social y tratarlo dentro del mismo. Por tanto se nos hace preciso recurrir a la metodología socio-psiquiátrica para, en una pretensión científica, cualificar estos fenómenos.

Desde el campo de los tratamientos a partir de Maxwell Jones con sus comunidades terapéuticas, han proliferado instituciones preconizando estos enfoques sociales. Han sido utilizadas pequeñas unidades semiautónomas con mejores relaciones entre pacientes, equipos terapéuticos y familia, haciendo al paciente partícipe activo de su propio proceso de cura y del de sus compañeros. No podemos olvidar la expansión creciente de las técnicas terapéuticas que abordan al individuo como elemento de un grupo, bien sean las terapias de pareja, como grupo más elemental, bien sean de familia o de grupo propiamente dicho, con todas sus posibles orientaciones y niveles diversos de pretendido cambio. Técnicas que por diversas razones se van imponiendo algunas de tipo económico, otras de tipo pragmático, posibilidad de tratar más pacientes simultáneamente, etcétera.

Quizá las expresiones más complejas serían el tratamiento en comunidad terapéutica, en terapia institucional y la psiquiatría comunitaria.

En una conversación que mantuvimos con un colega alemán, recientemente, nos comentaba la incidencia de los cuadros que suponían aislamiento e incomunicación en su medio de trabajo como causas puras de enfermedad. Parece que el hombre no es capaz de tolerar sin serias consecuencias —salvo en situaciones excepcionales— la falta de contacto con sus semejantes. Pero sin recurrir a la patología, quién no se ha sentido mejor después de abrir su corazón a un amigo en un momento difícil o compartir una preocupación. El hombre es un ser capaz de identificarse con los demás a través de sus instrumentos de comunicación y de obtener beneficios de ella. Quizá esto sea la herencia de la asociación de cazadores tan primitiva y necesaria para sobrevivir o del reparto de tareas y oficios de nuestros antepasados.

Si aceptamos con Godthorpe que la Sociología es el análisis científico del comportamiento social humano, la necesidad de la metodología sociológica en el estudio de la enfermedad mental viene dado por el propio marco en el que se produce la patología mental.

Tanto la Psiquiatría como la Sociología tienen en común, desde nuestro punto de vista, la complejidad de los fenómenos que estudian y el hecho de utilizar métodos procedentes de las ciencias propiamente dichas y de las ciencias del hombre.

Se ha llegado a decir que “el concepto de Salud Mental no es un concepto científico, sino un juicio de valor” (Eaton y Weil, 1955) y, por tanto, las posibilidades de hacer prevención son escasas dada la multiplicidad etiológica y la falta de mensurabilidad científica.

Algunos autores propugnan que no debe ser el psiquiatra quien se ocupe de la higiene mental de la comunidad, sino otros profesionales como los sociólogos, por ejemplo, mientras que otros mantienen que por la capacidad de abarcar el mayor número posible de variables implicadas y conocimientos de las mismas, debe ser el jefe del equipo multidisciplinario o, si no se quiere incidir en el término tan jerárquico, el coordinador de los mismos. Nos viene a la memoria la frase de un paciente que decía: “Sois los tuertos en el país de los ciegos”.

En nuestra opinión el tratamiento de las múltiples variables que se dan en la enfermedad mental excede la capacidad de un solo individuo y de una sola ciencia y como ya publicábamos hace años en un artículo sobre alcoholismo y drogadicción en la revista de la *Sociedad Española de Psicoterapia Analítica* (Domínguez González, 1977), debe ser un equipo y multidisciplinario. De nuevo lo social se plantea desde la óptica en este caso del abordaje terapéutico.

Consideramos con Pérez Díaz (1980), que un trabajo es sociológico cuando se compromete a la solución de problema que surgen de la consideración de las relaciones sociales, por lo que consideramos que permanentemente estamos en ese territorio y más si pretendemos estudiar conceptos como actitudes, opiniones y sentimientos.

En nuestro caso es quizá útil distinguir entre varios conceptos similares, pero no sinónimos, y enunciados limítrofes de estas ciencias. Vamos a recordarlos.

PSIQUIATRIA SOCIAL.—Según Martí-Tusquets, la psiquiatría social “estudia el lugar y el papel de los factores socioculturales en la etiología, la patogenia y la terapéutica de las enfermedades mentales. Encontrando su base de sustentación científica en la psicología social experimental y en el análisis dialéctico de los procesos de la interacción e interexperiencia de la persona humana en sus grupos de referencia” (Martí-Tusquets, 1976).

Mucho antes, Krout daba como objeto de la Psiquiatría Social “El papel de descubrir y controlar las causas de las enfermedades mentales” (Krout, 1933). Opler, por su parte, la define como “el estudio de la etiología y la dinámica de las relaciones de las enfermedades mentales vistas en su entorno social y cultural” (Opler, 1956).

Bastide (1978) sugiere reservar el nombre de Psiquiatría Social a la ciencia del comportamiento social mórbido de los individuos afectados de trastornos mentales. Aquí ya se introduce el concepto de conducta mórbida, patológica, “estudio de colectividades mórbidas”, “estudio del comportamiento social de los enfermos mentales” o, incluso, “estudio de las enfermedades de la sociedad”.

En todos estos intentos de definición subyace la idea de que el medio incide en la *psique* y en el *soma*, intentándose descubrir el papel que los factores sociales cumplen en la etiología de las enfermedades mentales, su influencia en las alteraciones del comportamiento.

De todos modos, las bases de la Psiquiatría Social hay que buscarlas en Compte cuando reduce el papel de los médicos al de veterinarios del cuerpo humano, cuando el hombre era a la vez un ser biológico y un ser social.

PSIQUIATRIA SOCIOLOGICA.—Como prefiere llamar Alonso Fernández al entender que toda la Psiquiatría tiene un sentido eminentemente social. Este autor, critica a Bastide, para el que la Psiquiatría Sociológica no sería ni medicina ni psiquiatría, sino Sociología.

SOCIATRIA.—Sería una sociología reducida a psiquiatría, poniendo a su vez, un límite de acción a la psiquiatría. Sin embargo, la psiquiatría de la comunidad entraría dentro de la psiquiatría sociológica.

Sería aquella psiquiatría que trata, sobre todo, de aplicar al enfermo psíquico visto en su contexto social, los instrumentos y métodos de la moderna sociología. Por tanto, la psiquiatría sociológica surge del entronque de la psiquiatría y de la sociología, participando de ambas metodologías y de los objetos de estudio de ambas, pero siempre incrustado en la psiquiatría de la comunidad.

PSIQUIATRIA SOCIALIZADA.—Su esencia sería según Alonso Fernández (1974), el hacer llegar la misma psiquiatría con los mismos instrumentos humanos y los mismos recursos técnicos a todas las clases sociales.

SOCIOLOGIA DE LA ENFERMEDAD MENTAL.—También llamada por su autor, Bastide, Sociología Psiquiátrica. Se interesa esta ciencia por las colectividades y los grupos, siendo una rama aparte de la Sociología Médica. Este autor acepta el término de Sociología Psiquiátrica Aplicada.

SOCIOANALISIS.—O Sociología Psiquiátrica de Elliot. Sería las técnicas aplicadas de higiene mental de asistencia psiquiátrica y de formación de asistentes sociales. Sería, por tanto, una Sociología Aplicada.

PSICOLOGIA SOCIAL.—Sería la ciencia que estudia el comportamiento del ser humano en los diversos grupos en que se encuentra (Martí-Tusquets, 1976).

SOCIOMETRIA.—Según José Luis Moreno es la ciencia que se dedica a investigar y medir las relaciones interhumanas en los grupos y las sociedades. Hace énfasis en el estudio de las formas de sociabilidad.

SOCIOLOGIA.—Estudio sistemático de la organización social y la vida grupal.

SOCIOTERAPIA.—Es un concepto que gira entorno a la idea central de que el paciente debe adaptarse a una sociedad lo más parecida posible a la externa.

PREJUICIO.—Quizá sea este concepto el que nos va a aportar una información especial debido a que frente a la enfermedad y los enfermos mentales lo que probablemente más abunda son precisamente los prejuicios.

Podemos definir el prejuicio, con Elliot Aronson (1972) como “una actitud hostil y negativa frente a un grupo distingible basada en generalizaciones derivadas de información imperfecta o incompleta”.

Hemos observado durante años como ya señalábamos en la introducción lo que en el fondo de los individuos moviliza el hecho de estar frente a un psiquiatra y lo que en lo más profundo de sí, la gente, piensa del loco.

Pues bien, los prejuicios más frecuentes son aquellos que hacen referencia a la pretendida agresividad de los enfermos mentales, por más que se argumente que sólo en algunos casos y circunstancias esto es así. Que hay que seguirle la corriente, lo que las más de las veces sólo sirve para herir su sensibilidad.

El peor enemigo de la ciencia quizá sea la generalización sin motivo. Si tenemos una mala información no podemos sino adherirnos a los estereotipos que tanto abundan en nuestro país: el vasco es serio e industrioso; el catalán, comerciante; el andaluz, divertido; etc. Las mujeres conducen mal; los judíos son avaros; los gitanos, ladrones.

Son innumerables los chistes existentes sobre los locos, que reflejan la existencia de múltiples clichés repetidos y perpetuados a lo largo del tiempo. La locura es algo tan nuestro que nos hace atribuirle lo que no le es propio junto con lo que sí lo es, llegando a producirse un importante distorsión entre lo que es en realidad y lo que suponemos que es a través de las atribuciones prejuiciosas y estereotipos ampliamente aceptados. Tampoco hay que olvidar la función de chivo espiatorio que en ocasiones puede adjudicársele al enfermo mental.

3. METODOLOGIA

La metodología utilizada en este trabajo es la cualitativa, ya que se trata de una investigación que busca describir las percepciones y sentimientos de los padres de familia en el contexto de la implementación del Programa de Atención a la Infancia y la Adolescencia (PAIA) en su localidad. La metodología cualitativa es adecuada para explorar y describir situaciones complejas y dinámicas, como es el caso de las percepciones de los padres sobre el PAIA. La investigación se realizó en tres etapas principales:

- Etapa 1: Recolección de datos.** Se realizó una encuesta a través de la cual se obtuvieron datos sobre las percepciones y sentimientos de los padres de familia sobre el PAIA. Los datos fueron recolectados mediante cuestionarios y se analizaron utilizando técnicas cualitativas como la codificación temática y la interpretación de los resultados.
- Etapa 2: Análisis de los datos.** Los datos recolectados en la etapa anterior fueron analizados y organizados en categorías temáticas. Se identificaron los temas principales que surgieron de las respuestas de los padres, así como las subtemas y las implicaciones de cada tema.
- Etapa 3: Interpretación y presentación de los resultados.** Los resultados de la investigación fueron interpretados y presentados en forma de informe. El informe incluyó una descripción detallada de los resultados obtenidos, así como recomendaciones y sugerencias para mejorar el PAIA en la localidad.



3.1. METODOLOGIA SOCIOLOGICA

Entendemos por metodología sociológica todos los procedimientos que tratan sobre los procesos de conocimientos específicos de la sociología y sus límites de validez científica.

Suponemos que el estudio de la agrupación humana de la primitiva sociedad tribal surgió casi al mismo tiempo que el hombre, pero no nace la sociología como ciencia hasta mucho después.

La metodología estudia las leyes generales del proceso de investigación científica, como movimiento del razonamiento desde lo práctico y lo empírico a lo técnico; desde los hechos, datos y resultados de los experimentos a la formulación de hipótesis y la generalización teórica.

Por tanto, podríamos decir que la metodología de la ciencia tiene como objeto de sí misma, el estudio de los procesos de investigación científica. Pero no sólo del proceso en abstracto (lo que podría ser una metodología de la ciencia), sino los procedimientos concretos, observación, experimentación y medición.

Históricamente tenemos que remontarnos a Grecia donde nacen las ideas básicas de la ciencia al triunfar la razón sobre la concepción mágica del mundo y sentar las bases de la matemática. Asimismo nace en la Helade el concepto de hipótesis, entendiendo por concepto con R. Mayntz:

“El contenido figurativo designado por un término concreto o por una combinación verbal” (Mayntz, 1969).

Como dice Platón en su carta VII:

“En todo ser la ciencia tiene por condiciones tres cosas necesarias: la primera es el hombre, la segunda es la definición, la tercera la imagen y la cuarta es la ciencia misma”.

El método fundamental de las ciencias naturales en Grecia era la observación directa por razones obvias, pero la influencia de factores externos podría dificultar la eficacia de este método.

La experimentación como medio de investigación tiene un precursor en Arquímedes.

Posteriormente tras el hundimiento de la civilización helénica y el oscurantismo de la Edad Media, la figura de Galileo aporta a la metodología de las ciencias la unificación de investigaciones teóricas y experimentales, al considerar el valor científico del experimento cuando es objeto de interpretación teórica.

Isaac Newton continuó desarrollando las ideas ya iniciadas por Galileo con la corriente del empirismo deductivo. Realiza experimentos y observaciones obteniendo conclusiones generales y sin admitir conclusiones ni refutaciones contra las mismas que no procedan de la experimentación.

Possiblemente en el hombre nace la metodología al necesitar un conjunto de procedimientos que le permitan saber sobre la naturaleza, conocer las hierbas curativas o las condiciones ideales para las cosechas. La experimentación, al fin y al cabo, no sería sino una observación provocada y dirigida.

Las ciencias sociales, como todas las ciencias parten de los hechos. Buscar y observar los hechos a través de la experimentación sería el objeto. Pero el hecho social sería especialmente complejo ya que su campo es la realidad social de la especie humana, como decía Augusto Compte, considerado el padre de la ciencia social. Y como dice Duverger:

“Las ciencias sociales parten de los hechos. Buscarlos y observarlos es el elemento primordial de su método” (Duverger, 1962).

Había dos clases de métodos fundamentales:

1. El análisis de documentos (escritos, películas, fotografías, discos informáticos, microfilms, etc.).
2. La observación directa de la realidad social mediante encuestas, entrevistas, cuestionarios, etc. Pero aquí caben a su vez, dos variedades:
 - a) La observación extensiva, que analiza grandes comunidades de las que se han escogido unas muestras representativas.
 - b) La observación intensiva característica de las propias comunidades e incluso de los individuos.

De lo anteriormente expuesto ya podemos deducir la importancia del muestreo o selección de la muestra.

En la práctica los límites de estos dos modos de observación son muy difíciles de precisar. Existen algunas técnicas comunes a ambas, como por ejemplo la entrevista por cuestionario, método que nosotros hemos empleado en el caso del primer cuestionario (QA) de nuestro estudio.

Vamos a intentar elaborar un esquema general que permita una rápida visión de las técnicas metodológicas más utilizadas en sociología, de elaboración personal siguiendo básicamente la propuesta por Duverger.

OBSERVACION DOCUMENTAL

1. Documentos escritos.
 - 1.1. Libros.
 - 1.2. Prensa: revistas y periódicos.
 - 1.3. Archivos y ficheros.
 - 1.4. Informes, documentos, cartas, etcétera.
2. Documentos en cifras.
 - 2.1. Estadísticas.
 - 2.2. Censos.
3. Documentos en imágenes (iconografía).
 - 3.1. Películas,
 - 3.2. Fotografías.
 - 3.3. Carteles.
 - 3.4. Televisión y video.
 - 3.5. Microfilms.
4. Documentos sonoros.
 - 4.1. Discos.
 - 4.2. Grabaciones.
5. Documentos informáticos.
 - 5.1. Disquets y cintas.
 - 5.2. Bancos de datos.

Todos estos tipos de documentos, en conjunto, constituyen lo que se llama la documentación directa y hay que tener en cuenta el auge que durante los últimos años han adquirido los de tipo informáticos. El segundo grupo de documentos lo constituirían los documentos llamados indirectos, que aunque su contenido no se refiera específicamente a datos sociológicos dan información y pistas de los mismos. Veamos su clasificación.

1. Anuncios y catálogos.
 - 1.1. Libros del año.
 - 1.2. Quién es quién.
 - 1.3. Diccionarios biográficos.
2. La literatura y el teatro.

Por último, hay que señalar la presencia cada vez mayor de lo que se podría llamar documentos múltiples que participan de las características de varios de los anteriormente clasificados. Por ejemplo, un vídeo puede tener además de imagen y sonido, texto, literatura, etc., que habría que desglosar en los diversos casos.

Los métodos de análisis de documentos parten de la base de que no se puede obtener toda la esencia de un documento tras su simple y habitual lectura, sino que debería hacerse aplicando unos determinados parámetros para valorar su sentido, intención y veracidad.

Básicamente hay dos grandes grupos de métodos: los tradicionales y los actuales o cuantitativos. Los primeros estarían representados por los procedimientos de análisis histórico y también entre ellos, se podría hablar de un método sociológico. Habría, además, métodos particulares para los diversos tipos de documentos. Veamos su clasificación:

1. METODOS TRADICIONALES

1.1. El análisis jurídico: para leyes, constituciones, decretos, etcétera.

1.2. El análisis psicológico-psiquiátrico: utilizado para estudiar escritos, cartas, diarios, producción pictórica o artística o de otro tipo de un sujeto con vistas a conocer su personalidad o su patología con fines de evolución de su estado mental de diagnóstico o de seguimientos.

1.3. El análisis estadístico: que se llevaría a cabo en procedimientos matemáticos en su mayor parte y que como dice Izquierdo de la Torre, en su capítulo del *Tra-*

“Intentaría medir con rigor, describir las mediciones de forma asimilable, comprensible y homologable e interpretar su significado de tal modo que se elime, con el mayor grado de seguridad posible la subjetividad en la búsqueda de una comprensión causal y teológica del fenómeno medido”.

2. METODOS ACTUALES O CUALITATIVOS

Son utilizados para completar los métodos clásicos y tienen una gran ventaja y es la eliminación en mayor grado de la subjetividad.

En este campo se ha introducido la informática con sus múltiples posibilidades que en este terreno aporta el tratamiento de textos. Siguiendo a Duverger:

2.1. Semántica cualitativa: que es la aplicación de la estadística al vocabulario de un texto.

2.2. Análisis de contenido: es de señalar que una forma elemental de esta teoría ha sido aplicada a los refranes que aparecen en el apéndice y que hemos seleccionado para sustituir algunos de los ítems del cuestionario de Cohen y Struening (1962-63) por refranes que serían de más fácil comprensión para una muestra de población general por lo habituados que estarían a este tipo de lenguaje. El utilizado por los autores ya citados en su cuestionario es mucho más anglosajón y corresponde a un nivel cultural más elevado que el de nuestra población.

El hablar o escribir sería una manifestación de la conducta social y, por tanto, como dice R. Mayntz:

"En lo que los hombres dicen o escriben se expresan sus intenciones, sus actitudes, su interpretación de la situación, sus conocimientos y sus supuestos tácticos sobre el entorno... / ...Por esta razón el análisis de los materiales lingüísticos permite hacer inferencias de fenómenos no lingüísticos, tanto individuales como sociales" (Mayntz, 1969).

Técnicamente hay que determinar:

1. Sobre qué textos o documentos se efectuará, sobre la totalidad o una muestra.
2. Determinación de las unidades a analizar (palabras, frases, párrafos, artículos, libros, etc.).
3. Selección de categorías haciendo un esquema selectivo sobre el tema concreto.
4. La explotación de los resultados: recuento, formación de los índices que van a indicar si se confirman o no las hipótesis inicialmente establecidas.

No obstante el inconveniente de esta técnica estaría en verificar su fiabilidad y validez. Entendemos que una definición es válida cuando cumpliendo las operaciones de medida indicadas en ella, se contempla todo aquello a lo que con su contenido significativo remite el concepto.

Es fiable en la medida que su repetida utilización, incluso para investigadores diferentes, produce bajo las mismas circunstancias los mismos resultados.

OBSERVACION DIRECTA EXTENSIVA

La forma más frecuente de este tipo de observación son las encuestas por sondeos en las que estudiando una parte seleccionada de una colectividad, permite extender las conclusiones al conjunto de esta colectividad lo que es válido si la muestra es realmente representativa. En nuestro caso este fue el procedimiento escogido como veremos más tarde en la metodología específica del estudio.

En el caso del primer cuestionario (QA) la muestra es de una parte de la población adulta de Avila de un total de 27.425, nuestra muestra es de 565 personas. Se trata, por tanto, de un sondeo parcial.

En el segundo cuestionario (QB), aun siendo parcial, ya que el total de la población sería de 186, se acerca más a un sondeo total, ya que se recogieron 136 cuestionarios.

Y, por último, en el tercer cuestionario (QC) el sondeo se realiza a la totalidad de los médicos colegiados en la provincia en este momento —diciembre de 1985 a enero de 1986— respondiendo sólo algo más de un 30 por ciento, lo que se reduce a un 28 por ciento una vez excluidos todos aquellos cuestionarios que presentaban

deficiencias. El número de cuestionarios recogidos y válidos fue de 180. (Para mayor claridad, véase las fichas técnicas.)

Dentro de los sondeos se puede seleccionar la muestra por sondeo, por sorteo o probabilista. Este consiste en determinar mediante un cálculo de probabilidades, las personas que deben estudiarse. En nuestro caso el sondeo ha sido estratificado, lo que equivale a decir que ha habido una división en estratos o categorías a priori establecidos. Los estratos deben ser lo más homogéneos posible. Hemos dividido la muestra en diversos subgrupos conociendo previamente la amplitud de los estratos por los datos oficiales.

El último método de selección de las muestras es el de cuotas que consiste en la confección de un modelo reducido de la colectividad a estudiar, determinando el número de personas a incluir en cada categoría, que sería lo que se denomina cuota.

Dentro de los métodos de interrogación la forma más frecuente es la encuesta cuyo instrumento habitual es la consulta por cuestionario. Este ha sido nuestro método de selección.

Sobre la elaboración y preparación del cuestionario nos extenderemos más adelante en la metodología específica de nuestro estudio.

Las preguntas pueden dividirse en abiertas y cerradas, dependiendo de las posibilidades de opción. En teoría debería combinarse ambas.

Un subtipo serían las preguntas en abanico de respuestas en las que el individuo elige entre varias opciones. Tienen la ventaja de ofrecer más posibilidades que las cerradas y ser más fáciles de codificar que las abiertas. En nuestro caso muchas cuestiones son opinativas o subjetivas. El número de preguntas de un cuestionario debe ser lo suficientemente amplio como para cumplir su cometido, pero no tanto como para fatigar al entrevistado.

OBSERVACION DIRECTA INTENSIVA

Las características de este método vienen dadas por una aplicación a grupos pequeños o individuos. La ventaja teórica sería la mayor profundidad. El procedimiento más representativo, aunque también sea utilizado por la observación directa extensiva, son las entrevistas.

Hemos de señalar que aquí no tiene el término entrevista el mismo sentido que en psiquiatría. Ambas van encaminadas a objetivos diferentes. Las entrevistas se pueden dividir en cuanto a su forma en :

1. De opinión o personalidad: preguntas sobre sí mismo o sobre las actividades.
2. Documentales o de información: preguntas a cerca de conocimientos.

En cuanto al sujeto de los mismos:

1. A líderes.
2. A ciudadanos corrientes.

Técnicas especiales de entrevistas serían las que hoy se encuentran tan en voga. Paneles, que no son sino entrevistas repetidas a un grupo homogéneo. O las entrevistas en profundidad dentro de las cuales estarían las clínicas que nos son más familiares, bien de forma aislada o las multiplicadas dentro de las que cabría incluir las psicoanalíticas.

TESTS Y MEDICION DE ACTITUDES

Una segunda forma de observación directa intensiva sería más próxima a nosotros por su manejo diario en psicología y psiquiatría. Nos referimos a los tests.

En sentido amplio estaría constituido por unas pruebas o preguntas o ítems a través de los cuales se investiga la personalidad del individuo, su inteligencia, etc., de una forma indirecta.

Las cualidades de un buen test son las mismas que las de un cuestionario, añadiéndole la sensibilidad. Los diversos tipos de tests son ampliamente conocidos por el psicólogo y el psiquiatra por lo que sólo hacemos una breve reseña a modo de esquema general de encuadre:

1. Tests de aptitudes y conocimientos.
 - 1.1. De inteligencia.
 - 1.2. De aptitudes.
 - 1.3. De conocimientos.
2. Tests de personalidad.
 - 2.1. Objetivos.
 - 2.2. Proyectivos.

Los tests son un instrumento ampliamente utilizado en la selección de personal, siendo un instrumento de trabajo habitual de los psicólogos industriales. Se han utilizado también en la medición de opiniones y actitudes sobre todo en técnicas proyectivas siendo su interpretación más problemática que en los basados en métodos objetivos.

LA MEDICION DE OPINIONES Y ACTITUDES

“Al igual que toda ciencia, la sociología está abocada a reunir experiencias sistemáticamente controlables sobre su particular objeto de conocimiento” (Mayntz, 1969).

Vamos a intentar hacer un esquema claro de lo que son los diversos procedimientos de medición de opiniones y actitudes. Para su análisis, la sociología dispone de unos procedimientos que podríamos calificar de tests experienciales. Son las conoci-

das escalas de actitudes, aunque no es este el único procedimiento. Veamos sus diversas variedades.

A) *Autocalificación*.—Mediante este procedimiento el sujeto se coloca a sí mismo en un determinado rango de intensidad según su propia opinión.

Básicamente los diversos procedimientos consistirían en:

- Que el sujeto escoja entre diversas calificaciones de su actitud.
- Que coloque en una escala graduada su postura marcándola de forma gráfica.

Como puede fácilmente suponerse el inconveniente de este tipo de medida es la subjetividad.

B) *Calificación por un juez*.—Es un procedimiento similar al que nos resulta familiar por ser utilizado en exámenes y oposiciones, pero en el terreno de la sociología, por lo que los elementos de juicio serán observaciones de comportamientos en la vida real o en circunstancias artificiales. El juez puede también utilizar todas las demás posibilidades sociológicas (entrevistas, cuestionarios, tests, etc.).

C) *Las escalas de actitudes y opiniones*.—Constituyen una variedad de test. Son instrumentos de medida construidos de forma escalar, es decir, con una serie de proposiciones graduadas.

El establecimiento de escalas presenta la dificultad de construir en la gradación intervalos iguales así como la determinación del punto medio o punto cero. Este también plantea problemas porque no siempre coincide con la neutralidad (por ejemplo en política).

Los procedimientos escalares de medir actitudes son muy variados por lo que vamos a intentar resumir los más utilizados siguiendo a Duverger:

A) *Escala de disposición*.—No se presenta una escala previamente construida en este caso, sino que consiste en pedir al sujeto que clasifique por orden decreciente de preferencia una serie de posibilidades u objetos parecidos. Este sería el método de clasificación directa.

Dentro de la escala de disposición existe otra modalidad ideada por Thurstone, el autor de la escala que lleva su nombre en 1927-28. A lo que aquí nos referimos no es a su famosa escala, sino al método de comparaciones binarias. Se trata de presentar los objetos de estudio agrupados de dos en dos, eligiendo el sujeto en cada pareja de objetos, según su preferencia.

B) *Escala de Bogardus y derivados*.—Se trata en su forma original de una escala de distancia social. Se utiliza, de modo preferente, para medir prejuicios por lo que en principio podría ser útil a nuestro estudio. Es una escala antigua, data de 1925 y como ya hemos señalado se utiliza para medir prejuicios de tipo nacional o racial.

C) *Escala de Thurstone*.—Consiste en presentar una serie de afirmaciones y se pide al sujeto si está o no de acuerdo con ellas para averiguar el grado de actitud

positiva o negativa hacia dichas afirmaciones. Los intervalos, distancias entre puntos del instrumento, pretenden ser iguales.

El método de construcción de estas escalas es laborioso e interesante, pero excede nuestro objetivo. Se emplearon mucho en Estados Unidos siendo su dificultad la intervención previa de los grupos de expertos que diseñan las proposiciones a emplear.

Es esta escala un ejemplo de escala diferencial de medición de actitudes.

D) *Escalas Lickert*.—Este tipo de escala es el utilizado por nosotros en los cuestionarios A, B, y C y es un método de construcción más sencillo que el anterior al no ser necesaria la consulta previa a los expertos.

En nuestro caso hemos seleccionado cinco posibilidades de elección que miden el grado de acuerdo o desacuerdo con las proposiciones ofrecidas en los cuestionarios. Son las siguientes:

- Muy de acuerdo.
- De acuerdo.
- De acuerdo en ciertas circunstancias.
- En desacuerdo.
- En total desacuerdo.

Y una última posibilidad de "No decisión" o "No respuesta" como modo de controlar el posible porcentaje de sujetos que no tienen opiniones definidas o no se deciden por ninguna de las alternativas. La gradación de acuerdo es decreciente.

Pensamos que es posible una mayor discriminación y matización de las opiniones que en las escalas anteriores, por ofrecerse al consultado más alternativas que un simple "sí" o "no" tajantes. Es un tipo de escala que Kelinger llama de reactivos independientes, o sea, que la respuesta que da un sujeto a una pregunta no tiene relación con la que da a otras.

La escala Lickert es el prototipo de escala aditiva y ordinal, es decir, las proposiciones o ítems son favorables o desfavorables para lo que se pretende medir y, además, posibilita un orden en la clasificación según sea la actitud positiva o negativa hacia lo propuesto. En la construcción de una escala de este tipo se siguen una serie de pasos:

1. Se reúne un número amplio de ítems o proposiciones relativas al objeto de investigación en una relación positiva o negativa con dicho objeto.

2. Las proposiciones se someten al examen de una muestra representativa de sujetos a los que se va a aplicar el cuestionario. En nuestro caso, a tenor de los resultados del cuestionario piloto modificamos la escala inicial, en el sentido de sustituir el término "indiferente" por el de "de acuerdo en ciertas circunstancias".

Este cambio del punto medio de la escala se efectuó a tenor de los resultados de la aplicación del cuestionario piloto. Se observó que en muchos casos las respuestas nos sugerían este punto por la heterogeneidad de los propios enfermos mentales, a pesar de que explicitábamos en el anuncio que se trataba de valorar opiniones y acti-

tudes sobre la enfermedad mental de cierta gravedad, o sea, la que precisa de internamiento en hospitales psiquiátricos.

Otra modificación surgida de la aplicación del cuestionario piloto a la muestra general fue la necesidad de motivar a los encuestados en la entrevista argumentando la utilidad del estudio para la planificación psiquiátrica provincial y la mejor atención al problema.

3. Las respuestas a los varios items se puntuaban necesariamente en el sentido de la dirección de acuerdo o desacuerdo. De esta forma se puede adjudicar una puntuación global a cada individuo, suma de las puntuaciones obtenidas en cada respuesta.

4. Se puede analizar la correlación entre las puntuaciones o asignaciones numéricas de cada proposición y las globales para valorar qué propuestas son más discriminativas y cuales no lo son tanto al obtener una correlación más baja con el objeto del estudio, pudiendo ser eliminadas al no lograr medir o ser distantes del objeto de investigación.

No podemos dejar de señalar por la creciente difusión e interés, una técnica de aparición reciente que se ha mostrado sumamente interesante en nuestro campo. Es lo que Mayntz denomina "Perfil de polaridad" y que es conocido entre nosotros como "*Diferencial Semántico de Osgood*". Es un método para observar y medir el significado psicológico de los conceptos que:

"Aunque cada persona ve las cosas en forma un poco diferente, a veces muy diferente, todos los conceptos tienen un núcleo común de significado" (Kerlinger, 1975).

Osgood, Suci y Tannenbaum introducen en 1957 el concepto para medir los significados connotativos de los conceptos como puntos de lo que llamaron "espacio semántico" en su obra *The Measurement of Meaning*.

El diferencial semántico consta de unas escalas con adjetivos bipolares en cada una de ellas, escogidos entre muchos para un determinado objeto de investigación.

El primer paso sería la selección de estímulos o conceptos a evaluar. El segundo la construcción de las escalas con pares de adjetivos que se adaptan al contenido. El tercero sería la confección del formato y la administración. El cuarto el análisis de datos y resultados valorando la distancia semántica y aplicando el análisis factorial, etcétera.

Las aplicaciones fundamentales en el campo de las actitudes se centran en el condicionamiento y el cambio, además de la investigación del comportamiento y las emociones, por lo que ha tenido una gran acogida en Psicología.

E) *Escalas Jerárquicas. Escalogramas de Guttman*.—La característica de este instrumento es la jerarquización rigurosa de las proposiciones, de forma que aceptar una de un determinado nivel supone la aceptación de los niveles inferiores.

También se conoce como método de "las preguntas monótonas" entendiendo por pregunta monótona:

"La que tiene la propiedad de clasificar la totalidad de los encuestados que poseen unas características cuantitativas expresadas por diversos valores en dos subgrupos: los que dicen SI y los que dicen NO". (Maynzt, 1979).

El conjunto de las proposiciones jerarquizadas son reproducidas gráficamente.

LA OBSERVACION PARTICIPATIVA

Como el propio enunciado indica consiste en la posibilidad de observar a un grupo interviniendo en el mismo, participando en sus actividades.

Esta forma de observación es conocida por los psiquiatras por ser un método muy utilizado de formación en técnicas de psicoterapia grupal. Sin embargo, el sentido en Sociología es más amplio dándose diversas posibilidades según se lleve a cabo por una o varias personas, según el objeto del mismo y según la importancia de la función participativa o de la observadora.

Son técnicas utilizadas por periodistas para reportajes, pero sin una sistemática, lo que las diferencia del trabajo sociológico, que sería sistematizado según el objeto de estudio, esto es, los diversos tipos de reuniones posibles, asambleas, campañas electorales, etcétera.

Permite también el estudio de la estructura y forma de actuación de colectivos por lo que es un método habitual de los antropólogos. Incluso en determinados diseños de observación colectiva el propio colectivo observado puede participar en su misma observación.

Un paso más lo constituirían los "Laboratorios Sociales" de Kurt Lewin cuya aportación sería la integración de la investigación y la transformación del grupo, y que es conocido por los psiquiatras como punto de partida para la teoría de grupos y, por tanto, la aplicación específica de psicoterapia de grupos.

3.2. METODOLOGIA ESPECIFICA

La metodología seguida en el presente trabajo está fundamentada principalmente en técnicas sociológicas, sobre todo en lo que a recogida de datos se refiere, y complementada en un segundo momento por técnicas psicológico-psiquiátricas en la interpretación y análisis de los resultados obtenidos. El método sociológico es inductivo y persigue un doble objetivo: describir ciertas clases de hechos y explicar ciertas clases de cambios o procesos empíricos. Por tanto está basado en la observación.

"El método de las ciencias sociales es un método científico que, en gran medida, se apoya en la inducción para llegar a resultados generales formulables en términos de probabilidad" (González Seara, 1971).

Este enfoque no es nuevo. La Sociología aplicada a la Medicina emerge de la teoría sociológica contemporánea y congruentemente utiliza una perspectiva y una

metodología netamente sociológicas. Su objetivo es el estudio de las relaciones entre variables sociales, aunque el material utilizado, los datos, sean médicos y sociales, para poner de manifiesto relaciones entre roles, valores, ideologías, actitudes, etc., teniendo en cuenta que muchas veces:

“...no pretende resolver un problema concreto, sino el avanzar la teoría sobre casos similares” (De Miguel, 1974).

El hecho de la complementación psicológico-psiquiátrica en la elaboración de los datos tiene su sentido, porque como dice Gouldner:

“El método sociológico no consiste, ni puede consistir, en un procedimiento meramente cuantitativo y matemático” (Gouldner, 1973).

De hecho la medición en las técnicas sociales aplicadas a nuestra disciplina no es sinónimo del mismo vocablo aplicado a las llamadas Ciencias Exactas:

“...sino que incluye ordenación y hasta simple enumeración” (Del Campo, 1962).

Por tanto la metodología sociológica dada la complejidad de su objetivo, o mejor, de su objeto de estudio, ha de integrar tanto las dimensiones cuantitativas como cualitativas. Estamos de acuerdo con Nagel en que existen hoy en las ciencias diversos tipos de explicaciones y todos ellos son válidos sin necesidad de tener que uniformar a todas las ciencias (Nagel, 1961).

A estos dos momentos a los que arriba hacíamos referencia —la recogida de datos y su interpretación— hay que añadir otro previo al trabajo de campo, y que es la revisión bibliográfica de los trabajos e investigaciones previamente existentes y afines a nuestro objetivo de estudio.

La investigación llevada a cabo ha supuesto un largo proceso para llegar a conocer objetivamente las opiniones reales y las actitudes, así como la información que acerca de la enfermedad mental poseían tres colectivos humanos, cuya interacción con el enfermo mental va a ser decisiva. Opiniones y actitudes tomadas como hecho social, que no puede identificarse con el hecho físico, ni biológico, ni psicológico, porque tiene unas características más complejas y difíciles de objetivar:

“...ya que sobre él concurren un mayor número de factores y variables” (Vázquez y Ortega, 1968).

De hecho una de las cuestiones más espinosas que afecta a las ciencias sociales —y por ende a su metodología— es el asunto de los juicios de valor de los que estas técnicas no pueden desligarse.

Estos tres grupos cuyas opiniones vamos a estudiar son en primer lugar: la población abulense de sujetos mayores de 18 años; en segundo lugar, el personal asistencial que trabaja a diario con los enfermos ingresados en el Hospital Psiquiátrico; y por último el colectivo de médicos, especialistas o generales, que ejercen su profesión en Ávila, capital y provincia.

La selección del objetivo viene dada por la necesidad de conocer cual será la acogida que la sociedad está dispuesta a brindar a este tipo de enfermos teniendo en cuenta la corriente comunitaria que tanto la Ley de Sanidad como el sentido común marcan. Teniendo en cuenta que la Psiquiatría social y de la comunidad ha sido un área de gran interés para los sociólogos:

“...los estudios en este terreno son necesarios para entender en qué medida los factores sociales (...) inciden en la etiología, manifestación y desarrollo de la enfermedad” (González, 1985).

Por otra parte, la política sanitaria y la sociología política aplicada al tema de la salud es de sumo interés. Se trata de estudiar el desarrollo de los sistemas sanitarios y su aplicación a la comunidad, así como del contexto político en el que estos se enmarcan. En este sentido González cita los trabajos de Krause (1977) y Alford (1975) y recuerda que:

“En la actualidad faltan trabajos de este tipo en España, justo cuando se está cuestionando todo el tema sanitario a raíz de la Ley General de Sanidad” (González, 1985).

La apertura de un nuevo hospital psiquiátrico con proyección comunitaria y la citada Ley, son hechos que nos estimulan a tratar de conocer la posible aceptación y acogida de la comunidad a estos pacientes con vistas a su integración y reinserción sociales.

“Lo que ocurre es que al convertirse los problemas de la medicina en problemas sociales, se espera que la solución provenga de los expertos en Sociología, Antropología, Psicología o Economía” (González, 1983).

En realidad, estos profesionales se convierten así en apoyatura del sesgo gerencial intentando solucionar los problemas médicos convirtiéndolos en problemas sociales que hay que llegar a solucionar técnicamente.

Los resultados de nuestro trabajo pueden servir de base para ulteriores actuaciones en el campo de la salud mental y la corrección de posibles errores de información o actitudes irracionales basadas en opiniones prejuiciadas respecto al enfermo y al enfermar psíquico.

La necesidad de conocimiento objetivo implica la utilización de metodología sociológica científica para evaluar la problemática que nos ocupa. Porque como dice García Guillén:

"Si algo es la Medicina es, sobre todo, una ciencia social" (García Guillén, 1983).

El método elegido para la elección de estos datos que juzgamos necesarios, ha sido la encuesta por las múltiples ventajas que ofrece y sobre todo por su adecuación al diseño de nuestro trabajo. De especial importancia consideramos la opinión de los médicos que ejercen su profesión en nuestro área de interés, como técnicos de la salud más directamente implicados y por:

"La necesidad que tienen y sienten los médicos de considerar los factores psicosociales que rodean a la salud y a la enfermedad" (González, 1985).

TRABAJO DE CAMPO

El método más operativo y rápido para que los datos no se desfasaran, y eficaz para conocer las opiniones de la población abulense acerca de la enfermedad mental era acudir a una fuente primaria de información como es la encuesta, preguntando a los adultos abulenses cuáles eran sus opiniones al respecto. Las ventajas de este método deben atribuirse sobremanera a la utilización de los muestreos, que permiten conocer todo un universo a partir de una pequeña parte representativa del mismo.

Las encuestas cuestionario son el instrumento técnico más apropiado para la investigación en psiquiatría, sobre todo en los aspectos sociales de la misma porque permiten obtener datos cuantitativos y cualitativos que luego pueden analizarse diacrónica o sincrónicamente, mediante paneles o estudios de cohorte. La formulación del problema planteado nos lleva a la construcción de dimensiones o variables y su conversión en preguntas dirigidas abiertas o cerradas, como lo son la mayoría de las empleadas en los tres cuestionarios de que consta nuestro trabajo.

Una encuesta, como nos recuerda Ruiz Ruiz, no se construye de la noche a la mañana por la curiosidad de unos cuantos, sino que es un procedimiento científico que puede alcanzar la suficiente validez y fiabilidad si invertimos los recursos interdisciplinarios suficientes y adecuados.

"Las encuestas pueden dar paso a cuestionarios y éstos nos pueden acercar aún más a la medición, codificación y análisis de los datos buscados" (Ruiz, Ruiz, 1981).

Aunque su uso se cita en casi todos los textos que hablan de fenómenos humanos, su metodología sólo se encuentra desarrollada en profundidad en los tratados de Sociología y Estadística, a los que necesariamente hemos acudido. Las fases en que clásicamente se divide el proceso son los siguientes:

1. Planteamiento del problema.
2. Formulación de la hipótesis.
3. Redacción del cuestionario.

4. Selección de la muestra.
5. Selección y entrenamiento de los entrevistadores.
6. Recogida de datos o trabajo de campo.
7. Codificación.
8. Tabulación de los resultados.
9. Análisis de los resultados.
10. Conclusiones y redacción del informe.

Por tanto respondiendo a los objetivos arriba expuestos proyectamos una amplia encuesta centrada en el análisis de las opiniones de los abulenses mayores de 18 años residentes en Avila capital. El universo de los mismos, según los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) y su delegación provincial, así como de los que amablemente nos fueron facilitados por la Delegación de Estadística del Ayuntamiento de Avila, ascienden a un total de 27.425 abulenses mayores de 18 años.

Esta encuesta se llevó a cabo mediante cuestionarios, instrumento insustituible en investigación de este tipo, por la riqueza de la información que aporta. El cuestionario es una relación ordenada correlativamente de preguntas sobre algunas cuestiones que deben ser respondidas por un grupo de personas escogidas previamente por el investigador.

Para el científico el cuestionario es un conjunto de estímulos a base de palabras, a que se somete un grupo de personas determinadas para el conocimiento y observación de su conducta verbal (Vázquez, 1982).

Por su parte, Pick y López Velasco (1979), lo definen como un método para obtener información de manera clara precisa, donde existe un formato estandarizado de preguntas y donde el informante aporta sus respuestas. Como síntesis, podríamos decir que es un protocolo ordenado de una entrevista.

En el desarrollo del cuestionario, en este caso de los tres cuestionarios de que nos servimos en nuestra investigación, se han tenido en cuenta las observaciones que sugieren los citados autores:

1. Nivel educacional de la población: con objeto de saber qué vocabulario podía ser utilizado en la redacción de las preguntas de manera que éstas sean comprendidas por el informante.

En nuestro caso, evidentemente, se utilizaron dos niveles de vocabulario que hacían referencia a otros tantos niveles educacionales de población. En el caso del primer cuestionario, dedicado a gente de la calle, se utilizó un lenguaje sencillo y coloquial, para que pudiera ser comprendido prácticamente por todos los niveles culturales con los que nos podríamos encontrar.

Para abundar más en esta idea de claridad se ideó la parte de los refranes, plasmaban en una sola frase prácticamente, ideas enjundiosas que pretendíamos contrastar con nuestros encuestados.

Este mismo nivel léxico fue utilizado con el personal asistencial que trabaja en el hospital psiquiátrico ya que entre ellos se encuentran personas de diverso nivel cultural y su capacidad comprensiva para la terminología es diferente según se trate de un ATS, por ejemplo —nivel universitario medio— o un celador —estudios

primarios— o una limpiadora. Aunque en todo caso la mayoría de ellos están más familiarizados con la jerga psiquiátrica que la gente de la calle. Por tanto, el cuestionario fue prácticamente idéntico.

Por último el tercer grupo de estudio lo constituían los médicos que ejercen su profesión en Avila capital y provincia, y a ellos sí se los habló de otra manera. De todos modos se trataba de conocer su opinión sobre algunos puntos fundamentales del Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica, posteriormente recogida en la Ley de Sanidad, éstos se explicitaban entrecomillados.

2. Debe ser autoexplicativo en cuanto a su claridad, porque muchas veces no existe contacto entre el investigador y el sujeto entrevistado.

Este no fue el caso de los dos primeros cuestionarios, cuya aplicación fue directa. No obstante en el caso concreto del primero, aplicado a la población general, se tuvo en cuenta porque uniformaba la labor de los entrevistadores. De todos modos este postulado explica las características del tercero de nuestros cuestionarios dirigido a médicos y, como ya mencionábamos con anterioridad, se entrecomillaron los párrafos sobre los que pretendíamos que opinaran, ya que en este caso no hubo un contacto directo, sino por correo: les fue enviado el cuestionario y un sobre franqueado con la dirección a la que deberían ser enviados una vez cumplimentados.

3. Deben ser muy específicos, con preguntas concretas que no den lugar a respuestas vagas.

Para hacer efectivo este principio se redujeron en lo posible las preguntas de respuestas múltiples y en las opinativas se establecieron las alternativas de la escala de Likert. Las cuestiones concisas como situación laboral, edad, etc., por su misma naturaleza, no tienen mayor problema.

4. Al informante (entrevistado) se le debe informar del objeto que persigue la encuesta.

En nuestro trabajo en concreto, en la aplicación del primer cuestionario esto lo llevaron a cabo los entrevistadores cuya experiencia garantizaba su actuación. En el caso del segundo cuestionario, fue aplicado por nosotros personalmente y no sólo explicó a los entrevistadores la finalidad del estudio, sino que se les motivó a colaborar. Y, por último, en el que deberían responder los médicos por correo, se les incluyó una carta personal informando de los objetivos, motivando su colaboración y agradeciendo la misma.

5. El orden de las preguntas es importante, debiendo ir en dificultad creciente, en nuestro caso, sobre todo en los dos primeros cuestionarios se siguió un orden de menor a mayor compromiso personal de relación con los enfermos psíquicos e intimidad de las repuestas.

6. Se debe preguntar primero si el informante es consciente o ha pensado en el problema que es objeto de la investigación.

7. Las preguntas deben ser redactadas de manera que no se dé por supuesto que los informantes tienen que conocer la información que buscamos, para que no se sientan presionados.

Vuelve a servirnos de ejemplo la actuación seguida en el cuestionario dirigido a médicos: se incluía el párrafo de la Ley sobre el cual deseábamos su opinión, ya que muchos de nuestros informantes no la conocían directa o suficientemente como para poder opinar.

8. No se deben hacer preguntas dobles cuando se busca una sola respuesta.

De hecho en nuestros cuestionarios si exceptuamos las preguntas de repuesta múltiple, las soluciones eran mutuamente excluyentes. El mayor exponente de este presupuesto constituye la escala de Likert, mediante la cual incluso el grado de acuerdo o desacuerdo se puede cuantificar.

9. No se deben redactar las preguntas de manera que encierran una doble negación.

Este presupuesto se tuvo en cuenta sobre todo al redactar la parte opinativa de los cuestionarios.

10. Cuando se pregunta acerca de modos de comportamientos habituales se ha de especificar el período al que nos referimos.

En nuestro cuestionario número dos, el que iba dirigido a los trabajadores, el ítem número 5 hace referencia a este punto: se preguntaba a los empleados del hospital cuál había sido su cambio de actitud y de sentimientos antes y después de haber comenzado a trabajar en el hospital. Se trataba de evaluar la posible modificación de sentimientos durante el tiempo que llevan trabajando en el hospital. Por tanto, lógicamente, se especificaba el lapso de tiempo al que hacíamos referencia.

11. Deben tenerse en cuenta los datos del encuestado: edad, sexo, ocupación y nivel cultural.

Estos datos, aunque la encuesta sea anónima, se especifican siempre, porque aunque aparentemente no tengan relación directa con los resultados, siempre se analizan como variables. En el caso de nuestros tres cuestionarios con más razón porque en sí mismo constituyan objeto de estudio. En el primer caso porque la población a la que iba dirigida, era la abulense mayor de 18 años. Por tanto, interesaban los sujetos que cumplieran esa característica, sin límite superior de edad.

En el segundo cuestionario porque era ineludible el nivel profesional, recordemos que se trata de personal asistencial. Por tanto, esta variable constituía, en sí, lo específico de la muestra.

Y, en el tercer caso, la situación era semejante, sólo que esta vez el colectivo interrogado correspondía a la profesión médica, con ejercicio en nuestra capital y provincia.

Teniendo en cuenta estas observaciones se procedió a la elaboración y revisión del cuestionario que es la parte más meticulosa y lenta de todo el proceso, porque supone tener presente de modo continuo, qué queremos saber, cómo tenemos que preguntarlo y cuál es el momento oportuno para hacerlo. Si tenemos en cuenta que la eficacia del trabajo dependerá principalmente de la claridad del cuestionario —herramienta básica de nuestro trabajo— podemos comprender su importancia. Las cualidades esenciales que debe reunir un cuestionario son: que sea completo, breve, claro, fácil de registrar y elaborar y bien presentado (Vázquez, 1982).

La fase de elaboración del cuestionario, con el fin de llevar a cabo un orden aún más cuidadoso, se dividió en las siguientes etapas:

- Determinación de las variables a estudiar con sus dimensiones e indicadores.
- Especificación del tipo de preguntas, forma y categoría de las mismas.
- Ordenación de las preguntas de forma adecuada.
- Determinación de los aspectos formales y elementos accesorios del cuestionario.

VARIABLES DE ESTUDIO CON SUS DIMENSIONES E INDICADORES

1. Nuestro estudio pretende conocer una serie de indicadores sociales y culturales, además de opinativos de tres colectivos fijados de antemano:

- la población adulta abulense;
- el personal del hospital psiquiátrico;
- el colectivo de médicos abulenses.

2. Su relación o no con enfermos mentales y la cercanía de la misma (familiar o no), en el caso del primer cuestionario.

3. Cambio de actitud después de un período más o menos largo de trabajo con enfermos mentales, en el caso del segundo cuestionario.

4. Porcentaje de patología psíquica que acude a la consulta de otros facultivos no psiquiatras y opinión de los mismos sobre el Informe de la Comisión Ministerial para la reforma psiquiátrica, en el caso del tercer cuestionario.

5. Analizar la relación existente, si la hubiere, entre las características observadas y la diferente actitud frente a la enfermedad mental.

6. Establecer diferencias entre los diversos grupos según la proximidad con la enfermedad mental.

Para llevar a cabo este cometido se dividieron los cuestionarios en bloques informativos, dependiendo del contenido de sus respuestas: la estructura del primero de ellos es como sigue:

a) Una primera parte que consta de siete cuestiones que hacen referencia a toda la población encuestada con los datos personales y las preguntas que pretendían conocer su modo de vida, estudios y ocupación.

b) Un segundo apartado de tres cuestiones que hace de puente hacia el siguiente y donde se pretende conocer la relación de cada encuestado con la enfermedad mental y la fuente informativa sobre el tema. Estas pregunta son las siguientes:

1. ¿Conoce personalmente a algún enfermo mental?
2. ¿Qué relación tiene con ellos?
3. La información que posee sobre enfermedades mentales la obtuvo a través de...

Este bloque informativo hacía de puente y a la vez introducía el tema central de nuestra investigación: las actitudes.

c) El tercer bloque de ítems es el tema central de nuestra investigación: actitudes frente a la enfermedad mental. En el cuestionario aplicado a la población abulenses mayor de 18 años, correspondía a la totalidad de la pregunta número once, que consta de 31 subítems.

d) El cuarto apartado abundaba más en el tema intentando descubrir, más que opiniones, sentimientos y está integrado por los ítems que van del número doce al número quince.

e) Las dos últimas preguntas inquirían acerca de la autocalificación política y religiosa, como complemento a la información ofrecida por los sujetos encuestados. Son dos cuestiones que se colocaron al final del cuestionario a fin de que, conscientes de los prejuicios que suscitan, no bloquearan a los sujetos impidiendo que contestaran al resto de las preguntas.

El cuestionario número dos, por su parte, aunque tiene una estructura similar al aplicado a la población en general, observa algunas peculiaridades, dado el universo cuya actitud se pretendía medir:

a) La primera parte consta de tres únicos ítems: sexo, edad y tiempo de experiencia en salud mental.

b) El segundo bloque lo constituía la pregunta número 4 y estaba constituido por esos 31 subítems, a los que ya hacíamos referencia más arriba al hablar del cuestionario número uno. Esos subítems preguntaban acerca de la actitud de los trabajadores del hospital psiquiátrico frente a los enfermos y a la enfermedad mental.

c) El último bloque de preguntas, intentaba averiguar los sentimientos antes y después de comenzar a trabajar en el hospital psiquiátrico. Este último grupo tenía cuatro ítems.

Para finalizar, el cuestionario número tres, aplicado a los médicos que trabajaban en Avila capital y provincia, tenía su peculiar estructura, respetando las características más arriba expuestas, que debe guardar todo cuestionario y todo proceso investigador de este tipo:

a) El primer apartado lo constituyan cuatro preguntas, que nos informaban del sexo, edad, años de ejercicio, residencia y si se trataba de médicos generales o especialistas.

b) El segundo bloque estaba formado por cuatro ítems también que pretendía obtener información acerca del conocimiento, información o incluso número de pacientes psíquicos que ven en sus consultas.

c) Por último el grueso informativo lo constituyan once principios o puntos de la Ley 13/1983 del 26 de octubre del mismo año, que informaba de otros tantos cambios o modificaciones en el tratamiento y asistencia psiquiátricos de los principios del ya citado Informe de la Comisión Ministerial. Se pedía, amén de informarles, su grado de acuerdo o desacuerdo.

Estas estructuras de los cuestionarios nos permitirían después un interesante estudio comparativo entre las diversas informaciones obtenidas a partir de dichos bloques de ítems.

Antes de ser aplicados se motivó a la población intentando lograr su colaboración. Para ello en el caso del primer cuestionario (QA), introdujeron cuñas en la programación radiofónica durante la semana previa a la encuesta; hablamos por radio haciendo énfasis en la necesidad de colaboración de la población y la importancia del estudio para la comunidad. También se pusieron anuncios en la prensa local, cuyo contenido se incluye en el apéndice, con los diversos modelos de cuestionarios.

En el caso del segundo cuestionario (QB), una vez reunido el personal y antes de que se les entregara el cuestionario, les fueron explicados el fin y los objetivos y fueron motivados adecuadamente procurando lograr su colaboración.

Y, por último, en el caso del tercer cuestionario (QC) se incluyó una carta intentando lograr la colaboración de los médicos y además se les envió un sobre franqueado, y con nuestra dirección para facilitar su labor.

Una vez realizado el cuestionario se aplicó uno previo —cuestionario piloto— a un colectivo de 45 a 65 sujetos para constatar los posibles errores y dificultades. Las modificaciones introducidas en el cuestionario definitivo fueron más de tipo formal que de contenido. Las razones para llevar a cabo este estudio piloto son las siguientes:

- Estimar la proporción probable de personas que colaboran.
- Averiguar las respuestas más típicas.
- Determinar la duración real de la entrevista.
- Poner de manifiesto fallos que pudieran pasar desapercibidos.
- Poner a prueba todas las preguntas en lo que se refiere a ordenación, redacción, terminología, etcétera.

Por último señalar que aunque se utilizó la modalidad de respuesta cerrada, se incluyeron espacios libres al final para sugerencias y opiniones. De hecho, en el tercer cuestionario, la información obtenida por este procedimiento fue considerable y de un especial interés. La aplicación de este cuestionario piloto se llevó a cabo el día 9 de marzo de 1985, fue realizado por un grupo de cinco entrevistadores de nivel universitario previamente instruidos para tal fin. El formato definitivo de los cuestionarios se incluye en el apéndice.

SELECCION DE LA MUESTRA

Según García Ferrando el muestreo es:

"Un procedimiento por el que se infieren los valores verdaderos de una población a través de la experiencia obtenida con un grupo que contiene un número menor de casos de la población" (García Ferrando, 1982).

La muestra, siguiendo a este autor es:

"El grupo de elementos seleccionados con la intención de estimar los valores verdaderos de la población" (García Ferrando, 1982).

Los problemas fundamentales que plantea la realización de encuestas por investigación muestral son dos:

- El tamaño de la muestra, en relación con la población que pretende representar.
- La selección de los elementos que han de componer esa muestra.

El número de elementos según Bugeda (Bugeda, 1970), tiene que ser lo suficientemente elevado para darnos una estimación del universo a que se refiere, pero al mismo tiempo debe ajustarse a las características de fines prácticos, de presupuestos, tiempo, etc., que la investigación requiere. Por otra parte, el gran tamaño de la muestra no garantiza por sí solo la seguridad de los datos.

Hay que considerar a priori el error de estimación o de medida que estamos dispuestos a admitir. Tal error expresado en términos de porcentajes, condiciona también el número de elementos que han de componer la muestra: a menor error de estimación, más voluminosa será la muestra. En el presente estudio se ha trabajado con el nivel de confianza del 95,5 por ciento, lo que significa un margen de error de \pm 4 por ciento, según las "tablas for statisticians" de Arkin y Colton.

El tamaño de la muestra en el caso del primer cuestionario es de 620 cuestionarios aplicados y 565 recogidos. El muestreo se realizó mediante listado por edad y sexo. Los puntos de muestreo se distribuyeron según los seis distritos electorales facilitados por el Ayuntamiento de Ávila.

La razón por la que fue elegida la técnica del muestreo aleatorio estratificado es porque corresponde a las características de nuestro universo, esto es: está naturalmente dividida en estratos o grupos que la muestra debe reflejar (Bugeda, 1970). Esta técnica aumenta las estimaciones de la muestra y la validez de la misma al estar representadas en ella todas las unidades o subdivisiones del universo. El cuadro de la distribución de la muestra se adjunta en la página siguiente.

El universo lo constituyan los abulenses mayores de 18 años residentes en Ávila capital, según los datos facilitados por el INE (Delegación provincial y publicaciones censales) y los que amablemente nos fueron facilitados por la Delegación de Estadística del Ayuntamiento de Ávila. Asciende a un total de 27.425 de un total de 42.934 habitantes censados. El método de selección de la muestra fue el muestreo aleatorio estratificado por los métodos de Random-Route y Kish. Tanto la distribución de la población por edades como por distritos se adjuntan en folios siguientes.

REALIZACION DE LA ENCUESTA

Se utilizó el método de la entrevista personal para obtener la información deseada de un sujeto determinado de antemano, por medio de una conversación directa

DISTRIBUCION TOTAL DE LA MUESTRA

%		TOTAL: 27.425	7,7	11,7	20,1	16,5	16,1	13,7	14,2	= 100%
		EDAD:	18-20	21-25	26-35	36-45	46-55	56-65	+65	
-	8,2	SEXO:								
		H 52,6	2	3	6	4	4	4	4	51 Q
	9,4	M 47,4	2	3	5	4	4	3	3	
		(4)	(6)	(11)	(8)	(8)	(7)	(7)		
	4,9	H 45,0	2	3	5	5	4	4	4	58 Q
		M 55,0	2	4	7	5	5	4	4	
	25,8	(4)	(7)	(12)	(10)	(9)	(8)	(8)		
		H 51,4	1	2	4	3	3	2	2	31 Q
	16,3	M 48,6	1	2	3	2	2	2	2	
		(2)	(4)	(7)	(5)	(5)	(4)	(4)		
	35,4	H 48,4	6	9	15	13	13	11	11	160 Q
		M 51,6	6	9	17	14	13	11	12	
		(12)	(18)	(32)	(27)	(26)	(22)	(23)		
		H 49,0	4	6	10	8	8	7	7	101 Q
		M 51,0	4	7	10	8	8	7	7	
		(8)	(13)	(20)	(16)	(16)	(14)	(14)		
		H 49,2	9	12	22	18	18	14	15	219 Q
		M 50,8	9	13	22	19	18	15	15	
		(18)	(25)	(44)	(37)	(36)	(29)	(30)		
100,0			48	73	124	103	100	85	87	TOTAL 620 Q

DISTRIBUCION DE LA POBLACION POR EDADES

	TOTAL	Hombres	Mujeres
Capital	40.137	19.431	20.742
Provincia	183.590	92.818	90.772

POBLACION DE 18 AÑOS Y MAS

EDAD	TOTAL	Qs	H-M	TOTAL
18-20	2.124	48	18-27	6.528
21-25	3.205	73	28-37	5.283
26-35	5.495	124	38-47	4.494
36-45	4.564	103	48-57	4.447
46-55	4.428	100	58-67	3.343
56-65	3.766	85	68-77	2.232
+ 65	3.843	87	78+	1.097
	27.425	620		27.425

DISTRIBUCION DE LA POBLACION POR DISTRITOS

DISTRITO	TOTAL	%	HOMBRES	%	MUJERES	%
1. ^o	3.530	8,2	1.858	52,6	1.672	47,4
2. ^o	4.048	9,4	1.818	45,0	2.230	55,0
3. ^o	2.096	4,9	1.078	51,4	1.018	48,6
4. ^o	11.088	25,8	5.367	48,4	5.721	51,6
5. ^o	6.996	16,3	3.426	49,0	3.570	51,0
6. ^o	15.176	35,4	7.463	49,2	7.713	50,8
	42.934	100,0	21.010	48,9	21.924	51,1

prefijada en el cuestionario previo y preciso. Las entrevistas fueron realizadas por jóvenes adiestrados para tal fin. Como quiera que no poseíamos un listado nominal de todos los habitantes de Avila mayores de 18 años, pero sí conocíamos las características en cuanto a edad, sexo y zona que debían reunir, se suministraron a cada entrevistador las instrucciones precisas del lugar y personas a quienes debían abordar.

Las ventajas de la entrevista directa son obvias: es más flexible porque los entrevistadores pueden adaptarse a las circunstancias y personas concretas, se observa directamente al entrevistado, sus reacciones y sus respuestas anímicas, con lo cual se pueden añadir esas observaciones al final del cuestionario; es más fácil verificar la sinceridad del entrevistado; es más fácil responder a cuestiones personales; no se requiere que el entrevistado sepa leer ni escribir o en el caso de personas mayores que "no tengan gafas en ese momento"; se tiene la certeza de que la respuesta es del sujeto elegido; el número de los que no responden es mucho menor (de hecho vemos que el número de cuestionarios dirigidos a los médicos por correo es sensiblemente inferior) porque el entrevistado puede motivar al sujeto y conseguir su colaboración; se pueden obtener respuestas espontáneas y el empleo del tiempo es más adecuado.

Por tanto, el valor científico de haber empleado la técnica de la entrevista mediante cuestionario es que se ha reflejado de un modo más directo y, por tanto, objetiva y fielmente los aspectos referentes a la actitud frente al enfermo y la enfermedad mental en Avila.

RECOGIDA DE DATOS DEL Q. A.

La recogida de información se realizó a través de un cuestionario precodificado de 17 ítems, uno de ellos con 31 subítems y otros de respuesta múltiple. La precodificación facilita la tarea de la mecanización y al estar ya normatizados, su acceso al ordenador, a través del libro de claves, es prácticamente directo.

Fueron aplicados el día 16 de marzo de 1985, por una red de 75 entrevistadores universitarios previamente instruidos y preparados para tal fin. Se distribuyeron en grupos según los distritos y con un jefe o supervisor de zona al que debían acudir en caso de duda y que tenía la misión de coordinar el trabajo.

El elemento humano, los entrevistadores, fue cuidado meticulosamente. Además de las características culturales y morales, el conocimiento de las técnicas de investigación sociológica y su rodaje en este tipo de trabajo, los acreditaba como óptimos candidatos.

La labor que se llevó a cabo con ellos estuvo encaminada a aclarar la meta del trabajo, motivarlos y potenciar en ellos aptitudes específicas para esa tarea concreta (Festinger y Katz, 1978).

Les fue explicado, en primer lugar, el motivo y la finalidad que perseguía el trabajo, así como los antecedentes que en esta línea existían ya. Se procedió después a estudiar el cuestionario con ellos, elemento por elemento, aclarando la finalidad y necesidad de cada una de las preguntas. Se plantearon las posibles dudas e interpretaciones que podían surgir en cada caso y las que anteriormente habían aparecido en el cuestionario piloto. Se entregó un cuestionario a cada investigador con el fin

de que lo estudiaran detenidamente y plantearan todas las posibles dudas para que pudieran ser aclaradas una por una. A continuación se explicó el sistema adecuado para llevar a cabo la entrevista y por último se les entregó a cada uno de ellos las instrucciones para realizar su trabajo, los lugares donde debían hacerlo, un plano de la ciudad, señalando el distrito al que habían sido asignados, así como un documento acreditativo de que estaban realizando dicho trabajo.

Con cada cuestionario, el entrevistado debía llenar una ficha de control en la que constara la dirección donde llevó a cabo la entrevista y las anotaciones y observaciones que considerase oportunas.

TRATAMIENTO MECANIZADO

La codificación se puede definir como el proceso de asignar un número a cada categoría de respuesta, el cual determina su lugar correspondiente en una ficha perforada, que se utilizará en la tabulación mecánica posterior (Padua, 1979). Ya hemos señalado que en el caso de nuestra investigación, el QA estaba precodificado.

Con la codificación establecida se redacta un libro de claves en el que se hace constar el código que le corresponde a cada ítem y que será necesario para la tabulación. En los cuestionarios con preguntas cerradas, como el utilizado en la mayoría de nuestros cuestionarios, la precodificación es factible y consiste en colocar en el propio cuestionario al lado de cada respuesta el número del dígito y en el margen la columna que ocupará en la tarjeta perforada.

Al hacer la codificación han de tenerse en cuenta los principios de economía aprovechando al máximo todas las columnas; el principio de uniformidad, adaptando los elementos del código a las configuraciones de las respuestas; y que no haya más de una perforación por pregunta, excepto si se trata de cuestiones de respuesta múltiple (Sierra Bravo, 1983).

La información resultante del QA fue tabulada y procesada en el Centro de Cálculo y Aplicaciones Informáticas (ODEC), mediante la aplicación del programa BAR-BRO IV. En dicho programa se establecían ya los puntos de interés del estudio: además de todos los datos de interés de la población encuestada que eran accesorios (sexo, edad, ocupación, etc.) y las preguntas específicas sobre el tema que nos proponíamos investigar a lo largo de todo el cuestionario, primero se programaron los grupos específicos de estudio comparativo (lo que en el argot se llaman cruces): los que tenían una relación familiar con algún enfermo mental y los que mantenían cualquier otro tipo de relación con ellos (de amistad, trabajo, etcétera).

Estos subgrupos, unidos a las características de la población general, han permitido hacer estudios comparativos de mucho interés para nuestro propósito.

Las tablas obtenidas de este primer cuestionario se expresan tanto en frecuencias absolutas como en porcentajes horizontales y verticales, y se incluyen en el apéndice.

RECOGIDA DE DATOS DEL Q. B.

El contenido de este cuestionario recoge las opiniones y actitudes del personal asistencial hospitalario, es decir, el colectivo de personas que prestan sus servicios en el Hospital Psiquiátrico Provincial de Ávila, en la fecha en que se aplicó el cuestionario. Este personal estaba compuesto por ATS, celadores, auxiliares de clínica, limpiadoras y se incluyó también un grupo de 36 alumnas de ATS que realizaban prácticas en dicho hospital en el momento de ser pasada la encuesta, y que pasaban muchas horas en contacto con los pacientes.

Por tanto, el universo en él lo constituyen 150 personas que prestan su servicio en hospital psiquiátrico con cualificación media (ATS) o nula, más las 36 alumnas arriba citadas.

La metodología adoptada en el caso del presente cuestionario fue la aplicación personal en los turnos de trabajo del personal asistencial. Se les mostró cómo realizar el cuestionario, se les motivó de modo directo y adecuado, garantizándose la confidencialidad de las respuestas.

El índice de contestaciones ha sido del 90,6 por ciento, es decir, 136 cuestionarios recogidos para el ulterior proceso de datos. Por tanto, cabe garantizar que los datos de este colectivo (personal asistencial hospitalario) casi exhaustivamente encuestado, tienen validez para la obtención de conclusiones y tendencias sociológicas en torno a las opiniones y actitudes sobre la enfermedad mental en Ávila.

La elaboración de las tablas estadísticas fue realizada manualmente, dado el número de cuestionarios, en el Instituto de Sociología Aplicada de Madrid.

RECOGIDA DE DATOS DEL Q. C.

Este cuestionario, dentro del contexto de nuestro trabajo investigador, recoge las opiniones y actitudes de los médicos de la capital y provincia abulense, en relación con el tema de estudio.

El cuestionario fue enviado a la totalidad de los médicos que ejercen su profesión en Ávila capital o provincia, según un listado facilitado por el ilustre Colegio Oficial de Médicos de Ávila. Fueron enviados un total de 646 cuestionarios.

La metodología seguida en este caso fue la aplicación postal del cuestionario, incluyendo una carta motivadora y un sobre franqueado para facilitar su cumplimentación y posterior recogida. Las cuestiones eran cerradas, pero se incluía un espacio abierto para la inclusión de las propias opiniones, que en sí eran un documento de gran valor informativo.

El índice de contestaciones se eleva al 30 por ciento de los médicos encuestados. Se trata de un índice representativo en una indagación de este tipo, donde la ausencia de respuestas es mayor que en cualquier técnica cara a cara. No obstante para efectos del proceso de datos, el volumen válido de contestaciones fue el 28 por ciento, es decir, 180 cuestionarios, dando por no válidos el resto por diversas causas, la primordial de las cuales fue la respuesta fuera de plazo.

Por tanto cabe garantizar que el colectivo médico encuestado tiene el índice de representatividad para obtener conclusiones válidas sobre las opiniones y actitudes de este segmento específico en torno al tema de las enfermedades mentales.

Las tablas estadísticas en este caso —como en el precedente del QB— dado su número, fueron realizadas en el Instituto de Sociología Aplicada de Madrid.

3.3. RESUMEN: FICHA TECNICA DE LOS TRES CUESTIONARIOS

Resumen

FICHA TECNICA DEL Q. A.

Partiendo de la extensa información bibliográfica (documentación nacional y extranjera hasta octubre de 1986) y habida cuenta de la necesidad de conocer las opiniones y actitudes de la población abulense frente a la enfermedad mental, se proyectó una amplia encuesta centrada en los sujetos mayores de 18 años de Avila capital. La ficha técnica de la metodología utilizada es como sigue:

1. Cuestionario piloto.

Fecha de realización.—9 de marzo de 1985.

2. Cuestionario a población abulense.

Fecha de realización.—16 de marzo de 1985.

Universo.—Personas comprendidas entre 18 y más de 65 años residentes en Avila capital cuyo número asciende a un total de 27.425.

Método de selección.—Muestreo aleatorio estratificado. La selección de los entrevistados se ha realizado por los métodos de Random-Route y Kish.

Niveles de confianza.—Margen de confianza del 95,9 por ciento y margen de error ± 4 por ciento, según las tablas de Arkin y Colton (Tables for Statisticians).

Tamaño de la muestra.—565 cuestionarios aplicados y recogidos.

Bases del muestreo.—Listado por sexo y edad.

Puntos del muestreo.—Se aplicaron los cuestionarios con la técnica anteriormente expresada, previa división de la ciudad en seis distritos.

Método de entrevista.—Personal, en las casas y en la calle, según un plan previamente diseñado.

Recogida de información.—Cuestionario precodificado por la red de 75 entrevistadores de nivel universitario, previamente instruidos y preparados por personal técnico, para la aplicación de dichos cuestionarios.

Tratamiento mecanizado.—La información resultante de la encuesta fue tabulada y procesada en el Centro de Cálculo y Aplicaciones Informática (ODEC), mediante la aplicación del programa BARBRO IV.

FICHA TECNICA DEL Q. B.

El contenido de este cuestionario recoge las opiniones y actitudes del personal asistencial hospitalario frente a los enfermos y a la enfermedad mental. Es decir, el colectivo de personas que prestaban su servicio (ATS, celadores, auxiliares de clínica, limpiadoras y un grupo de alumnas de ATS en prácticas) en el Hospital Psiquiátrico Provincial de Ávila, en la fecha en la que se aplicó el cuestionario.

Universo.—150 personas que prestan su servicio en el citado hospital, sin cualificación superior, además de un grupo de 36 alumnas de ATS en prácticas en el momento de la encuesta.

Metodología.—Aplicación personal en los turnos del personal asistencial garantizando la confidencialidad de los resultados.

— El índice de contestación ha sido del 90,6 por ciento, es decir, 136 cuestionarios recogidos válidos para el ulterior proceso de datos.

— Cabe garantizar que los datos de este colectivo (personal asistencial hospitalario) casi exhaustivamente encuestado, tienen validez para la obtención de conclusiones y tendencias sociológicas en torno a las opiniones y actitudes sobre las enfermedades mentales en Ávila.

Tablas estadísticas.—Las tablas estadísticas en índices porcentuales obtenidas del proceso de datos de las contestaciones del personal hospitalario asistencial se realizaron sobre la base de 136 cuestionarios (ciento por ciento) y fueron elaboradas en el Instituto de Sociología Aplicada de Madrid.

FICHA TECNICA Q. C.

Este cuestionario recoge las opiniones y actitudes de los médicos, que ejercen su profesión en Ávila capital y provincia, en relación con nuestro tema de estudio. Incluye tanto médicos generales como especialistas. La ficha técnica de la metodología llevada a cabo en este caso es la siguiente:

Universo.—Los 646 médicos que ejercen su profesión en Ávila capital y provincia, según los datos facilitados por el Colegio Oficial de Médicos, según listado de 1985.

Metodología.—Aplicación postal del cuestionario, incluyendo sobre franqueado para facilitar cumplimentación, con preguntas estructuradas, información pertinente y un espacio abierto para opiniones personales.

— El índice de contestación se eleva al 30 por ciento de los médicos encuestados. Se trata de un índice representativo en una indagación de este tipo. Para efectos del

proceso de datos, el volumen válido de contestaciones ha sido del 28 por ciento; es decir, 180 cuestionarios, ya que el resto han resultado invalidados por causas diversas.

— Cabe garantizar que el colectivo médico encuestado tiene el índice de representatividad para obtener conclusiones válidas sobre las opiniones y actitudes de este segmento específico en torno al tema de las enfermedades mentales.

Tablas estadísticas.—Las tablas estadísticas, en índices porcentuales, obtenidas del proceso de datos de las contestaciones de los médicos encuestados se efectuaron sobre la base de 180 cuestionarios (el ciento por ciento) y fueron elaboradas en el Instituto de Sociología Aplicada de Madrid.

(NOTA METODOLOGICA: Los resultados cuya tabulación no ofrecía el ciento por ciento de la muestra, han sido redondeados según las técnicas oportunas estadísticas al respecto, hasta obtener el ciento por ciento ideal. Por otra parte, todas aquellas tablas cuya suma total supera el ciento por ciento hacen referencia a preguntas de respuesta múltiple.)

4. ANALISIS DE RESULTADOS Y DISCUSION



Institución Gran Duque de Alba

4.1. ANALISIS DE RESULTADOS Y DISCUSION DEL Q. A.

4.1.1. Características generales de la población encuestada

Sexo, edad y estado

La muestra está constituida por un total de 565 personas encuestadas en Avila capital mayores de 18 años.

El porcentaje de hombres y mujeres es prácticamente igual, si bien hay un número algo mayor de mujeres (52,1 por ciento) con respecto al de varones (48 por ciento). El número absoluto de encuestados está compuesto por 276 hombres y 289 mujeres.

Es una población fundamentalmente joven, la mitad de la cual tiene menos de 40 años. Para poder profundizar en su estudio por edades, se dividió la muestra en los siguientes intervalos:

- De 18 a 27 años.
- De 28 a 37 años.
- De 38 a 47 años.
- De 48 a 57 años.
- De 58 a 67 años.
- De 68 a 77 años.
- 78 y más años.

Las proporciones de población que forman parte de los intervalos preestablecidos son:

	<i>%</i>	<i>En núms. Abs.</i>
De 18 a 27 años:	24,2	137
De 28 a 37 años:	19,1	108
De 38 a 47 años:	16,6	94
De 48 a 57 años:	15,9	90
De 58 a 67 años:	11,5	65
De 68 a 77 años:	8,8	50
78 y más años:	3,7	21

Las tablas han sido redondeadas, según los procedimientos estadísticos, hasta obtener el ciento por ciento ideal.

En todos los intervalos es mayor el número de mujeres que el de hombres, excepto en los dos comprendidos entre 38 a 47 años y 48 a 57 años:

	H%	M%
De 18 a 27 años:	23,9	24,6
De 28 a 37 años:	18,8	19,4
De 38 a 47 años:	17,4	15,9
De 48 a 57 años:	16,7	15,2
De 58 a 67 años:	11,2	11,8
De 68 a 77 años:	8,7	9,0
78 y más años:	3,3	4,2

Con respecto al estado civil, más de la mitad de la población está formada por matrimonios, una tercera parte por solteros y el resto se reparte entre viudos (más mujeres) y otras situaciones. Es de señalar el pequeño porcentaje de otras situaciones:

	%
Casados	56,5
Solteros	32,9
Viudos	9,9
Otras situaciones	0,7

La distribución por sexo es como sigue:

	H%	M%
Casados	56,9	56,1
Solteros	34,8	31,1
Viudos	7,6	12,1
Otras situaciones	0,7	0,7
	100,0	100,0

El estado civil varía, como era de esperar, según las edades. En el intervalo de edad más joven (18 a 27 años) no se ha encontrado ningún viudo ni tampoco lo que hemos dado en llamar "otras situaciones". A estas edades, más de las tres cuartas partes de la población encuestada (80,3 por ciento) están solteros y el resto (19,7 por ciento) casados, de lo que ya podemos inferir que en Ávila hoy día la gente contrae matrimonio a edades más avanzadas y no hay mucha juventud cuyo estado civil sea el de casado.

En el intervalo de edad siguiente (28 a 37 años), la situación se invierte y son más del doble (68,5 por ciento) las personas casadas que las solteras (29,6 por ciento), encontrándose además un porcentaje igualmente escaso (0,9 por ciento) de viudos y los que confiesan "otras situaciones". Por tanto podemos inferir que los abulenses comienzan a pensar en el matrimonio a partir de los 28 años, al menos eso refleja nuestro estudio.

En el grupo de edad inmediatamente superior (38 a 47 años) la diferencia entre casados (79,8 por ciento) y soñadores (17 por ciento) es aún mayor. Las personas siguen contrayendo matrimonio a partir de los 38 años. También a estas edades se encuentra algún viudo más (2,1 por ciento) y se detectan más "otras situaciones" (1,1 por ciento).

En el intervalo siguiente la situación adquiere la máxima disparidad de valores a lo largo de todos los grupos de edad estudiados. Es la época de la vida en la que es mucho más frecuente, estadísticamente hablando, el matrimonio (83,3 por ciento) y menos frecuente el estado civil de soltero (12,2 por ciento). El número de viudos a estas edades (48 a 57 años) va aumentando lenta pero inexorablemente.

Entre los 58 a 67 años los valores comienzan a repartirse. Hay menos casados (61,5 por ciento) y aunque pueden incidir factores como separaciones, suavemente registrado en el apartado de "otras situaciones" (3,1 por ciento), la causa más frecuente es la muerte y así lo demuestra ese aumento de viudos (21,5 por ciento) registrado. No obstante sigue habiendo un 13,8 por ciento de personas, al parecer, reacias al matrimonio.

En el penúltimo intervalo de edad establecido (68 a 77 años), los valores siguen redondeándose. Hay algún soltero menos (12 por ciento), algún casado menos (50 por ciento) y aumentan el número de personas que se han quedado viudas (38 por ciento). Nadie refiere encontrarse en "otra situación".

Por fin en el límite de edad (78 años o más), la frecuencia mayor está entre los viudos (76,2 por ciento), luego los casados (14,3 por ciento) y permaneciendo todavía un décimo de la población (9,5 por ciento), solteros.

De todo lo expuesto podemos inferir que la población abulense se casa tarde, generalmente a partir de los 28 años y parece seguir contrayendo matrimonio hasta edades muy maduras (en realidad el número de casados aumenta hasta la edad de 57 años). Que pocas son las que refieren hallarse en otras situaciones (convivencia, separación, divorcios, etc.), como corresponde a una sociedad conservadora. No obstante estas se dan más en edades maduras (58 a 67 años) (tal vez quien no se halla separado o divorciado a esa edad, esperará ya a quedarse viudo). También hay un bajo aunque constante porcentaje de personas reacias al matrimonio que incluso a edades avanzadas y contando con el hecho de que muchos a esta edad ya habrán muerto, asciende a un 10 por ciento de la población general.

4.1.2. Lugar de nacimiento

La mayoría de los habitantes encuestados de Ávila capital mayores de 18 años han nacido en la misma (46,4 por ciento), aunque también hay un alto porcentaje

(36,3 por ciento) de la provincia. Poco más del 10 por ciento (11,5 por ciento) proceden de otras capitales y algo más de un 5 por ciento (5,5 por ciento) de pueblos de otras ciudades. Sólo un 0,2 por ciento son extranjeros. Es curioso que un 0,2 por ciento no contesta. Son todas mujeres y todas mayores de 78 años. Posiblemente se trate de personas con deterioro intelectual a consecuencia de la edad.

Por sexos esta tabla es como sigue:

	H%	M%
Avila capital	50,0	42,9
Avila provincia	34,4	38,1
Otra capital	9,8	13,1
Pueblos de otra prov.	5,8	5,3
Extranjero	—	0,3
Nc/Nd	—	0,3
	100,0	100,0

El éxodo inmigratorio de las personas nacidas en los pueblos de la provincia hacia la capital, aunque constituye más del 25 por ciento a todas las edades, aumenta considerablemente a partir de los 48-57 años, superando el 60 por ciento en el intervalo de 68-77 años.

Es alarmante que un 64 por ciento de los mayores de Avila, entre 68 a 77 años, no hayan nacido aquí. Que se les traiga a morir aquí, separándoles de su ambiente con las consecuencias psicológicas que ello conlleva, pudiéndose deducir, que a la hora de planificar la asistencia a la población de Avila habrá que contar con recursos especiales encaminados a la asistencia psico-geriátrica y a la problemática de aislamiento por distanciamiento de la familia y del medio de origen.

El máximo porcentaje de individuos de otras capitales se halló en el intervalo (28 a 37 años) de lo cual podemos inferir que es por razones de trabajo o incluso de estudios, ya que disminuye con la edad.

Con respecto a los habitantes nacidos en otros pueblos de otras provincias, la mayoría tiene más de 78 años, por lo que podemos deducir y aducir las mismas razones. Posiblemente sus hijos, sus descendientes hayan establecido en Avila capital su residencia y se han traído con ellos a sus mayores, con el desarraigamiento que para ellos puede suponer. Pero está claro que no todas las personas pueden elegir su lugar de residencia. La mayoría no viven donde les gustaría vivir, sino allí donde pudieron encontrar un puesto de trabajo. Y esto es más así cuanto más baja es la cualificación profesional, especialmente en un momento de crisis económica y de alto índice de paro, circunstancias que se dan en esta situación.

4.1.3. Nivel académico y situación profesional

Efectivamente el nivel de estudios alcanzado por la población encuestada es bajo: algo más de la mitad de la población tiene estudios primarios o no tiene ningún tipo

de escolaridad. Las titulaciones superiores o medias en conjunto no superan el 20 por ciento. Algo más de 15 por ciento accede a bachiller superior y el resto se reparte entre bachiller elemental y formación profesional. Estos datos colocados en tablas son como siguen:

	%
Estudios primarios	39,3
Bachiller superior	15,2
No escolaridad	12,9
Bachiller elemental	9,9
Títulos medios	9,9
Títulos superiores	9,8
Formación profesional	3,0
	<hr/>
	100,0

Las variaciones de logros académicos según los sexos son poco significativas. Son más mujeres (52,7 por ciento) que hombres (47,3 por ciento) los que alcanzan titulaciones superiores (véase tablas horizontales). También hay más que sólo acceden a la enseñanza primaria (53,2 por ciento mujeres frente a 46,8 por ciento hombres), y son más las que se quedan sin escolarizar (57,5 por ciento mujeres frente a 42,5 por ciento varones).

El hombre, por lo general, y ésta es la conclusión, adquiere un nivel de enseñanza media (titulaciones medias, bachiller superior y medio, y formación profesional), mientras que la mujer consigue situaciones más dispares, la mayoría queda a unos niveles más bajos de instrucción, pero, sin embargo, alcanzan la titulación superior un 10 por ciento. Estos valores colocados en tablas son como siguen:

	H %	M %
Estudios primarios ...	37,7	40,8
Bachiller superior	15,6	14,9
Titulación media	11,6	8,3
No escolaridad	11,2	14,5
Bachiller elemental ...	10,9	9,0
Titulación superior ...	9,4	10,1
Formación profesional	3,6	2,4
	<hr/>	<hr/>
	100,0	100,0

Las variaciones por edades ofrecen unos datos socioprofesionales de gran interés. Por ejemplo, del intervalo de mayor edad un 4,8 por ciento tiene titulaciones medias, el resto sólo ha cursado estudios primarios o incluso no han asistido a la escuela.

La ausencia de escolaridad está prácticamente erradicada hoy, de tal manera que en el intervalo de menor edad no hay nadie que no haya ido a la escuela, aunque en el segundo intervalo (28 a 37 años) ya hay un 5,6 por ciento que no pudo asistir. Los porcentajes aumentan con la edad: a mayor edad nos encontramos más personas que no pudieron ir al colegio en su infancia.

Otro dato interesante es la reciente aparición, histórica y cronológicamente, hablando de la Formación Profesional, de tal manera que los dos grupos superiores de edad no han podido acceder a ella sencillamente porque antes no existía. Los oficios que ejercían eran aprendidos y transmitidos de padres a hijos y, entonces, a nadie se le ocurría que se pudiera estudiar eso que ellos veían hacer a sus mayores como posiblemente se plantearan ningún oficio que no hubieran visto en casa y que no fuera la continuación del negocio familiar. Era una distribución gremial de los oficios. Tan es así, que los primeros que accedieron a Formación Profesional tienen ahora 58 o 67 años.

En la actualidad hay más jóvenes que estudian bachiller superior y que acceden a titulaciones superiores. En realidad podemos decir que el nivel de estudios aumenta hasta la mediana de las edades estudiadas y disminuye progresivamente a medida que nos alejamos de ella por el límite superior.

Por experiencia clínica sabemos que un buen porcentaje de los que están en paro sin cobrar se ocupan de tareas marginales o haciendo lo que vulgarmente se conoce por "chapuzas" formando parte de la denominada técnicamente economía sumergida.

En cuanto a la situación laboral sólo un 40 por ciento de la población abulense está en activo y un 15 por ciento son jubilados. Algo más de un 20 por ciento son amas de casa; en el paro se encuentra casi un 10 por ciento de la población y estudian algo más de un 13 por ciento. Son datos a tener muy en cuenta porque un 60 por ciento de la población es mantenida por un 40 por ciento que produce. Esta situación necesariamente tiene que producir un desequilibrio entre los ingresos y los gastos, y un empobrecimiento progresivo de los bienes por la escasa proporción de sujetos activos. La tabla de porcentajes exactos se adjunta a continuación:

	%
Trabaja (activo)	40,7
Sus labores	21,6
Jubilado	15,8
Estudia	13,8
Paro sin cobrar	6,9
Paro cobrando	3,0
Nc/Nd	0,4

Son interesantes las diferencias por sexos. Lógicamente la mayoría de las personas que se dedican a sus labores son mujeres, pero se ha detectado también esta situación en un bajo porcentaje de hombres (0,4 por ciento). Hay alguna mujer más entre las que estudian (15,9 por ciento frente a 11,6 por ciento) y más del doble de la población activa son varones (58 por ciento frente a 24,2 por ciento). De todos

los sujetos que se encuentran parados, hay más mujeres que no cobran (8 por ciento frente a 5,8 por ciento). También hay más jubilados (19,6 por ciento) que jubiladas (12,1 por ciento). Ordenadamente estos datos son así:

	H%	M%
Trabaja (activo)	58,0	24,2
Jubilado	19,6	12,1
Estudia	11,6	15,9
Paro sin cobrar	5,8	8,0
Paro cobrando	5,1	1,0
Sus labores	0,4	41,9
Nc/Nd	0,7	—

La distribución de las ocupaciones, lógicamente, varía según las edades. Del intervalo de edad superior (78 años y más), lógicamente nadie estudia, ni está en activo, ni cobran paro. Menos de un 5 por ciento, sin embargo, se considera que están en paro sin cobrar. De todos modos algo más de un 80 por ciento de los ancianos están jubilados y menos de un 15 por ciento se dedican a sus labores.

Se ha encontrado población activa hasta los 68-77 años (sólo un 10 por ciento), si bien el mayor porcentaje se da en los intervalos 38-47 años (63,8 por ciento) y 48-57 (62 por ciento). La actividad del estudio decrece con la edad, como era de esperar, de tal manera que el 91 por ciento del total de jóvenes entre 18 y 27 años se dedican a algún tipo de actividad educativa (véase tablas horizontales).

El paro remunerado se da en todos los intervalos de edad estudiados, excepto en los dos más mayores, si bien sólo en el período 48-57 años supera levemente el 5 por ciento. Sin embargo las personas que no perciben este tipo de subsidio pero se consideran parados se distribuye a lo largo de todas las edades, siendo el porcentaje más elevado (15,3 por ciento) el encontrado entre los más jóvenes, tal vez porque sus empleos son más eventuales o no han encontrado todavía su primera ocupación remunerada. Le sigue en frecuencia el intervalo inmediatamente superior, es decir, de 28 a 37 años (10,2 por ciento) y luego los más mayores (4,8%).

La jubilación, obviamente, aumenta progresivamente con la edad. Pero se ha encontrado un 0,9 por ciento y un 1,1 por ciento en los intervalos de 28 a 37 años y 38 a 47 años respectivamente, lo que hace suponer que serán jubilaciones por enfermedad, dada su prematuridad. A partir de ahí las cifras aumentan, incrementadas también por las jubilaciones anticipadas que posiblemente haya afectado ya a parte de los entrevistados. A partir de esa edad, las cifras se incrementan a razón de más de un 20 por ciento por intervalo.

La actividad más constante en los diversos intervalos ha sido la de sus labores: aumenta progresivamente alcanzando su valor máximo (34,4 por ciento) en el intervalo de edad medio (48-57 años), para decrecer luego hasta las edades superiores, pero a cualquier edad se encuentran amas de casa.

A continuación ofrecemos estos datos ordenados por edades y ocupaciones:

Estudiantes % (del total de cada edad)

De 18 a 27 años	51,8
De 28 a 37 años	3,7
De 38 a 47 años	1,1
De 48 a 57 años	2,2
De 58 a 67 años	—
De 68 a 77 años	—
De 78 y más años	—

Trabajadores
(activos) % (del total de cada edad)

De 18 a 27 años	30,7
De 28 a 37 años	62,0
De 38 a 47 años	63,8
De 48 a 57 años	44,4
De 58 a 67 años	24,6
De 68 a 77 años	10,6
De 78 y más años	—

Paro cobrando
(subsidió de paro) % (del total de cada edad)

De 18 a 27 años	2,9
De 28 a 37 años	2,8
De 38 a 47 años	3,2
De 48 a 57 años	5,6
De 58 a 67 años	3,1
De 68 a 77 años	—
De 78 y más años	—

Jubilado % (del total de cada edad)

De 18 a 27 años	—
De 28 a 37 años	0,9
De 38 a 47 años	1,1
De 48 a 57 años	12,2
De 58 a 67 años	40,0
De 68 a 77 años	66,0
De 78 y más años	81,0

En cuanto al tipo de actividad profesional (excluyendo a los estudiantes que se incluyeron en el último epígrafe —Nc/Nd—), las ocupaciones activas están muy diversificadas, aunque las mayores frecuencias se encuentran en empleados administrativos y obreros no cualificados. Le sigue en frecuencia el número de mujeres dedicadas a las tareas domésticas; luego las profesiones liberales y los pequeños empresarios (ninguno supera el 5 por ciento). Los profesionales de cuadro medio y los trabajadores por cuenta propia, le siguen en frecuencia. Por su parte los propietarios agrícolas ganaderos, tanto grandes como pequeños, no supera el 1 por ciento. Estos datos ordenados en frecuencia decreciente se incluyen a continuación:

	%
Nc/Nd (incluye estudiantes)	32,3
Empleado, administrativo	18,2
Obrero no cualificado	12,0
Pensionista, jubilado	9,7
Sus labores	6,4
En paro	6,0
Profesión liberal	4,4
Pequeño empresario	3,7
Cuadro medio	2,3
Trabajo por cuenta propia	1,8
Empresario, directivo	1,4
Propietario agrícola grande	0,9
Propietario agrícola pequeño	0,7
	<hr/> 100,0

	H%	M%	= 100%
Propietario agrícola pequeño	100,0	0	
Cuadro medio	84,6	15,4	
Propietario agrícola grande	80,0	20,0	
Trabajo por cuenta propia	80,0	20,0	
Obrero no cualificado	79,4	30,6	
Empleado, administrativo	68,9	31,1	
Pequeño empresario	66,7	33,3	
Pensionista, jubilado	51,8	38,2	
Profesiones liberales	50,0	50,0	
Empresario, directivo	50,0	50,0	
En paro	38,2	61,8	
Sus labores	16,7	83,3	

Hay más hombres que mujeres en cualquier actividad, excepto en "sus labores" y en el apartado "Nc/Nd" que, como decíamos en la tabla anterior, incluye a la población estudiantil.

Hemos ofrecido las tablas del total de hombres y mujeres (véase tablas horizontales) que desempeñan el mismo puesto de trabajo.

Las variaciones según las edades arrojan valores máximos para los empleados y administrativos en los tres primeros intervalos de edad. En el intervalo medio las mayores frecuencias se dan, además de la profesión ya citada, en obreros no especializados. En los tres últimos intervalos (a partir de los 58 años) las mayores frecuencias se encuentran entre los pensionistas y jubilados.

La profesión de "sus labores" sólo decrece en el último intervalo (a partir de los 78 años), aumentando progresivamente desde los 28 años, lo cual supone que sólo la muerte exime a las amas de casa de sus tareas.

Es curioso señalar la motivación empresarial de los jóvenes, de tal manera que en el primer intervalo de edad ya se encuentra un 0,7 por ciento que refieren ser empresarios o directivos.

En el intervalo de edad superior sólo se han registrado dos tipos de actividades, además de jubilado, que son obreros no cualificados y sus labores.

Autoposición política

Parece ser que la mayoría de la población encuestada no tiene opiniones políticas definidas o es apolítico, porque si sumamos el porcentaje de sujetos que se definen como apolíticos y los que no contestan, el grueso de desinteresados políticamente (60,9 por ciento) es considerable. La mayoría de los que se definen lo hacen hacia tendencias de izquierda (10,6 por ciento) o de centro (8 por ciento). Las posiciones extremas son escasas. Los valores exactos son como siguen:

	%
Apolítico	35,8
Izquierda	10,6
Centro	8,0
Derecha	6,5
Centro izquierda	5,5
Centro derecha	4,4
Anarquista	1,8
Extrema derecha	1,2
Extrema izquierda	1,1
Nc/Nd	25,1
	<hr/> 100,0

Los hombres tienen más interés por la política que las mujeres, aunque hay muchas más mujeres (41,5 por ciento) que hombres (29,7 por ciento) que se definen políticamente como apolíticas. Pero, en realidad, esto debemos considerarlo como una no definición, y un desentenderse o no comprometerse que como un verdadero sentimiento de toma de postura, y desde ahí cualquier otra alternativa es más asumida por los varones que por las mujeres, excepto la extrema derecha, que es más militada por las mujeres (2,1 por ciento) que por los varones (40,4 por ciento), no encontrándose ninguna mujer en la extrema izquierda. Los valores exactos se añaden a continuación:

	H%	M%
Apolítico	29,7	41,5
Izquierda	13,4	8,0
Centro	10,9	5,2
Centro izquierda	8,3	2,8
Derecha	7,2	5,9
Centro derecha	4,0	4,8
Anarquista	2,9	0,7
Extrema izquierda	2,2	—
Extrema derecha	0,4	2,1
Nc/Nd	<u>21,0</u>	<u>29,0</u>
	100,0	100,0

Por edades los más extremistas, tanto de derechas como de izquierda, son los del intervalo de 48 a 57 años, si bien el porcentaje es escaso (2,2 por ciento). Este mismo porcentaje también se ha encontrado en los más jóvenes, en la autocalificación de extrema derecha y no se ha definido nadie de esa forma en tres intervalos, los de 28 y 37 años y los dos últimos.

Los más ancianos han dado las máximas puntuaciones en centro derecha (9,5 por ciento) y de abstenciones (38,1 por ciento). El porcentaje más elevado de centristas (12 por ciento) se encontró entre los 68 y 77 años de edad, y el de centro izquierda a los 28 a 37 años (10,2 por ciento).

Aunque apolíticos hay en todas las edades, como hemos visto es la postura más frecuente, el mayor porcentaje lo hemos encontrado en el intervalo de edad de 38 a 47 años (45,7 por ciento). Los que son más afines a los pensamientos de izquierda son los dos intervalos de edades más jóvenes y los de derecha los siguientes.

Anarquistas se han definido pocos. De hecho en los cuatro intervalos últimos de edad no se ha encontrado ninguno y el máximo porcentaje se obtuvo entre los 28 y 37 años de edad.

No se ha encontrado ninguna relación entre la autocalificación política y la relación con los enfermos mentales más apolíticos en el primer grupo (relación familiar) que en el segundo (relación no familiar), y algún sujeto más se ha decantado por

la extrema izquierda. Del resto de las alternativas posibles se han encontrado porcentajes más elevados en el segundo grupo que, además se ha abstenido menos:

	Familiar %	Otros %
Apolítico	34,5	30,0
Izquierda	10,7	12,3
Centro	9,5	10,3
Centro izquierda	7,1	7,0
Derecha	4,8	5,3
Centro derecha	4,8	4,5
Extrema izquierda	2,4	1,2
Anarquista	1,2	3,7
Extrema derecha	—	2,1
Nc/Nd	25,0	23,6
	100,0	100,0

En un estudio que el Dr. Buendía Vidal realizó en 1983 y publicó al año siguiente sobre la aceptación social del enfermo mental en Murcia, encontramos datos acerca de este punto: las personas que profesan ideologías de derecha adoptan una actitud de rechazo superior a las que profesan políticas de izquierdas:

“Las ‘derechas’ toleran menos la proximidad de vecindad, amistad, etc., del enfermo mental, como fruto —pensamos con Adorno— de una ‘filosofía política’ y una perspectiva social que sólo da cabida a un desesperado aferrarse a todo aquello que, aparentemente representa la fuerza y un desdeñoso rechazo de todo lo relegado a las posiciones inferiores” (Buendía Vidal, 1984).

Autocalificación religiosa

La mayoría de los encuestados dicen ser católicos, practicantes, disminuyendo la frecuencia de la práctica sucesivamente. Los indiferentes, los muy buenos católicos y los no creyentes no llegan cada una de esas alternativas al 5 por ciento, al igual que los que no se definen. Por tanto, vemos que es más difícil definirse política que religiosamente. Tal vez por tradición, pero la diferencia de uno y otro grupo que no contesta es sustancial (25,1 por ciento en cuestiones políticas frente a 4,2 por ciento en religiosas):

	%
Católico practicante	42,8
Católico no muy practicante	24,6
Católico no practicante	14,9
Indiferente	4,8
No creyente	4,4
Muy buen católico	4,1
Otra religión	0,2
Nc/Nd	4,2
	<hr/>
	100,0

Volviendo al trabajo anteriormente citado, parece haber también una relación indirecta entre aceptación de la enfermedad mental y religión o, al menos, práctica religiosa:

“Quienes practican más asiduamente toleran menos al enfermo mental cualquiera que sea el grado de proximidad, que los que no tienen práctica religiosa alguna” (Buendía Vidal, 1984).

Y añade:

“La vida religiosa favorece el autoritarismo y, en consecuencia, la intolerancia” (Buendía Vidal, 1984).

Todo ello desde una interpretación de las “actitudes autoritarias” como “medio de defensa”.

Lo que sí hemos encontrado en nuestra muestra es una cierta relación entre sexo y religión, en el sentido que las mujeres son mucho más practicantes que los hombres, incluso algunas se definen como muy buenas católicas. Los hombres por su parte se han definido más como católicos no muy practicantes, no practicantes e incluso no creyentes o indiferentes. No se ha encontrado ningún varón y sí un 0,3 por ciento de mujeres pertenecientes a otras confesiones no católicas. Las mujeres también se han definido más:

	H%	M%
Católico practicante	32,6	52,6
Católico no muy practicante	26,4	22,8
Católico no practicante	19,6	10,4
No creyente	7,6	1,4
Indiferente	6,5	3,1
Muy buen católico	2,5	5,5
Otra religión	—	0,3
Nc/Nd	4,8	3,9
	<hr/>	<hr/>
	100,0	100,0

Asombrosamente los que más índice de indiferentes han dado, han sido los de más edad (9,5 por ciento). Los que menos practican han sido los del segundo intervalo, 28 a 37 años (24,1 por ciento), y el mayor porcentaje de los que se han definido a sí mismos como no muy practicantes han sido los de intervalo de 58 a 67 años. Los más practicantes han sido los del intervalo de 58 a 67 años. Los más practicantes se encuentran a partir de los 58 años y el porcentaje de muy buen católico más elevado, lo hemos encontrado a los 68-77 años.

Los únicos sujetos pertenecientes a otras religiones tenían menos de 27 años y también el mayor porcentaje (6,6 por ciento) de sujetos no creyentes. Vuelve a darse la circunstancia de que el mayor número de sujetos que no se pueden definir por cualquiera de las alternativas propuestas es mayor de 78 años.

Tampoco se ha encontrado ninguna relación entre el contacto con enfermos mentales y la práctica religiosa, aunque parece haber menos practicantes entre los familiares de los enfermos psíquicos que entre los que tienen con ellos otro tipo de contacto. Sin embargo, entre los familiares hay más indiferentes, más no creyentes, pero más buenos católicos. Tienen, además, más dificultades para definirse:

	Familiar %	Otros %
Católico practicante	38,1	42,8
Católico no muy practicante	16,7	24,3
Católico no practicante	14,3	16,5
Muy buen católico	10,7	3,3
No creyente	8,3	4,9
Indiferente	7,1	4,5
Otra religión	—	0,4
Nc/Nd	4,8	3,3
	100,0	100,0

4.1.4. La relación con la enfermedad mental: tres cuestiones introductorias

Para poder cumplir el objetivo de la presente investigación: opiniones sobre la salud mental, se diseñó el cuestionario de tal manera (QA referido a la población en general) que nos diera dos tipos de informaciones: datos de la población general, la que está en la calle y con la que convivimos todos los días y aquellos otros datos que hacen referencia a esa proporción de población que tiene algún tipo de relación personal o afectiva o familiar (no profesional) con pacientes mentales.

El cuestionario constaba de dos grandes bloques de preguntas unidas por una pequeña inflexión de tres cuestiones. El primero hacía referencia a los datos socio-estadísticos de la población en general (sexo, edad, estado civil, ocupación y nivel de estudios). De puente entre este bloque y el siguiente, que es en definitiva el de mayor interés, se incluyeron lo que dimos en llamar tres cuestiones introductorias y que, como su nombre indica, presentaban o introducían el tema. Estas eran así:

1. ¿Conoce usted personalmente algún enfermo mental?
2. ¿Qué tipo de relación mantiene usted con ellos?
3. La información que posee sobre las enfermedades mentales la obtuvo a través de...

Y, por último, el grueso de información nos venía dado por las siete últimas preguntas, con varios apartados cada uno y en las que se pretendía medir el real sentimiento que el paciente mental provoca en el resto de las personas.

Esta estructura del cuestionario nos permitía establecer dos subgrupos comparativos muy interesantes: los que tienen una relación muy próxima, familiar, con este tipo de enfermos y los que la tienen algo más lejana (amistad, conocimiento, etcétera). Estos dos subgrupos comparados entre sí y a la vez comparados con las opiniones de la población general, nos darían una aproximación bastante fidedigna a esa primera hipótesis de trabajo: las opiniones sobre los enfermos mentales varían según el conocimiento que se tenga de ellos, según el parentesco o no que se tenga con este tipo de personas, en definitiva, según las relaciones afectivas, según se acerque uno a ellos o no, aparte de otras circunstancias de tipo cultural, creencias, religión, etcétera.

Pero no sólo de este primer cuestionario obtenemos estos tres bloques informativos: población general, relación familiar con enfermos mentales y otro tipo de relación con ellos, sino que además estos tres tipos de datos se podían desglosar según el sexo del entrevistado y la edad.

Con todo ello hemos intentado acercarnos lo más posible al sentir de la población general con el tema que nos ocupa.

Y ya pasamos a analizar lo que hemos dado en llamar tres cuestiones introductorias:

1. ¿Conoce usted personalmente algún enfermo mental?

Algo más de la mitad de la población encuestada confiesa conocer a algún paciente de este tipo. El bajo porcentaje de abstenciones en contestar puede hacer pensar que son un tipo de personas que en principio son fácilmente reconocibles, o eso piensa la gente.

	<i>%</i>
Sí	51,5
No	48,1
Nc/Nd	0,4
	<hr/>
	100,0

Hay una diferencia del casi 5 por ciento a favor de los hombres que dicen conocer a algún enfermo mental.

	H %	M %
Sí	54,0	49,1
No	45,7	50,5
Nc/Nd	0,3	0,4
	100,0	100,0

El bajo porcentaje de personas que no contestan (estadísticamente despreciable) se reparte entre las edades 38 a 57 años, el resto han respondido todos. No hay diferencias significativas entre los diferentes grupos de edades, manteniendo valores muy cercanos a la media ofrecida por los totales.

Población general y enfermedad mental

Veamos ahora qué relación tiene esta población encuestada con enfermos mentales.

De cada 100 encuestados el 57,9 por ciento tiene conocimiento personal de la enfermedad mental, un 14,9 por ciento por relación familiar y un 43 por ciento de otro tipo (véase tablas horizontales). Como vemos, son cifras respetables y más bien elevadas.

Hay más mujeres (58,3 por ciento) que tienen enfermos mentales en su familia que hombres (41,7 por ciento), sin embargo hay más varones que aseguran tener una relación más lejana con este tipo de enfermos (55,1 por ciento) que mujeres (44,9 por ciento). Las variaciones por edades no aportan datos significativos en cuanto a diferencias importantes: más o menos se viene respetando este equilibrio porcentual a lo largo de los diversos intervalos de edad establecidos en cuanto al tipo de relación con ellos y el sexo del encuestado (pregunta número 1).

Lo que sí es significativo es el porcentaje de relaciones familiares o de otra índole que los sujetos dicen tener a lo largo de los diversos intervalos de edad. Los que más familiares dicen tener son los del segundo intervalo, 28 a 37 años (20,2 por ciento), y los que menos los del intervalo de edad superior, es decir, 78 años o más (48 por ciento). Los que más relación de amistad o de vecindad, etc., tienen con pacientes de este tipo son los más jóvenes, 18 a 27 (25,1 por ciento) y los que menos los del intervalo que también tenían menos familiares, el superior, a partir de 78 años (2,5 por ciento). Lo que nos hace pensar que los jóvenes tienen una conciencia mayor por la cultura del fenómeno de la enfermedad mental y probablemente un concepto más amplio de ella que los de mayor edad que la niegan o sólo consideran enfermos mentales los casos muy graves.

El estado civil, como era de esperar, tampoco tiene nada que ver con el hecho de tener o no un paciente mental en la familia o tratar con ellos, pero como en el diseño general de la metodología se obtuvieron también estos datos, los ofrecemos, ya que disponemos de ellos: más de la mitad de las personas que tienen enfermos psíquicos en sus familias están casadas. Algo menos de la cuarta parte están solteras y el resto viudas:

	<u>Familiar %</u>
Casado	63,1
Soltero	23,8
Viudo	13,1
	<u>100,0</u>

La misma proporción se viene manteniendo para los que mantienen con este tipo de enfermos una relación de otro tipo, si bien los solteros tienen más amigos que familiares que pertenecen al colectivo de enfermos psíquicos, y los viudos muchos menos. También hay menos de un 1 por ciento que está en otra situación y que también mantiene una relación no familiar con estos enfermos:

	<u>Otra relación %</u>
Casado	54,4
Soltero	36,6
Viudo	8,2
Otra situación	0,8
	<u>100,0</u>

Ningún familiar de los enfermos mentales declaró hallarse en "otra situación".

La mayoría de los familiares de enfermos psíquicos encuestados han nacido en Avila capital, aunque no llegan al 50 por ciento. Una tercera parte ha nacido en los pueblos de su provincia y hay algo más de un 10 por ciento que proceden de otras capitales. De otras provincias hay un 6 por ciento, no habiéndose encontrado en nuestra encuesta a ningún familiar de enfermos psíquicos que haya nacido fuera del territorio nacional. Los datos exactos se exponen en la siguiente tabla.

	<u>Familiar %</u>
Avila capital	47,6
Avila provincia	34,5
Otra capital	11,9
Otros pueblos	6,0
	<u>100,0</u>

En estos dos conjuntos de datos aportados no ha habido ninguno encuestado que fuera extranjero ni tampoco nadie que no supiera donde había nacido, cosa que no pasaba con algún anciano de la población general. Por tanto, ya sabemos que ese 4,8 por ciento de ancianos que no podían recordar dónde habían nacido no tienen ningún tipo de relación con pacientes mentales, o también lo han olvidado.

Lo que sí es significativo, aunque no haya ninguna razón aparente, es que los familiares de los enfermos mentales tienen un grado de instrucción académica infe-

rior al del otro subgrupo de estudio establecido. Hay más sujetos que no tienen ninguna escolaridad y menos en cualquiera de las otras alternativas los niveles de estudio adquirido. Ante este hecho surgen multitud de hipótesis socioculturales que abren nuevos campos de investigación.

Buendía Vidal (1984) investigó el nivel de tolerancia de la comunidad murciana hacia el enfermo mental, descubriendo que son factores que influyen decisivamente en las actitudes colectivas el nivel socioeconómico, la educación y el hábitat, ya sea éste rural o urbano. Además el nivel educacional parece influir en la aceptación de estas patologías:

"Podemos decir que el nivel educacional determina en gran medida la actitud hacia los enfermos mentales, porque los conocimientos en general modifican positivamente la percepción de la enfermedad mental" (Buendía Vidal, 1984).

Podemos aún afirmar más en este sentido. Napoletano (1981) ha realizado una investigación entre enfermeras que realizaban estudios de psicología, llegando a la conclusión de que estos conocimientos (psicología) son muy eficaces a la hora de modificar las actitudes negativas hacia los pacientes mentales.

Por tanto, el hecho de que el grado de aceptación del enfermo mental depende o está relacionado con el nivel educacional de la población, nos lleva a pensar que las actitudes de rechazo se deben en gran medida a una falta de información. Esto equivaldría a decir que mediante la educación sanitaria podríamos, con el tiempo, llegar a modificar las actitudes negativas.

Debería, pues, ocupar un papel primordial en la planificación de la asistencia psiquiátrica, la promoción de los conocimientos de la población y muy concretamente lo relacionado con los modos de enfermar, las posibilidades de tratamiento y los principios generales de higiene mental. Sobre todo si tenemos en cuenta que:

"Esta capacidad de tolerancia de la población hacia el enfermo mental es responsable del éxito o del fracaso de todo programa de cambio" (Buendía Vidal, 1984).

Los niveles de escolaridad alcanzados por nuestros dos subgrupos comparativos, son los siguientes:

	Familiar %	Otra %
Primaria	35,8	36,6
No escolaridad	21,4	8,6
Bachiller superior	13,1	17,7
Titulación superior	10,7	11,5
Titulación media	8,3	12,8
Bachiller elemental	8,3	9,1
Formación profesional	2,4	3,7
	100,0	100,0

También hay diferencias significativas entre ambos subgrupos en cuanto a la situación laboral. En el grupo de familiares hay más jubilados, más amas de casa, y aunque hay un 6 por ciento en paro, no cobran subsidio. Sin embargo entre el grupo de no familiares hay más estudiantes, más trabajadores activos y menos jubilados y más amas de casa. Los valores comparativos en tablas se añaden a continuación:

	Familiar %	Otra %
Trabaja (activo)	39,3	45,7
Sus labores	27,4	15,6
Jubilado	20,2	11,5
Estudia	8,3	17,3
Paro sin cobrar	6,0	8,6
Paro cobrando	—	3,3
Nc/Nd	—	0,4

La actividad profesional está tan repartida que vamos a comenzar por ordenar los valores en tablas para su mejor comparación:

	Familiar %	Otra %
Obrero no cualificado	14,3	11,5
Empleado/administrativo	13,1	21,0
Jubilado	8,3	8,6
Sus labores	8,3	4,5
En paro	6,0	7,4
Pequeño empresario	6,0	4,5
Profesión liberal	4,8	5,3
Propietario agrícola pequeño	1,2	0,8
Cuadro medio	—	3,3
Empresario/directivo	—	2,5
Trabajador por cuenta propia ...	—	1,6
Propietario agrícola grande	—	1,6
Nc/Nd	38,1	27,2

Como vemos también algunas de las profesiones más cualificadas parecen estar fuera del alcance de los que tienen enfermos mentales en sus familias porque no se ha encontrado entre ellos ningún empresario o directivo, trabajadores por cuenta propia o del cuadro medio, ni tampoco propietarios agrícolas grandes. De nuevo tenemos que pensar en hipótesis explicativas de índole sociocultural.

La experiencia clínica de nuevo acude en nuestra ayuda para explicar estos datos. Son las personas con una mejor situación económica las que pueden acudir a los

profesionales más cualificados más precozmente y, por tanto, en estadios menos graves de la enfermedad, lo que hace que estos pacientes sean tratados de forma ambulatoria, y cuando necesitan hospitalización lo hagan generalmente en centros privados. También podría pensarse en argumentos de índole genético-hereditaria, de forma que las personas con este tipo de taras rara vez llegarían a ocuparse de estas actividades profesionales.

Del total de personas que dicen tener algún enfermo mental entre sus familiares no todos tienen trato con ellos, es decir, hay un pequeño porcentaje que aunque sabidos, no son reconocidos por la familia. Es el caso del enfermo pariente lejano que un buen día fue ingresado en un centro que se sabe que está allí, pero que no se le visita ni se tienen noticias de él. De todos modos éste es un porcentaje pequeño (2,4 por ciento) frente al 97,6 por ciento de personas que reconocen tener un enfermo mental en la familia y conocerle.

El porcentaje de encuestados que conocen enfermos mentales y mantienen con ellos otro tipo de relación que no sea familiar también es alto (82,2 por ciento) y es algo mayor el número de personas que aunque tienen este otro tipo de relación no familiar, no los conoce (14,8 por ciento).

Estos datos expresados en tablas son como siguen:

Relación familiar:

Sí conocen	97,6
No conocen	2,4
	100,0

Otro tipo de relación:

Sí conocen	85,2
No conocen	14,8
	100,0

Estos datos vistos desde el otro ángulo, se pueden expresar así: del total de personas que dicen conocer enfermos mentales, un 28,2 por ciento son familiares y el resto, 71,1 por ciento, conocidos, amigos, etc. (véase tablas horizontales). De los que no son conocidos pero están, existe un 0,7 por ciento que son familiares de los encuestados y un 13,2 por ciento con otro tipo de relación.

2. *¿Qué tipo de relación mantiene usted con ellos?*

Dejando a un lado el porcentaje de entrevistados que no contesta (y en él se incluyen los que no conocen a ninguna persona de este tipo), la mayoría dice que sola-

mente conocidos. Le sigue en frecuencia las relaciones familiares y otros tipos de relaciones. Hay pocos amigos y algún vecino. Los datos ordenados se incluyen a continuación:

	<u>%</u>
Solamente conocido	21,4
Familiar	14,9
Otras relaciones	9,2
Amigo	6,4
Vecino	6,0
Nc/Nd	42,1
	<u>100,0</u>

Efectivamente parece que casi la mitad de los encuestados prefieren no saber si tienen o no conocidos, amigos o familiares que sean enfermos mentales, porque desde luego la respuesta no es tan difícil: o sí, o no, y qué grado de proximidad. De todos modos, como era de esperar el mayor porcentaje se instala en el epígrafe de "conocidos", es decir, en el de menos cercanía, en el menos comprometido. Pero, por los estudios revisados al respecto, esto parece ser una distribución normal de las muestras, un comportamiento social que corresponde a la curva normal. Buendía (1984), en un estudio sobre la aceptación social del enfermo mental en Murcia, se sorprende de que, de varias alternativas propuestas (familiar, cónyuge, etc.) el porcentaje más favorable (80 por ciento) se dé cuando se trata de aceptar al enfermo psíquico como amigo. En este caso su concepto de "amigo" es equivalente al de "conocido" que nosotros ampliamos en nuestra encuesta, y esa afluencia de respuestas es interpretada por él de la siguiente manera:

"Tal vez este dato hay que atribuirlo al significado ambiguo que tiene la palabra "amigo", en contraposición a enemigo, pero sin que comparta ningún tipo de intimidad o aprecio" (Buendía Vidal, 1984).

Las variaciones por sexos se mantienen cercanas a estas medidas ofrecidas por el total de la población. No obstante las mujeres han respondido menos, de lo que se puede inferir que conocen realmente menos pacientes mentales que los hombres. Sin embargo, reconocen tener algún familiar más, menos amigos entre ellas y guardar otro tipo de relaciones. Estos datos ordenados son como siguen:

	H%	M%
Solamente conocido	25,7	17,3
Familiar	12,7	17,0
Otras relaciones	8,7	9,7
Amigo	7,6	5,2
Vecino	6,5	5,5
Nc/Nd	38,8	45,3
	100,0	100,0

Las diferencias según la edad mantienen más o menos estos valores aunque hay algunas peculiaridades. Por ejemplo, en los dos intervalos de edad superior ninguno de los encuestados refirió tener un amigo enfermo mental. Tampoco se encontró ningún vecino en el intervalo superior. A todos los niveles de edad estudiados lo más frecuente es que conocen enfermos psíquicos solamente a nivel de conocidos, le siguen en frecuencia, como ya vimos, los familiares.

Por otra parte, los enfermos mentales conocidos por nuestros encuestados y que no son sus familiares, casi un 50 por ciento son conocidos, luego en frecuencia se han encontrado otras relaciones y el resto se reparte casi equitativamente entre vecinos y amigos. Estos valores ordenados en tablas son como siguen:

Otras relaciones (no familiares)

Solamente conocido	49,8
Otras relaciones	21,4
Amigo	14,8
Vecino	14,0
	100,0

3. La información que posee sobre las enfermedades mentales la obtuvo a través de...

La mayoría de las personas encuestadas confiesan haber obtenido información sobre las enfermedades mentales a través de los medios de comunicación, en primer lugar, luego en conversaciones con otras personas, y a través de las lecturas. Un 25 por ciento tienen información de primera mano por los casos que conocen personalmente o de referencia. Un 12 por ciento a través de profesionales sanitarios y un 14 por ciento por propia experiencia. Podemos decir entonces que hay dos tipos de fuentes de información: directa e indirecta. Directa podemos considerar la propia experiencia e incluso los casos conocidos personalmente. Indirecta son los medios de comunicación, las conversaciones, lecturas, etc., y, lógicamente, es ésta una fuente mucho más común en la transmisión de conocimientos a cerca del tema que nos ocupa.

pa. Estas fuentes informativas ordenadas por frecuencia, son como siguen (el total supera el ciento por ciento por tratarse de preguntas de respuesta múltiple):

Radio, cine, TV	45,3
Conversaciones	36,5
Lecturas	31,9
Casos conocidos	25,1
Propia experiencia	14,2
Prof. sanitarios	12,2
Nc/Nd	3,5

Las variaciones entre sexos son poco significativas:

	H%	M%
Radio, cine, TV	43,1	47,4
Conversaciones	34,8	38,1
Lecturas	33,0	30,8
Casos conocidos	26,4	23,9
Prof. sanitarios	13,0	12,1
Experiencia	12,3	15,9
Nc/Nd	5,1	2,1

Las mujeres dicen tener más experiencia, pero haber conocido menos casos. También se informan más por medios indirectos, excepto por las lecturas. Son menos reacias a contestar.

En cuanto a la variabilidad de respuestas, según las edades, hay que señalar que los más jóvenes apuntan como primera fuente la lectura; el resto de los intervalos, la radio, el cine, y la TV, excepto los más mayores, que refieren como primera fuente las conversaciones con otras personas. Los más jóvenes también refieren tener menos experiencia sobre el asunto.

Las respuestas dadas a este ítem en ambos subgrupos comparativos varían como era de esperar, según la relación que tengan con personas afectadas mentalmente. Así, los que dicen tener algún familiar enfermo apuntan como primera fuente de información la experiencia vivida y luego los casos conocidos, mientras que los que tienen alguna otra relación apuntan como primera fuente de conocimientos esta segunda alternativa, después las lecturas y conversaciones. Estos valores comparados en porcentajes son como siguen (*):

(*) Al ser respuesta múltiple, los porcentajes no suman 100.

	Familiar	%	Otro	%
Experiencia vivida	41,7		16,0	
Casos conocidos	40,5		39,5	
Medios de comunicación	36,9		34,2	
Lecturas	29,8		37,4	
Conversaciones	26,2		37,4	
Prof. sanitarios	13,1		19,3	
Nc/Nd	1,2		1,6	

4.1.5. Grado de acuerdo o desacuerdo

Este es el grueso informativo del primer cuestionario, y en él vamos a comparar las respuestas a diversos ítems de los dos subgrupos comparativos establecidos anteriormente (los que tienen algún enfermo mental en su familia y los que tienen algún otro tipo de relación con ellos) y las respuestas de la población en general.

1. “La enfermedad mental es diferente a las demás”

Fundamentalmente, la población está de acuerdo con esta afirmación; menos de un 20 por ciento está en desacuerdo y sólo un 5 por ciento no piensa así en absoluto. Las tablas con valoraciones según la escala de Likert se añaden a continuación:

	%
De acuerdo	49,2
En desacuerdo	18,6
Muy de acuerdo	17,3
De acuerdo en ciertas circunstancias	6,0
En total desacuerdo	5,7
Nc/Nd	3,2
	<hr/> 100,0

Las diferencias entre ambos sexos no cambian mucho las cosas, si bien las mujeres están más de acuerdo con la afirmación citada que los hombres. Pero también es algo más elevado el número de féminas que está en total desacuerdo y contestan más que los varones:

	H%	M%
De acuerdo	47,1	51,2
En desacuerdo	19,2	18,0
Muy de acuerdo	19,2	15,6
De acuerdo en ciertas circunstancias	5,8	6,2
En total desacuerdo	4,7	6,6
Nc/Nd	4,0	2,4
	100,0	100,0

Por edades los que están más seguros de la diferencia de la enfermedad mental con respecto al resto de las enfermedades son los más ancianos (28,6 por ciento). Los que están sencillamente "de acuerdo" con esta diferencia son los del grupo de edad inmediatamente anterior, de 68 a 77 años (56 por ciento) y los del intervalo comprendido entre 48 y 57 años (55,6 por ciento).

Estarían de acuerdo, dependiendo de las circunstancias y en algunos casos, los dos grupos de edad más jóvenes, de 18 a 27 años (9,5 por ciento) y de 28 a 37 (9,3 por ciento). Y en desacuerdo está ese mismo intervalo de edad (25 por ciento) y en total desacuerdo el siguiente, 38 a 47 años (9,6 por ciento). Por tanto podemos inferir que la propuesta es directamente proporcional a la edad, es decir, más cierta cuanto mayor es la edad del que la suscribe. Los más jóvenes tienen una opinión menos condicionada y fatalista.

Las diferencias entre ambos subgrupos comparativos y la población general hablan por sí solas. El que tiene el problema en la propia casa piensa que la enfermedad mental es diferente a cualquier otra en más de la mitad de los casos. Sólo la quinta parte de estas personas está en desacuerdo y algo más de la décima parte en total acuerdo.

La hipótesis de trabajo de un estudio similar realizado por Serrano Prieto era que:

"Las actitudes hacia el enfermo y la enfermedad mental de los grupos sometidos a estudio son distintas por la existencia o no de enfermo mental en el núcleo familiar" (Serrano Prieto, 1985).

Nosotros a lo largo del presente estudio vamos a tratar de ver si la actitud de las personas con familiares con diagnósticos psiquiátricos es diferente a la de aquel otro sector de la población que no lo tiene. Estas actitudes vienen determinadas por el sistema sociocultural del que el individuo entra a formar parte y en donde va adquiriendo sus valores, siendo éstas y éstos (actitudes y valores) un medio para comprender la conducta humana, teniendo en cuenta la importancia de las familias en el plano de la transmisión de los mismos.

Según Ruiz Ruiz (1977), las actitudes se encuentran situadas entre los valores y las opiniones, y están compuestas por elementos cognoscitivos (creencias), afectivos

(sentimientos) y conductuales (comportamientos). Y estos tres elementos son los que pretendemos valorar en nuestra muestra y en nuestros dos subgrupos de estudio.

Las actitudes pueden ejercerse hacia una sola persona, un grupo indeterminado o un determinado grupo que posea características que le hagan diferente a los otros grupos, cual es nuestro caso, el grupo de los enfermos mentales.

Volviendo al estudio que nos ocupaba, la conclusión a la que Serrano Prieto llegó fue que:

"La actitud global de los familiares de enfermas y enfermos esquizofrénicos hacia la enfermedad mental es de rechazo" (Serrano Prieto, 1985).

Pero no sólo los que tenían un enfermo mental en su familia, sino que en los individuos de la muestra general también se daba esta actitud, pero en mayor grado. Dándose además una curiosa peculiaridad: los familiares rechazaban a los enfermos "por estigma social y creencias irracionales" acerca de la enfermedad mental; mientras que en el grupo de control, es decir, el que no tenía un familiar diagnosticado lo hacían por autodefensa. Lo cual no deja de coincidir con la creencia irracional y apriorística de que todo enfermo mental es agresivo en potencia.

Para cerrar este punto, la última conclusión a la que llega es que la variable sexo también influye: las enfermas eran rechazadas en mayor medida por sus padres, y los enfermos varones por sus madres. La interpretación de este hecho nos apartaría de nuestro objetivo de estudio, pero probablemente tenga que ver con la frustración de las expectativas que los progenitores de uno y otro sexo ponen en su descendencia.

Sin embargo cuando la distancia con el enfermo mental es mayor y no les une a ellos una relación de parentesco son menos de la mitad los que opinan así. Pero por otra parte la opinión inmediata es estar totalmente de acuerdo. Es curioso el hecho de que los que tienen menos relación con ellos se han atrevido a opinar más. Esto puede plantearnos la hipótesis de que el paciente mental, el enfermo de los nervios, crea dudas, ambivalencias e incertidumbres y muchas veces hace dudar de las propias opiniones o crea confusión.

Comparativamente las tablas son como siguen:

	Familiar %	Otro %
De acuerdo	51,2	48,1
En desacuerdo	20,2	18,9
Muy de acuerdo	13,1	19,8
En total desacuerdo	7,1	4,9
De acuerdo en ciertas circunstancias	6,0	7,4
Nc/Nd	2,4	0,9
	100,0	100,0

2. "La enfermedad mental en definitiva es un trastorno del Sistema Nervioso"

Aquí las opiniones son bastante claras: sí, en más de un 50 por ciento de los encuestados. Parece ser que necesitan encontrar una causa, a ser posible orgánica y que esa causa son "los nervios". El enfermo mental "está de los nervios" y en esa causa ya hay un apunte de objetivación y, por tanto, de curación. El porcentaje de los que están absolutamente de acuerdo es casi igual al de los que lo aceptan en determinadas circunstancias. Sólo un 1,1 por ciento de los encuestados rechazó de plano esta hipótesis. Los porcentajes exactos se añaden a continuación:

	%
De acuerdo	54,7
De acuerdo en ciertas circunstancias	13,8
Muy de acuerdo	13,1
En desacuerdo	6,4
En total desacuerdo	1,1
Nc/Nd	<u>11,1</u>
	100,0

La hipótesis propuesta es ligeramente más rechazada por las mujeres (valores inferiores), pero el grupo de las que lo aceptan totalmente es algo superior también. En general, tienen opiniones más taxativas las mujeres.

Veamos estas pequeñas diferencias:

	H %	M %
De acuerdo	52,2	57,1
De acuerdo en ciertas circunstancias	15,9	11,8
Muy de acuerdo	12,0	14,2
En desacuerdo	6,5	6,2
En total desacuerdo	1,4	0,7
Nc/Nd	<u>12,0</u>	<u>10,0</u>
	100,0	100,0

Los valores se mantienen prácticamente a lo largo de todas las edades estudiadas, si bien hay que destacar que los más mayores están de acuerdo completamente con la afirmación propuesta, no encontrándose ningún anciano a partir de los 68 años que contestara "en total desacuerdo"; como tampoco encontramos ninguno a partir de los 78 años que ni siquiera estuviera en desacuerdo. También hay que señalar que es en estas edades donde mayor índice de falta de respuesta se ha encon-

trado, es decir, los ancianos, o no contestan o contestan que la enfermedad mental es un problema de nervios.

Con respecto a los dos subgrupos comparativos que hemos establecido, los valores de los que tienen algún familiar enfermo son más moderados, menos extremos, aunque siguen estando en su mayoría de acuerdo, pero se apuntan más a las demás posibilidades, incluso hay más que están en absoluto desacuerdo.

Los que tienen otro tipo de relación con enfermos mentales son algo más tajantes. Siguen siendo un problema de nervios con mucha mayor frecuencia que la que presentaba el grupo anterior. Por consiguiente, las opiniones en contra son menos frecuentes. Vuelve a ser curioso el dato de que estos individuos, los que no tienen una relación tan estrecha con estos enfermos, son más capaces de emitir su opinión que los que tienen el problema en su propia casa. Puede ser que la presencia de estos pacientes cuestionen muchas cosas. A continuación se comparan los valores obtenidos en ambos subgrupos:

	Familiar %	Otro %
De acuerdo	44,0	52,7
Muy de acuerdo	15,5	13,6
De acuerdo en ciertas circunstancias	14,3	16,5
En desacuerdo	10,7	9,1
En total desacuerdo	2,4	0,8
Nc/Nd	13,1	7,3
	100,0	100,0

3. "Todas las personas tenemos algo de locos"

La distribución de los valores en este caso se parece mucho a los anteriores y las respuestas son afirmativas en su mayoría, incluso son equitativos los porcentajes de los que la aceptan taxativamente y los que hacen alguna matización. Por tanto, el porcentaje de los que discrepan de esta afirmación es considerablemente inferior. Incluso el número de personas que no han sabido responder a este ítem ha sido menor que en la afirmación anterior. Ordenadamente, los valores son como siguen:

	%
De acuerdo	58,6
Muy de acuerdo	12,7
De acuerdo en ciertas circunstancias	12,4
En desacuerdo	10,1
En total desacuerdo	2,3
Nc/Nd	3,9
	100,0

Los valores según el sexo:

	H %	M %
De acuerdo	56,2	60,9
De acuerdo en ciertas circunstancias	13,8	11,1
Muy de acuerdo	13,0	12,5
En desacuerdo	10,5	9,7
En total desacuerdo	3,3	1,4
Nc/Nd	3,2	4,4
	100,0	100,0

Como se puede apreciar hay ciertas diferencias: las mujeres están más de acuerdo en general, sin matizaciones y también han respondido con una frecuencia menor a las opiniones contrarias a nuestra propuesta.

Hay algunas características con respecto al tipo de contestación según la edad. Por ejemplo, ningún sujeto de edad superior a 78 años estaba "muy de acuerdo" con nuestra proposición. Y tanto este grupo como el de los jóvenes son los que más respondieron a la alternativa de "de acuerdo", encontrándose los valores menores en los grupos de edad inmediatamente superior e inferior a los citados.

Por otro lado, siguen siendo los más ancianos los que están en más absoluto desacuerdo con esta afirmación, y los que menos se han atrevido a opinar. Es decir, a esta edad, tal afirmación parece coherente, sin más y sin matizaciones. A la vista de toda una vida pasada, puede ser que eso sea así.

Los que más absolutamente de acuerdo están con la premisa propuesta son los de edades comprendidas entre 68 y 77 años (20 por ciento) y los que ofrecían menos seguridad en este sentido los de 38 a 47 años.

Las respuestas de los sujetos que viven el problema más de cerca tienen algunas matizaciones según el grado de proximidad del enfermo. En general, están mucho más de acuerdo (87,2 por ciento) con la afirmación propuesta los que tienen una relación de otro tipo con pacientes, que aquellos que la tienen entre sus familiares (79,8 por ciento). Parece ser que tener a una persona así ayuda a establecer diferencias y el dicho popular deja de ser exactamente fiel a la realidad. Puede ser que todos tengamos algo de locos, pero la locura que ellos conocen no es como para hacer esa extrapolación. No, no es lo mismo.

Consecuentemente hay más nivel de abstención entre los encuestados que tienen algún familiar enfermo (4,8 por ciento) que los que mantienen con ellos algún tipo de relación (3,3 por ciento) y las respuestas en las que se rechaza como falsa la propuesta son mayores en el primer caso (15,5 por ciento) que en el segundo (9,4 por ciento).

Los datos exactos obtenidos son como siguen:

	Familiar %	Otro %
De acuerdo	56,0	60,5
De acuerdo en ciertas circunstancias	13,1	11,5
En desacuerdo	13,1	7,8
Muy de acuerdo	10,7	15,2
En total desacuerdo	2,4	1,6
Nc/Nd	4,7	3,4
	100,0	100,0

Tal vez aquí ya pueda obtenerse la conclusión de que la enfermedad mental hace cuestionarse muchas cosas; el contacto con el enfermo hace difuminarse los límites entre salud y enfermedad, y las personas que están con ellos son más reacias a pronunciarse taxativamente.

4. "Los enfermos mentales pueden casarse como cualquier otra persona"

Por primera vez encontramos verdadera discrepancia entre los diversos subgrupos encuestados y entre las respuestas dadas por la población general a esta cuestión y a las precedentes. Es esta una afirmación menos tolerada porque ya compromete más la proximidad y la intimidad de la relación. Puede que la locura sea un problema de nervios, que no sea muy diferente al resto de las enfermedades orgánicas o que todos tengamos algo de locos. Pero de ahí a que este tipo de enfermos puedan casarse y, por tanto, llevar una vida normal y ser tratados como tales, hay una gran diferencia.

De hecho, muy pocos encuestados, menos de un 5 por ciento, están muy de acuerdo. De acuerdo, o con matizaciones, o en desacuerdo están la mayoría de la población y el grueso de los que están en total desacuerdo es mayor que los que sostienen la opinión contraria. En esta premisa vuelven a aparecer dudas en las contestaciones y el nivel de ausencia de respuesta vuelve a aumentar. Los porcentajes son como siguen:

	%
En desacuerdo	26,7
De acuerdo	26,5
De acuerdo en ciertas circunstancias	25,0
En total desacuerdo	11,2
Muy de acuerdo	4,1
Nc/Nd	6,5
	100,0

Las mujeres parecen estar más en contra de la premisa propuesta, y cuando la aceptan es con matizaciones. Además están más convencidas de lo que piensan y, por tanto, han respondido más que los hombres a esta cuestión. Los hombres, en general, parecen un poco más benevolentes. Las diferencias exactas se tabulan a continuación:

	H%	M%
De acuerdo	27,9	25,3
En desacuerdo	26,1	27,3
De acuerdo en ciertas circunstancias	21,7	28,0
En total desacuerdo	10,1	12,1
Muy de acuerdo	6,9	1,4
Nc/Nd	7,3	5,9
	100,0	100,0

La mayor proporción de los que están muy de acuerdo la hemos encontrado en los más ancianos y también el mayor índice de abstenciones, junto con los encuestados de edades comprendidas entre los 48 y 57 años.

El mayor grado de desacuerdo se ha obtenido en el período 68 a 77 años y las posiciones más moderadas entre gente de edades medias.

Las diferencias entre los dos subgrupos comparativos son aquí realmente significativas, más que en cualquiera de las proposiciones precedentes. Los que tienen algún enfermo mental en su familia no son partidarios de que éstos contraigan matrimonio. Sin embargo cuando la relación con ellos es más lejana parece que no los importa o que incluso están de acuerdo; posiblemente esta variabilidad de las respuestas se deba al mayor conocimiento del paciente que tiene el primer subgrupo con la consiguiente valoración real de sus posibilidades. Sin embargo los otros, al conocerlos menos o no afectarlos directamente tienden a "quedarse mejor" con sus respuestas más favorables.

A continuación se añade la tabla con los valores obtenidos.

	Familiar %	Otro %
En desacuerdo	23,8	31,7
En total desacuerdo	22,6	10,7
De acuerdo en ciertas circunstancias	22,6	23,9
De acuerdo	17,9	22,2
Muy de acuerdo	7,1	4,9
Nc/Nd	6,0	6,6
	100,0	100,0

5. "La locura es una enfermedad que se hereda"

De nuevo aquí las ideas vuelven a ser confusas: es en esta proposición cuando se da mayor índice de no responsividad de todos los vistos hasta ahora (16,8 por ciento). Posiblemente se considera una cuestión técnica para preguntar a expertos o al médico más que algo sobre lo que opinar. De todos modos, en general, los encuestados no están de acuerdo con esta afirmación, son más los que no creen que sea una patología hereditaria:

	%
En desacuerdo	31,0
De acuerdo en ciertas circunstancias	22,1
De acuerdo	17,2
En total desacuerdo	10,4
Muy de acuerdo	2,5
Nc/Nd	<u>16,8</u>
	100,0

La diferencia de respuesta según el encuestado, fuera hombre o mujer, no ha sido muy significativa, si bien las mujeres están un poco más de acuerdo y se han abstenido de responder un poco más:

	H%	M%
En desacuerdo	33,7	28,4
De acuerdo en ciertas circunstancias	20,7	23,5
De acuerdo	15,2	19,0
En total desacuerdo	12,7	8,3
Muy de acuerdo	1,4	3,5
Nc/Nd	<u>16,3</u>	<u>17,3</u>
	100,0	100,0

Por edades, los que más reacios son a aceptar esta hipótesis son los más jóvenes, tal vez más como un deseo que como una convicción real. Por su parte los más ancianos, además de haber sido los que menos se han atrevido a opinar parecen estar más de acuerdo.

Con respecto a las opiniones de nuestros dos subgrupos de estudio, la tónica general es estar en desacuerdo, bastante más los que tienen relaciones más lejanas con este tipo de pacientes. Pero como viene siendo habitual los pacientes de los enfermos se atrevén menos a pronunciarse en este sentido, como veremos a continuación:

	Familiar	%	Otro	%
En desacuerdo	28,6		34,2	
De acuerdo en ciertas circunstancias	25,0		22,2	
De acuerdo	15,5		15,6	
En total desacuerdo	9,5		12,3	
Muy de acuerdo	3,6		2,5	
Nc/Nd	17,8		13,2	
	100,0		100,0	

6. "Sin embargo la enfermedad mental se puede prevenir"

Sobre esta cuestión hay opiniones diversas. Eso creen al menos el 50 por ciento, pero sólo un 10 por ciento está completamente seguro. El resto con matizaciones podrían aceptar esta premisa, pero también un 10 por ciento está en desacuerdo de un modo más o menos tajante. Es más, más de un 12 por ciento de la población encuestada no se atreve a opinar. Los datos obtenidos exactamente son estos:

	%
De acuerdo	43,5
De acuerdo en ciertas circunstancias	22,1
Muy de acuerdo	10,3
En desacuerdo	8,3
En total desacuerdo	3,4
Nc/Nd	12,4
	100,0

Las variaciones intersexos si son significativas: sigue siendo un 10 por ciento de ambos los que están de acuerdo en que la enfermedad mental se puede prevenir como tantas otras, pero el grueso de ambas poblaciones discrepan un tanto. En general las mujeres están de acuerdo en un 45 por ciento de los casos sondeados frente a un 41 por ciento de los varones, pero éstos lo condicionan más y creen que se pueden prevenir solamente en algunas ocasiones. También los varones han contestado más a las posturas que reflejaban su desacuerdo. Han sido las mujeres las que más se han abstenido de pronunciarse en este caso concreto:

	H%	M%
De acuerdo	41,7	45,3
De acuerdo en ciertas circunstancias	25,0	19,4
Muy de acuerdo	10,1	10,4
En desacuerdo	9,4	7,3
En total desacuerdo	4,3	2,4
Nc/Nd	9,5	15,2
	100,0	100,0

La opinión de que la enfermedad mental puede ser susceptible de profilaxis es mantenida a lo largo de todos los intervalos de edad estudiados. Sin embargo es curioso que el grupo que más comulga con esta idea es el de los más ancianos.

Los que hacen depender la prevención de ciertos matices o en ciertas circunstancias son los comprendidos en el intervalo de edad de 38 a 47 años. Por otro lado también eran los más ancianos los que estaban en desacuerdo en mayor proporción con esta afirmación. Los grupos de edad que más dificultades han tenido para decidirse a contestar han sido los dos intervalos superiores, es decir, a partir de los 68 años.

Y en esta ocasión las opiniones de nuestros dos grupos comparativos de estudio son más dispares. Más de un 40 por ciento de los casos en ambos colectivos creen que la enfermedad mental se puede prevenir, aunque ponen más salvedades curiosamente los que guardan con este tipo de pacientes una relación más lejana a la familia. También es en este grupo donde más en contra están de que no se pueda prevenir, en total un 11,9 por ciento está en desacuerdo frente a un 17,9 por ciento de los parientes de enfermos mentales. Es decir, están más de acuerdo en que la enfermedad mental pueda prevenirse los que la tienen más lejos, mientras que los que padecen de cerca se muestran más escépticos, incluso dudan a la hora de contestar.

A continuación se añade la tabla con los valores obtenidos.

	Familiar %	Otro %
De acuerdo	41,7	43,6
De acuerdo en ciertas circunstancias	14,3	21,4
Muy de acuerdo	13,1	12,8
En desacuerdo	13,1	8,2
En total desacuerdo	4,8	3,7
Nc/Nd	13,0	10,3
	100,0	100,0

7. "Los enfermos mentales son personas peligrosas"

En este punto de nuestra investigación nos enfrentamos con el tema del miedo. El miedo que provoca la locura. Es la falta de información la que hace que la conducta de un enfermo mental se asocie todavía a aspectos mágicos o religiosos y sea vivenciada como algo que puede amenazar en cualquier momento. En la medida que los individuos vayan evolucionando y aumente el bagaje informativo de la población, se posibilitará una visión del mundo menos mágica y más racional. La presencia de ideas, si no científicas por lo menos sí autorizadas, hace que la percepción del enfermo psíquico conlleve menos carga de temor e irracionalidad con lo que disminuyen o desaparecen las actitudes de rechazo o los prejuicios.

"El hecho de que la conducta de un enfermo mental sea vivenciada por gran parte de la población como algo que puede amenazar en cualquier momento lleva necesariamente a actitudes de rechazo, el cual será mayor en la medida que aumente el grado de proximidad" (Buendía Vidal, 1984).

Al responder a esta proposición, el porcentaje de personas en desacuerdo ha aumentado. Al enfermo psíquico no se le vive como peligroso o agresivo en la mayoría de las respuestas obtenidas. Un 31 por ciento no está de acuerdo en absoluto con esa posibilidad. Un 47 por ciento admite un potencial agresivo que se desencadena sólo en ciertas circunstancias o en ciertos pacientes. Sólo un 18 por ciento está de acuerdo con la proposición, es decir, piensan que sí son agresivos. Los datos exactos han sido:

	%
De acuerdo en ciertas circunstancias	47,1
En desacuerdo	20,9
De acuerdo	14,3
En total desacuerdo	10,1
Muy de acuerdo	3,7
Nc/Nd	3,9
	<hr/> 100,0

Aquí sí que hay una característica específica en cuanto al sexo de los encuestados: a la mujer la da más miedo el loco. Tal vez porque tenga una real desventaja frente a él en cuanto a fuerza física, o tal vez por el potencial agresivo que ella le adjudica en su fantasía, lo cierto es que las encuestadas piensan que los enfermos mentales son agresivos en más proporción que los hombres. Y no creemos que se trate de un problema de machismo o de feminismo: dentro de las fantasías que puede suscitar un loco está la de que en un determinado momento ataque (y utilizamos el lenguaje vulgar, el que usan las personas encuestadas) y ante eso, un hombre, estadísticamente por su morfología, tiene más posibilidades.

Por otra parte, aunque no se ha investigado en la presente encuesta, probablemente dentro de ese peligro potencial que se asigna a la locura, no sea sólo el potencial agresivo violento, sino también el del ataque sexual. Es una hipótesis sin confirmar, pero que muy probablemente esté en la mente de muchas encuestadas. Los valores obtenidos son:

	H%	M%
De acuerdo en ciertas circunstancias	49,6	44,6
En desacuerdo	22,8	19,0
De acuerdo	13,0	15,6
En total desacuerdo	8,3	11,8
Muy de acuerdo	2,9	4,5
Nc/Nd	3,4	4,5
	<hr/> 100,0	<hr/> 100,0

De nuevo vuelven a responder más personas. Sobre este punto las ideas están más claras.

Las peculiaridades según la edad de los encuestados parecen indicar que las personas más jóvenes tienen menos miedo a los pacientes mentales, y los de mayor edad son más propensos a encontrar peligrosos a los enfermos psíquicos. De nuevo vuelven a ser los más ancianos los que tienen más dificultades para decidirse sobre el particular. En general la población está en contra de la afirmación propuesta hasta los intervalos medios de edad; a partir de ahí están de acuerdo.

En el estudio murciano que venimos comentando, más de la mitad (62 por ciento) consideran peligroso al enfermo mental. No obstante son los jóvenes los que menos participan de esa idea. También es un hecho que inspiran menos temor conforme aumenta el nivel de estudios.

Los valores aumentan en los grupos comparativos de personas con familiares y otra relación con pacientes mentales, en el sentido que los viven menos peligroso que la población general. La mayoría, tanto los que tienen algún familiar como los que mantienen con ellos otro tipo de relación, piensan que pueden ser peligrosos en determinadas circunstancias, opinión que comparten con la población general; pero el total de los que están en desacuerdo es mayor en ambos casos.

Las diferencias entre ambos subgrupos también van en ese sentido: los familiares piensan que son menos peligrosos. Por tanto, a modo de conclusión, podemos decir que el contacto con los enfermos mentales hace disminuir la opinión de que se trate de personas peligrosas. Estos resultados se ven claramente en las tablas:

	Familiar %	Otros %
De acuerdo en ciertas circunstancias	40,5	48,1
En desacuerdo	22,6	23,0
En total desacuerdo	17,9	10,3
De acuerdo	11,9	11,5
Muy de acuerdo	2,4	3,3
Nc/Nd	4,7	3,8
	100,0	100,0

8. "En realidad hay más 'locos' fuera que dentro"

De nuevo la mayor puntuación se ha encontrado en la alternativa "de acuerdo" con la presente premisa, disminuyendo en aquellos que ponen ciertas condiciones. En general hay más población que piensa así que la que está en contra, pero de nuevo vuelve a haber más dudas al respecto y, por tanto, es más elevado el número de sujetos que no contestan:

	%
De acuerdo	47,3
En desacuerdo	14,5
Muy de acuerdo	12,6
De acuerdo en ciertas circunstancias	8,5
En total desacuerdo	5,5
Nc/Nd	<u>11,6</u>
	100,0

Las variaciones por sexo son aquí mucho menos significativas que en cualquier de los items estudiados. En realidad los porcentajes de hombres y mujeres que contestan en uno y otro sentido son casi idénticos en ambos colectivos:

	H%	M%
De acuerdo	46,7	47,8
En desacuerdo	14,1	14,9
Muy de acuerdo	13,0	12,1
De acuerdo en ciertas circunstancias	9,4	7,6
En total desacuerdo	5,8	5,2
Nc/Nd	<u>11,0</u>	<u>12,4</u>
	100,0	100,0

La variabilidad de las respuestas según la edad no es muy significativa, aunque como viene siendo habitual los que menos se deciden a responder son los más ancianos. También son estos, junto con los del intervalo 58 a 67 años los que están más de acuerdo en que hay más locos fuera que dentro de las instituciones. Sin embargo los que no piensan así son los encuestados con edades comprendidas entre los 68 y 77 años de edad. Los más jóvenes son partidarios de las matizaciones y piensan que en ciertas circunstancias es verdad que hay más enfermos fuera que dentro de los hospitales psiquiátricos.

De los dos subgrupos de estudio comparativo los que tienen algún conocido, amigo, vecino, etc., que es enfermo de este tipo están más de acuerdo con la afirmación que nos ocupa, que los que tienen relaciones de parentesco con ellos. También son más capaces de decidirse. De nuevo vemos aquí lo que sucedía en otras muchas cuestiones: el hecho de tener al enfermo más cerca, ser parte de la propia familia, cuestiona muchos tópicos y es más difícil decidirse porque se toma el aserto de una manera más responsable, menos a la ligera:

	Familiar %	Otros %
De acuerdo	41,7	49,8
En desacuerdo	15,5	11,9
De acuerdo en ciertas circunstancias	10,7	10,3
Muy de acuerdo	8,3	13,6
En total desacuerdo	7,1	4,9
Nc/Nd	16,7	9,5
	100,0	100,0

9. "Personalmente no me importa ser amigo de un enfermo mental"

La inmensa mayoría de los encuestados están a favor de no rechazar a los enfermos mentales como amigos. No llega a un 10 por ciento el número de personas que no lo aceptarían. Por otro lado el número de abstenciones en pronunciarse ha sido particularmente bajo, no ha llegado al 2 por ciento:

	%
De acuerdo	59,5
Muy de acuerdo	19,3
De acuerdo en ciertas circunstancias	11,7
En desacuerdo	5,1
En total desacuerdo	2,5
Nc/Nd	1,9
	100,0

En cuanto a la posible diferencia de opinión según el sexo de los encuestados, se ha visto que no se da, porque si bien hay un mayor porcentaje de varones que han respondido estar "de acuerdo" con la premisa propuesta, han sido más las mujeres que están "muy de acuerdo" y además hay un porcentaje mayor de las que han rechazado las opiniones contrarias. Por tanto, siendo los porcentajes tan semejantes, no podemos inferir que haya realmente diferencias apreciables. Ese miedo que veíamos un poco más enraizado en las mujeres en aquel ítem que hablaba de la posible peligrosidad del enfermo mental, parece no incidir a la hora de considerarlos como amigos. Es de suponer que los amigos, pese a sus peculiaridades, son eso, amigos y, por tanto, no agresivos con los que les corresponden. Puede que un paciente psiquiátrico sea agresivo, pero cuando son pacientes y además amigos, ya no hay agresividad. En esta ocasión las mujeres tienen opiniones más definidas que los varones:

	H%	M%
De acuerdo	61,2	57,8
Muy de acuerdo	18,5	20,1
De acuerdo en ciertas circunstancias	12,0	11,4
En desacuerdo	4,3	5,9
En total desacuerdo	1,4	3,5
Nc/Nd	2,6	1,3
	100,0	100,0

Las diferentes respuestas según la edad de los sujetos encuestados sí tienen aquí valor significativo. A pesar de que el grueso de todas las poblaciones de cada intervalo han respondido estar a favor de la premisa propuesta, con una variabilidad del 40 al 60 por ciento, los que más están a favor son los de 28 a 47 años. Incluso "muy de acuerdo" está casi un 25 por ciento de los más jóvenes. Los más ancianos, como ya viene siendo habitual, son los que menos se atreven a opinar con mucha diferencia sobre cualquier otro intervalo de edad; además son el grupo que más condiciones pone ("de acuerdo en ciertas circunstancias") y al que más le importaría contar con enfermos psíquicos entre sus amigos.

Por otro lado ha habido tres grupos de edad en los que nadie ha estado "totalmente en desacuerdo". Estos han sido los más jóvenes, los más ancianos y los comprendidos entre 38 y 47 años. Este mismo intervalo de edad es el que más a favor está en todos los sentidos y han respondido todos. Tampoco se ha encontrado ninguna abstención entre las personas cuyas edades oscilaban entre lo 58 y 67 años de edad.

El intervalo de edad comprendido entre los 38 y 47 años sor los que más a favor están de contar con enfermos mentales entre sus amistades.

Los que tienen una relación familiar con estos pacientes están más a favor de tenerlos como amigos que los que tienen otro tipo de relación, ponen menos salvedades y están más en contra de su rechazo. Pero de todos modos, hay un poco más de ausencia de respuesta en este grupo que en el otro tipo de relación. Los porcentajes exactos se muestran a continuación:

	Familiar %	Otros %
De acuerdo	59,5	58,4
Muy de acuerdo	22,6	21,8
De acuerdo en ciertas circunstancias	7,1	11,5
En desacuerdo	7,1	3,7
En total desacuerdo	1,2	2,9
Nc/Nd	2,5	1,7
	100,0	100,0

10. "Los enfermos mentales deberían tratarse en las mismas clínicas y hospitales que los demás enfermos"

Esta opinión es mucho más criticada por la población general que las anteriores. Si en las premisas precedentes veíamos que el porcentaje de personas encuestadas que estaban de acuerdo rodeaba o superaba el 50 por ciento de los casos, ahora este porcentaje se reduce a un 31,9 por ciento. En consecuencia aumenta el grado de disconformidad con que este tipo de enfermos sea hospitalizado en centros generales y aumenta el número de personas que no se atreven a opinar. También disminuye el porcentaje de los que están taxativamente y sin reservas a favor de esta propuesta:

	%
De acuerdo	31,9
En desacuerdo	26,2
De acuerdo en ciertas circunstancias	14,7
En total desacuerdo	11,3
Muy de acuerdo	10,8
Nc/Nd	<u>5,1</u>
	100,0

Las diferencias de opinión según el sexo de los encuestados no son muy significativas. Ponen más condiciones las mujeres y están más de acuerdo a ultranza los hombres, pero sin que estas variaciones sean realmente importantes. El porcentaje de personas que no se atreven a opinar es prácticamente idéntico:

	H%	M%
De acuerdo	30,1	33,6
En desacuerdo	27,2	25,3
De acuerdo en ciertas circunstancias	13,4	15,9
Muy de acuerdo	12,3	9,3
En total desacuerdo	12,0	10,7
Nc/Nd	<u>5,0</u>	<u>5,2</u>
	100,0	100,0

La población en general es más tolerante con la enfermedad mental cuanto más joven es, es decir, los intervalos de edades inferiores parecen estar más a favor de tratamiento en centros no especializados (35,8 por ciento de los más jóvenes). De todos modos el segmento de población más tajante en este sentido ha sido el ubicado entre los 68 y 77 años de edad.

Los más moderados son los de las edades medias de la vida (38 a 47 años) y creen que la enfermedad mental debiera tratarse en centros comunes, pero según los casos y las circunstancias.

En desacuerdo están los encuestados más mayores, más todavía los del último intervalo y luego los del intervalo inmediatamente anterior, que además son los que menos se han atrevido a pronunciarse.

Los encuestados que tienen algún enfermo mental dentro de su familia están más de acuerdo en este tipo de hospitalización, digamos no especializado, que los que mantienen con ellos algún otro tipo de relación (40,5 por ciento frente al 26,7 por ciento). Sin embargo la proporción de los que están muy de acuerdo (8,3 por ciento) es menor en el primer grupo que en el segundo (12,8 por ciento), siendo éstos los que más se atreven a opinar:

	Familiar %	Otros %
De acuerdo	40,5	26,7
En desacuerdo	20,2	29,2
En total desacuerdo	14,3	11,5
De acuerdo en ciertas circunstancias	10,7	15,5
Muy de acuerdo	8,3	12,8
Nc/Nd	6,0	4,2
	100,0	100,0

11. "Es cierto el 'dicho' de que el 'loco' está más cerca de un genio que de un tonto"

En general, la población está de acuerdo con la premisa propuesta aunque de nuevo aquí aumenta el número de las personas que son incapaces de emitir su opinión al respecto. También se puede interpretar de igual modo ese 16 por ciento de encuestados que acepta el dicho según las circunstancias, que es tanto como decir que algunos sí y otros no. De todos modos los que piensan de este modo son una minoría de la población entrevistada:

	%
De acuerdo	41,6
De acuerdo en ciertas circunstancias	16,1
En desacuerdo	12,0
Muy de acuerdo	8,3
En total desacuerdo	4,1
Nc/Nd	17,9
	100,0

Los hombres no están tan a favor de la premisa propuesta como las mujeres. Dejando a un lado el porcentaje de personas que están absolutamente a favor de este dicho popular, que es igual en hombres y mujeres, las opiniones de estas últimas tienen menos reservas:

	H%	M%
De acuerdo	40,6	42,6
De acuerdo en ciertas circunstancias	17,0	15,2
En desacuerdo	13,0	11,1
Muy de acuerdo	8,3	8,3
En total desacuerdo	4,0	4,2
Nc/Nd	17,1	18,6
	100,0	100,0

Los de edades más avanzadas son los que están más de acuerdo con el dicho popular, sobre todo a partir de los 58 a 67 años. Debe ser esa altura de la vida en la que todo se empieza a ver con mayor relatividad y los límites entre la locura y no locura, entre lo sano y lo enfermo, se difuminan. Tal vez a esa edad uno ya no esté seguro de casi nada y a lo mejor en el loco hay algo genial que el resto de la gente no entiende. De hecho también es el intervalo de 68 a 77 años donde más dificultad han encontrado los encuestados para contestar (36 por ciento). En el intervalo de edad comprendido entre los 48 a los 57 años nadie ha respondido estar en "total desacuerdo" con dicha aserción popular.

Los familiares de los enfermos no los encuentran tan geniales como el resto de la población. Parece que los encuentran cualitativa y cuantitativamente diferentes al resto de la población y que no tienen mucho que ver con los superdotados. Aque-llos que están bregando con el problema de un enfermo mental, muchas veces con falta de apoyo social, no encuentran tan acertado el dicho popular que reza "un loco está más cerca de un genio que de un tonto". De hecho han respondido comparativamente con la población general y con el grupo de "otra relación" menos afirmativamente. Son menos los que están muy de acuerdo o, incluso, sólo de acuerdo. Las circunstancias no creen que cambian a una persona enferma hasta le punto de acercarla a la genialidad y las opiniones en el sentido de que la afirmación propuesta era falsa, son más frecuentes en el grupo de familiares que en la población general y el grupo que mantiene con ellos otro tipo de relación. Y, además de ser las opiniones más negativas, se han abstenido de pronunciarse más que el resto de los grupos: Los porcentajes exactos son como siguen:

	H%	M%
De acuerdo	38,1	41,2
En desacuerdo	17,9	9,9
Muy de acuerdo	9,5	10,7
De acuerdo en ciertas circunstancias.	8,3	17,3
En total desacuerdo	4,8	4,1
Nc/Nd	21,4	16,8
	100,0	100,0

12. *"Los enfermos mentales deben votar como cualquier otro ciudadano"*

La mayoría de los encuestados respeta el derecho al voto del enfermo mental. Un 26,5 por ciento se lo cuestiona y admitiría la situación en ciertas circunstancias, posiblemente dependiendo del tipo de patología y el estado de gravedad. De todos modos como es este un tema que afecta indirectamente al ciudadano, es decir, no es como el problema de la agresividad o asuntos que puedan tocarle más de cerca, ha habido poco porcentaje de no responsividad:

	%
De acuerdo	34,0
De acuerdo en ciertas circunstancias	26,4
En desacuerdo	19,5
En total desacuerdo	8,7
Muy de acuerdo	5,0
Nc/Nd	6,4
	100,0

Las variación según el sexo de los encuestados no son apenas significativas, si bien hay que señalar que han respondido más mujeres que hombres y que estos, en general, están más en desacuerdo con el hecho de que los pacientes mentales puedan votar:

	H%	M%
De acuerdo	32,6	35,3
De acuerdo en ciertas circunstancias	25,4	27,3
En desacuerdo	18,8	20,1
En total desacuerdo	10,5	6,9
Muy de acuerdo	5,4	4,5
Nc/Nd	7,3	5,9
	100,0	100,0

Los que más de acuerdo están en respetar el derecho al voto de los enfermos psíquicos son los encuestados cuyas edades oscilan entre los 58 y 67 años de edad. Los que ponen más condiciones y admitirían el voto en ciertas circunstancias son los del segundo período de edad establecido, 28 a 37 años. Más en desacuerdo los de edades medias, 48 a 57 años, y niegan por completo el derecho al voto a estos enfermos los encuestados de 68 a 77 años. Como ya viene siendo habitual en todas las proposiciones hechas, el grupo que menos se define es el de los más ancianos (28,6 por ciento).

Entre los dos grupos comparativos establecidos parece haber una actitud más benevolente de aquellos que tienen algún enfermo en la familia frente a los que guardan con ellos otro tipo de relación. En general ambos grupos están de acuerdo en respetar el derecho al voto del enfermo mental, pero son más los que han respondido sin reservas a este ítem y tienen algún familiar entre ellos. También han sido estos los que menos condiciones ponen. Pero también ha sido el grupo de familiares el que más se ha abstenido de contestar:

	H%	M%
De acuerdo	33,3	32,5
De acuerdo en ciertas circunstancias	22,6	30,5
En desacuerdo	17,9	20,6
En total desacuerdo	10,7	7,8
Muy de acuerdo	7,1	4,1
Nc/Nd	8,4	4,5
	100,0	100,0

13. "Personalmente no me importaría trabajar al lado de un enfermo mental"

La población encuestada sigue estando de acuerdo con esta nueva proposición en más de un 50 por ciento de los casos. Cerca de un 20 por ciento pone ciertas condiciones y aceptarían trabajar al lado de este tipo de enfermos "según y cómo" estuvieran. Pero son menos de un 15 por ciento los que estarían en contra de aceptar este tipo de situaciones. El número de personas que son incapaces de decidirse al respecto ha disminuido mucho con respecto a la penúltima propuesta estudiada y algo (2,3 por ciento) con respecto a la anterior:

	%
De acuerdo	52,6
De acuerdo en ciertas circunstancias	17,2
Muy de acuerdo	11,3
En desacuerdo	10,6
En total desacuerdo	3,5
Nc/Nd	4,8
	100,0

En esta ocasión están más de acuerdo los varones que las mujeres en cuanto a tener como compañero laboral a un enfermo psíquico. Las mujeres ponen más pegas y han respondido más a las alternativas en contra. También han sido menos capaces de decidirse y han respondido menos a la formulación propuesta:

	H%	M%
De acuerdo	54,0	51,2
De acuerdo en ciertas circunstancias	18,5	15,9
Muy de acuerdo	11,2	11,4
En desacuerdo	9,8	11,4
En total desacuerdo	2,9	4,2
Nc/Nd	3,6	5,9
	100,0	100,0

El hecho de aceptar un paciente mental como compañero de trabajo depende directamente de la edad y podemos inferir que a medida que la población aumenta de edad más rechazo hay. Los jóvenes son más abiertos, más tolerantes y son los que están más a favor de la integración del enfermo mental en la sociedad laboral con mucha diferencia sobre los grupos sucesivos. Los encuestados de edades medias son los que ponen objeciones, podríamos decir que mantienen una línea media de opinión: "sí, pero". Y los más mayores están en contra de aceptar esta situación, tienen esquemas más rígidos y tajantes de actuación social. También aquí los más ancianos han visto más dificultades para poder opinar.

No hay mucha diferencia de criterios entre los dos subgrupos establecidos. En general están más a favor los parientes de los enfermos que los que mantienen con ellos otro tipo de relación, que ponen más condiciones. Pero son estos, los que no tienen familiares, los que se han atrevido más a responder. Veamos las tablas:

	H%	M%
De acuerdo	59,5	51,0
De acuerdo en ciertas circunstancias	14,3	18,9
Muy de acuerdo	10,7	12,8
En desacuerdo	7,1	11,1
En total desacuerdo	2,4	2,5
Nc/Nd	6,0	3,7
	100,0	100,0

14. "Los enfermos mentales son incurables"

Esta ha sido la propuesta más rechazada por la población general de todas las vistas hasta el momento. Poco más de un 12 por ciento piensan que la enfermedad

mental no tiene remedio y casi un 20 por ciento están absolutamente convencidos de que no es así. El resto se reparte entre los que creen que puede curarse y los que piensan que algunas sí y otras no. De nuevo aumenta el porcentaje de los encuestados que no pueden o no quieren opinar:

	%
En desacuerdo	31,7
De acuerdo en ciertas circunstancias	27,8
En total desacuerdo	18,9
De acuerdo	10,8
Muy de acuerdo	2,8
Nc/Nd	<u>8,0</u>
	100,0

Las mujeres tienen una visión más optimista del pronóstico de la enfermedad mental. Han respondido más en el sentido de estar en desacuerdo con la incurabilidad de la patología psíquica y además han tenido menos dudas al responder que los varones. Los hombres son un poco más pesimistas:

	H%	M%
En desacuerdo	30,3	32,9
De acuerdo en ciertas circunstancias	28,3	27,3
En total desacuerdo	17,8	20,1
De acuerdo	10,9	10,7
Muy de acuerdo	2,9	2,8
Nc/Nd	<u>9,7</u>	<u>6,2</u>
	100,0	100,0

Las diferentes respuestas tienen la misma relación con la edad que la cuestión anterior: la edad del encuestado indica negativamente en cuanto a la visión del problema. Los más jóvenes ven la patología mental con mucho más optimismo que los mayores. *¿Ingenuidad versus experiencia?* Probablemente influyan en las opiniones tanto la inexperiencia de los más jóvenes como su actitud más positiva frente a la vida. Y en los más mayores lo contrario: tanto la experiencia vivida como la falta de esperanza en el porvenir. Lo cierto es que los más jóvenes piensan que las enfermedades psíquicas sí tienen remedio. Es más, en el intervalo de 38 a 47 años nadie ha respondido "muy de acuerdo" con la incurabilidad de la patología mental. Por otro lado las opiniones intermedias —curable en ciertos casos y circunstancias— son típicas de edades medias (48-57 años). De nuevo hemos vuelto a encontrar el mayor índice de no respuesta entre los más ancianos.

En este caso, concretamente, la cercanía con el enfermo mental incide de un modo negativo en la opinión a cerca de la curabilidad de estas patologías: son más optimistas los que mantienen con ellos otro tipo de relaciones que no sean familiares. Como dice Serrano Prieto:

“La existencia o no de enfermo mental en el núcleo familiar no sólo modifica la actitud del grupo hacia un rechazo de mayor o menor grado, sino que también la orientan características específicas de rechazo” (Serrano Prieto, 1985).

Efectivamente, los familiares responden con mayor frecuencia a la alternativa de “de acuerdo en ciertas circunstancias”, pero después de esa respuesta la más frecuente es en “desacuerdo”. Tal vez el contacto con los enfermos mentales, la duración larga, crónica la mayoría de las veces, de estas patologías, más que pesimistas, las hagan parecer realistas al respecto. Las patologías mentales tal y como son entendidas por el vulgo (y como botón de muestra no vale precisamente una reacción depresiva pasajera, sino el loco de toda la vida) son algo con lo que se convive durante toda la existencia del individuo. Los valores exactos de ambos grupos se añaden a continuación:

	H%	M%
De acuerdo en ciertas circunstancias	31,0	29,2
En total desacuerdo	26,2	20,6
De acuerdo	19,0	7,8
En desacuerdo	16,7	32,1
Muy de acuerdo	1,2	3,3
Nc/Nd	5,9	7,0
	100,0	100,0

15. “Son insuficientes los recursos económicos que se emplean para la asistencia psiquiátrica”

Con sólo mirar tablas, sin llegar siquiera a analizarlas podemos obtener una importante conclusión: la población general desconoce por completo la problemática asistencial en materia de salud mental. Pueden tener, como venimos viendo, su peculiar visión y opinión del enfermo mental. Pero siempre unitaria y parcial y siempre acordándose de aquella persona familia de fulanito o menganito (o su propio familiar) que conocen. Pero qué son, qué los ocurre, por qué pasa lo que pasa, cómo son tratados, cómo se trabaja con ellos o cuáles son sus necesidades, son cuestiones que casi nadie, ajeno a este problema, se hace.

La opinión pública ignora por completo las necesidades de este tipo de enfermos y, tristemente, parece suficiente con que un grupo de personas se dediquen a ese campo

y atiendan a esas personas. Pero nada más. En otros campos asistenciales la opinión pública puede preguntarse si la administración dedica o no suficientes recursos a este problema. En este área las respuestas más que sorprendernos, nos han deprimido. Tal vez sea un problema minotario y hay poca sensibilización.

Los porcentajes obtenidos en este ítem se muestran a continuación:

	%
En total desacuerdo	37,0
En desacuerdo	34,2
De acuerdo	3,9
De acuerdo en ciertas circunstancias	3,0
Muy de acuerdo	1,1
Nc/Nd	20,8
	<hr/> 100,0

Es posible además, que en este punto, en concreto, haya influido en la población estudiada el hecho de contar con un hospital psiquiátrico de reciente apertura (febrero de 1982). La opinión pública literalmente puede decir: "¡si tienen un hospital nuevo!, ¿qué más quieren?". De lo que también puede inferirse el tipo de asistencia que la población demanda para este colectivo de enfermos.

Los varones están más convencidos de que es suficiente. Las mujeres están un poco más en desacuerdo con que sean suficientes los recursos empleados para este tipo de patologías, pero de todos modos, las diferencias son estadísticamente poco significativas. Las diferencias en porcentajes son así:

	H%	M%
En total desacuerdo	35,5	38,4
En desacuerdo	33,3	34,9
De acuerdo	5,1	2,8
De acuerdo en ciertas circunstancias	3,3	2,8
Muy de acuerdo	1,8	0,3
Nc/Nd	21,0	20,8
	<hr/> 100,0	100,0

De todos modos ésta ha sido la cuestión sobre la que menos se han atrevido a opinar de todas las vistas hasta ahora: un 20 por ciento de la población no se ha atrevido a opinar sobre el asunto.

En esta ocasión la incidencia de la edad también es negativa pero en sentido opuesto: han sido los más mayores los que han opinado que los recursos de los que disponen

ne la psiquiatría son insuficientes. Los intervalos de edades medias están de acuerdo en ciertas circunstancias. Pero como no era una pregunta abierta no hemos podido averiguar a qué se refieren con eso de ciertas circunstancias. Los más jóvenes son los que más han respondido en la línea de acuerdo con la suficiencia de los recursos que destina la administración para salud mental.

En principio esta opinión choca un poco con la actitud que vienen demostrando los jóvenes a lo largo de todo el cuestionario: actitudes más comprensivas, aperturistas, de no segregación. Y precisamente por esto es explicable: si los jóvenes son partidarios de la integración social del enfermo mental, no creen que para ello se necesiten medios especiales. Es desde luego una postura ingenua, utópica y simplista.

Aunque las cotas de no respuesta han sido en general altas y más elevadas que en las otras cuestiones analizadas, de nuevo los más ancianos ofrecen el porcentaje más alto (47,6 por ciento) de no opinión.

Lo que sí nos ha sorprendido es que también piensan como la población general la mayoría de aquellos que tienen el problema en casa. Más de un 25 por ciento de familiares de pacientes entrevistados piensan que son suficientes los recursos económicos con los que cuenta la asistencia a la salud mental. Paradójicamente están más en desacuerdo los que tienen un tipo de relación más lejana con el enfermo mental (ver tablas horizontales) que sus propios familiares. Los valores han sido así:

	Familiar %	Otros %
El total desacuerdo	45,2	42,8
En desacuerdo	26,2	32,1
De acuerdo	6,0	3,3
De acuerdo en ciertas circunstancias	2,4	3,3
Muy de acuerdo	1,2	1,2
Nc/Nd	19,0	17,3
	100,0	100,0

16. "Las enfermedades mentales están causadas por los conflictos de la infancia"

La mayoría de los encuestados está de acuerdo en ciertas circunstancias. Creen que probablemente alguna patología mental tenga sus orígenes en conflictos infantiles, pero no otras. Después de esta opinión más difundida es la que está de acuerdo con la premisa ofrecida. Sólo un 13 por ciento de la población encuestada rechazaba la hipótesis, pero el número de personas incapaces de pronunciarse, ni a favor ni en contra, sigue siendo alto:

	%
De acuerdo en ciertas de circunstancias	38,2
De acuerdo	31,9
En desacuerdo	10,4
Muy de acuerdo	4,4
En total desacuerdo	2,7
Nc/Nd	<u>12,4</u>
	100,0

En general las mujeres están más de acuerdo. El rol femenino tradicionalmente ha estado más en contacto con la infancia y la sensibilidad del niño y según su experiencia parecen conceder mayor importancia a las vivencias infantiles que los varones:

	H%	M%
De acuerdo en ciertas circunstancias	37,7	38,8
De acuerdo	31,5	32,2
En desacuerdo	11,6	9,3
Muy de acuerdo	3,6	5,2
En total desacuerdo	2,9	2,4
Nc/Nd	<u>12,7</u>	<u>12,1</u>
	100,0	100,0

No hemos encontrado una relación clara entre la edad y el estar de acuerdo o en desacuerdo con la causalidad infantil de la enfermedad mental. Aún estando muy repartidos los valores, son similares y no ofrecen una tendencia clara. El porcentaje mayor de personas que estaban "muy de acuerdo" se encontró entre el grupo de 48 a 57 años. Los que están de acuerdo se encuentran tanto en las primeras edades (18 a 28 años) como en las últimas (68 a 77 años). Los que están de acuerdo en ciertas circunstancias son más frecuentes a los 28 a 37 años, y en desacuerdo el último grupo (68 a 77 años). Los que no comulgan en absoluto con la idea son los de 38 a 47 años. Por último, y como siempre, el grupo de mayor edad es el que menos ha respondido (42,9 por ciento).

Con respecto a los subgrupos de estudios establecidos, aunque ambos han dado máximas puntuaciones en la alternativa "de acuerdo en ciertas circunstancias", lo cierto es que en general están más de acuerdo con esta hipótesis los que tienen algún familiar con alguna enfermedad de este tipo. Hay un 15,6 por ciento de los encuestados que tienen otro tipo de relación con enfermos mentales que no están de acuerdo con esta proposición. De todos modos hay un 5 por ciento más de abstenciones entre los familiares de los enfermos psíquicos que en el otro grupo establecido:

	Familiar %	Otros %
De acuerdo en ciertas circunstancias	36,9	39,1
De acuerdo	34,5	30,0
En desacuerdo	8,3	12,3
Muy de acuerdo	4,8	4,9
En total desacuerdo	—	3,3
Nc/Nd	15,5	10,4
	100,0	100,0

17. *"Lo mejor es tener encerrados a quienes padecen enfermedades mentales"*

Las actitudes de prejuicio hacia cualquier grupo, y más hacia el grupo de enfermos mentales, están frecuentemente justificadas y reforzadas por estereotipos que Lindgren (1978) define como "impresiones generalizadas y cargadas de valor que las personas de un grupo utilizan para caracterizar a las de otro grupo". En nuestro caso, las personas supuestamente sanas frente a las supuestamente enfermas.

Desde que Pinel rompiera las cadenas de los enfermos mentales que estaban encerrados con los delincuentes ha pasado mucho tiempo. Dejando a un lado la experiencia árabe de la Edad Media, donde el loco era tratado con esmero, el tratamiento dado a estos enfermos ha sido variado y en ocasiones hasta opuesto. En España y a partir de aquel primer psiquiátrico abierto en Valencia en el año 1409 todas las ciudades han seguido su ejemplo. Hoy estos psiquiátricos siguen abiertos y en funcionamiento excepto en la ciudad de Cuenca, donde esperemos que una política sanitaria coherente le mantenga cerrado.

Es cierto que se necesitaba un centro donde atender y recoger a estos pacientes, pero no es menos cierto que la sociedad también quería protegerse y alejarse de ellos. Harán falta muchos años para que el verdadero pensamiento de la sociedad, persona a persona, cambie y dejen de verlos como un peligro del que hay que defenderse.

Hoy todavía vemos reflejada en nuestra encuesta que un 12 por ciento de la población piensa que es mejor tener encerrados a quienes padecen enfermedades mentales. Algo más de un 20 por ciento piensa que es adecuado en determinados casos y circunstancias. Pero afortunadamente son más los que piensan que esta política es desacertada (un 65 por ciento) y la mitad de ellos están absolutamente en contra de encerrar a los pacientes mentales en centros especiales. Hay que señalar que ha sido este ítem donde más nivel de responsividad se ha obtenido y sólo no se ha definido un 1,9 por ciento de la población. Los datos exactos son como siguen:

	%
En desacuerdo	32,6
En total desacuerdo	32,2
De acuerdo en ciertas circunstancias	21,1
De acuerdo	10,1
Muy de acuerdo	2,1
Nc/Nd	1,9
	100,0

No hay variaciones según el sexo de los encuestados en la cuestión que nos ocupa, si bien han respondido algo más las mujeres:

	H%	M%
En desacuerdo	32,2	32,9
En total desacuerdo	31,2	33,2
De acuerdo en ciertas circunstancia ..	21,7	20,4
De acuerdo	9,8	10,4
Muy de acuerdo	2,5	1,7
Nc/Nd	2,6	1,4
	100,0	100,0

Sin embargo las variaciones según la edad sí son significativas y podemos inferir que los jóvenes son más aperturistas en cuanto a la reclusión de los pacientes mentales: más de un 80 por ciento está en contra de la reclusión de los enfermos psíquicos en instituciones. Reservarían el encierro para determinados tipos de pacientes y en ciertas circunstancias los más ancianos y los de edades medias (48-57 años). La mayoría de los que ha contestado que está de acuerdo con el ingreso de estos pacientes, y es una mayoría relativa (28,6 por ciento) tienen más de 78 años. Y los que estaban muy de acuerdo con este tipo de medidas restrictivas han sido también pocos (7,7 por ciento) y sus edades oscilaban entre los 58 y 67 años. En este punto hay que señalar que los dos intervalos de edades superiores establecidos no contemplaban esta posibilidad.

Otro dato importante a señalar en esta cuestión es el alto nivel de opinión con respecto a otros ítems. Siguen siendo los más ancianos los que menos se atreven a opinar, pero esta vez el porcentaje se ha visto espectacularmente reducido: de un 42,9 por ciento de no respuesta que veíamos en la pregunta anterior, ha descendido a un 9,5 por ciento en ésta. Con respecto al internamiento del enfermo mental casi todo el mundo tiene su opinión, y ésta es mayoritariamente que no debe estar encerrado.

De igual manera opinan los dos subgrupos establecidos, si bien hay una actividad más benevolente en este caso por parte de los familiares de los enfermos mentales. Los que tienen otro tipo de relación con ellos son ligeramente más partidarios del encierro de estas personas. Como vemos aquí, lógicamente, influye el cariño, los sentimientos familiares que pese a la enfermedad persisten y la familia desea —por lo menos a nivel opinativo— un mejor tratamiento y la ausencia de tales medidas para sus parientes. De nuevo aquí es más fácil opinar a los que tienen una relación más lejana con los enfermos psíquicos que los que los tienen en casa. Los datos exactos se añaden a continuación:

	Familiar %	Otros %
En total desacuerdo	36,9	36,2
En desacuerdo	35,7	32,9
De acuerdo en ciertas circunstancias	15,5	18,5
De acuerdo	7,1	9,9
Muy de acuerdo	2,4	1,6
Nc/Nd	2,4	0,9
	100,0	100,0

La variación fundamental de estos dos subgrupos específicos con respecto a la población general es el hecho de que la respuesta más aceptada por estos grupos es la de "total desacuerdo" con el encierro de los enfermos mentales, mientras que la población general se decantaba por la alternativa "en desacuerdo". Esto nos lleva a inferir que el contacto con este tipo de pacientes hace cambiar la opinión que las personas tienen de ellos y que cuanto mayor es el contacto, menos es el deseo de segregarlos.

18. "*La enfermedad mental es un castigo*"

Los encuestados opinan que la enfermedad mental no es un castigo en más de un 70 por ciento de los casos. Ni siquiera están de acuerdo en ciertas circunstancias. Sólo piensan así un 16 por ciento de la población general.

Los valores obtenidos de nuestra muestra de población son:

	%
En total desacuerdo	36,8
En desacuerdo	35,9
De acuerdo	13,3
De acuerdo en ciertas circunstancias	4,8
Muy de acuerdo	3,2
Nc/Nd	6,0
	100,0

Las variaciones según el sexo de los encuestados esta vez sí tiene significación: las mujeres disienten más de esa opinión popular, de hecho la moda estadística se encontró en la alternativa "total desacuerdo" mientras que el grupo de varones se halló en la de "desacuerdo". Son éstos, los varones también, los que más han respondido que puede ser un castigo en ciertas circunstancias, si bien en ambos grupos esta posibilidad no ha sido muy aceptada. Por último el número de mujeres que no

han opinado es algo mayor que el de varones. Los valores exactos en tablas comparativas se añaden a continuación:

	H %	M %
En desacuerdo	37,0	38,8
En total desacuerdo	34,8	38,9
De acuerdo	12,3	14,2
De acuerdo en ciertas circunstancias	6,2	3,5
Muy de acuerdo	4,7	1,7
Nc/Nd	5,0	6,9
	100,0	100,0

En esta ocasión también la edad es incidente en la opinión propuesta: a más edad más a favor de que la enfermedad mental sea un castigo. De hecho los que más han respondido afirmativamente han sido los encuestados del intervalo de edad 58 a 67 años en las tres opciones positivas: "muy de acuerdo", "de acuerdo" y "de acuerdo en ciertas circunstancias". El grupo de edad que mayoritariamente se opone a esta creencia es el inmediato inferior, 48 a 57 años, si bien los grupos de edades anteriores también opinan de modo creciente en este sentido. De hecho los que más en "total desacuerdo" están son los más jóvenes y los del intervalo penúltimo.

Como ya viene siendo habitual los que menos han contestado han sido los de más edad, si bien este porcentaje (19 por ciento) no alcanza en este ítem sus cotas más altas.

De los grupos de estudio establecidos están más en contra de la enfermedad mental "es un castigo" los que tienen una relación más lejana con ellos (79,4 por ciento) frente a los que tienen un pariente enfermo (62 por ciento). Los familiares han contestado con más frecuencia que el otro grupo a la posibilidad de que a veces la enfermedad mental sí es un castigo, al menos en ciertas ocasiones. Parece que al vivir el problema más de cerca, más intensamente, realmente se vive un poco como castigo. Pero de todos modos no es una opinión muy extendida, ni entre la población en general, ni entre los subgrupos establecidos que se relacionan más directa o indirectamente con los pacientes psíquicos. Los valores exactos son como siguen:

	Familiar %	Otros %
En total desacuerdo	38,1	42,4
En desacuerdo	23,8	37,0
De acuerdo	16,7	9,1
De acuerdo en ciertas circunstancias	6,0	4,5
Muy de acuerdo	1,2	4,1
Nc/Nd	14,2	2,9
	100,0	100,0

19. "Las causas de las enfermedades mentales son las actuales condiciones de vida"

La cuarta parte de la población encuestada no opina así, pero el resto cree que sí inciden las formas actuales de vida en la salud mental (37,6 por ciento) y el resto cree que a veces sí influye, sobre todo en determinados casos (28 por ciento). A propósito de esta pregunta vuelven a ser más los sujetos que no responden:

	%
De acuerdo	30,3
De acuerdo en ciertas circunstancias	28,1
En desacuerdo	16,3
En total desacuerdo	9,9
Muy de acuerdo	7,3
Nc/Nd	8,1
	<hr/> 100,0

En general no hay diferencia entre los encuestados de uno y otro sexo. Entre los varones son compartidos de modo idéntico las opiniones a favor y a favor en ciertas circunstancias. Las mujeres, sin embargo, están a favor sin condiciones, pero también son más las que opinan lo contrario. Además ellas han respondido más que los varones.

	H%	M%
De acuerdo	29,0	31,5
De acuerdo en ciertas circunstancias	29,0	27,3
En desacuerdo	15,6	17,0
En total desacuerdo	9,8	10,0
Muy de acuerdo	7,2	7,3
Nc/Nd	9,4	6,9
	<hr/> 100,0	100,0

En esta cuestión las diferentes edades sí matizan los resultados. Están de acuerdo con que las causas de las enfermedades mentales son las actuales condiciones de vida los adultos a final de su vida laboral (intervalo de 58 a 67 años). La experiencia, el cansancio, los problemas laborales acumulados hasta ese momento y la perspectiva de la jubilación los llevan a inferir que sí influyen esas condiciones de vida en la salud mental. Esta opinión se mantiene en los primeros años de jubilación (intervalo siguiente) para decrecer luego en los más ancianos, aunque estos siguen opinando así de un modo tajante (simplemente "de acuerdo").

Los más jóvenes parecen más optimistas. Durante los tres primeros intervalos de estudio admiten que en algún caso el stress puede ser fuente de patología mental, pero la opinión de "desacuerdo" se ha obtenido más a estas edades, incluso la de "total desacuerdo", cuya máxima frecuencia la ofrece el intervalo de 18 a 27 años.

Como siempre, el mayor porcentaje de no respuesta lo ofrecieron los más ancianos. (De todos modos no está de más recordar que los mayores de 78 años vienen dando la puntuación más alta en abstenciones porque aunque el número absoluto de ancianos que no responden sea igual que el número absoluto de personas de cualquier otra edad, el grupo de ancianos está integrado por un colectivo menor y al comparar los porcentajes —no se puede hacer de otro modo, no sería estadísticamente significativo—, éstos resultan siempre más elevados. Por ejemplo, en el caso que nos ocupa se han abstenido de contestar un 28,6 por ciento de los sujetos mayores de 78 años. Pero es que el total de estos ancianos que integran la muestra es de 21 porque así lo requieren las tablas de proporcionalidad según la metodología. Si comparamos ese número de abstenciones con el de, por ejemplo, el intervalo 38 a 47 años vemos que es del 6,4 por ciento. Puede asombrar la diferencia y más cuando vemos que en la tabla de valores absolutos el número de sujetos de ambos grupos que no han contestado es idéntico —seis sujetos—. Pero este mismo hecho justifica el método de comparación en porcentajes que venimos utilizando: no tienen el mismo peso específico esas seis abstenciones de un total de 21 ancianos, que las mismas de un total de 94 sujetos que integran la submuestra del intervalo de edad de 38 a 47 años.)

Las opiniones de los subgrupos de estudio con respecto a que las condiciones de vida sean realmente las causantes de las enfermedades mentales, no varían en demasia, habiendo, sin embargo, alguna peculiaridad. El porcentaje de ambos grupos que están absolutamente de acuerdo, es prácticamente idéntico. Los que tienen relaciones no familiares con los enfermos están más de acuerdo sin más, y los que tienen relaciones de consanguineidad ponen más salvedades: la mayoría está de acuerdo en ciertas circunstancias. Por otro lado los porcentajes de los que rechazan con más o menos energía esta hipótesis, se equilibran en ambos grupos; de nuevo los que tienen más lejos al enfermo mental tienen menos pudor en manifestar sus opiniones:

	Familiar %	Otros %
De acuerdo en ciertas circunstancias	31,0	30,9
De acuerdo	28,6	31,7
En desacuerdo	20,2	14,0
Muy de acuerdo	7,1	7,8
En total desacuerdo	4,8	10,7
Nc/Nd	8,3	4,9
	100,0	100,0

20. "Los enfermos mentales deben trabajar porque mejoraría"

En general, toda la población es partidaria de poner a trabajar a los enfermos mentales, en más de la mitad de los encuestados. Incluso casi un 20 por ciento está

muy de acuerdo. Algo menos de esta proporción piensan que a veces pudiera ser beneficioso, pero según las circunstancias y en determinados casos. Sólo un 5 por ciento está en contra de esta medida. En este caso ha disminuido el número de personas que no se atreven a opinar:

	%
De acuerdo	55,9
Muy de acuerdo	18,2
De acuerdo en ciertas circunstancias	17,7
En desacuerdo	4,1
En total desacuerdo	0,9
Nc/Nd	3,2
	<hr/> 100,0

No hay diferencias significativas entre los encuestados de ambos sexos, aunque las mujeres encuentran más positivo el hecho de que los enfermos mentales trabajen. Los varones son un poco más escépticos y manifiestan sus dudas al respecto poniendo condiciones. También han sido los varones los que han tenido más dificultades para poderse decidir:

	H%	M%
De acuerdo	54,7	57,1
De acuerdo en ciertas circunstancias	20,3	15,2
Muy de acuerdo	14,5	21,8
En desacuerdo	5,1	3,1
En total desacuerdo	0,7	1,0
Nc/Nd	4,7	1,8
	<hr/> 100,0	<hr/> 100,0

La edad también influye positivamente en este caso: los más jóvenes son partidarios de que el enfermo mental tenga un trabajo, aunque también son ellos el grupo que más objeciones han mostrado. Los más reacios al trabajo de los enfermos son las personas del intervalo penúltimo, 68 a 77 años, no habiéndose encontrado ninguna persona del intervalo superior (78 o más años) que opinara negativamente. El porcentaje de no respuestas, aunque menor en este caso, también ha sido de puntuación máxima en el grupo de más edad (9,5 por ciento).

Curiosamente el grupo de familiares es más escéptico en esta ocasión que los que tienen con los enfermos otro tipo de relación. Aunque ambos subgrupos de estudio

están a favor de esta idea, e incluso aunque ponen más condiciones los no familiares que los familiares, estos han respondido más en contra que los no familiares. También han mostrado más dificultad para poder decidirse:

	Familiar %	Otros %
De acuerdo	56,0	54,3
Muy de acuerdo	20,2	19,3
De acuerdo en ciertas circunstancias	13,1	18,9
En desacuerdo	4,8	4,1
En total desacuerdo	3,5	0,4
Nc/Nd	3,5	3,0
	100,0	100,0

21. *"Los enfermos mentales, después que salen del hospital deberían vivir en la sociedad como cualquier otra persona"*

Prácticamente en las respuestas a esta pregunta, o mejor dicho, la opinión que suscita esta propuesta es unánime: el 90 por ciento de la población encuestada está de acuerdo. Y posiblemente la clave que conjura los miedos está en ese fragmento de la frase "después que salen del hospital". Por lo que venimos viendo a través de los diversos ítems, por lo que ya sabemos de los miedos, las ambivalencias, las dudas y las ignorancias con respecto a la salud y a la enfermedad mental, ésta parece ser la clave del éxito: en la sociedad sí, pero después de curados.

No llegan a un 1 por ciento los que disienten, ni tampoco los que están absolutamente en contra. Es más, con respecto a esta opinión se ha logrado casi un ciento por ciento de participación:

	%
De acuerdo	61,8
Muy de acuerdo	28,7
De acuerdo en ciertas circunstancias	6,7
En desacuerdo	0,9
En total desacuerdo	0,2
Nc/Nd	1,7
	100,0

Este tipo de opiniones pertenecería a un pensamiento y una ideología no custodiales, poco prejuiciada y con una actitud positiva hacia el enfermo mental:

"(El enfermo mental) Está en condiciones de tomar decisiones, incluso sobre problemas de la vida diaria" ... "No es especialmente agresivo... De ninguna manera, es la falta de fuerza moral una de las causas principales de las enfermedades mentales" (Arranz, López y Perisé, 1972).

Con respecto a la variable sexo hay una peculiaridad muy significativa: ninguna mujer es contraria a esta posibilidad y han respondido más que los varones. De éstos, aunque la inmensa mayoría están a favor de la integración social después de los tratamientos específicos, hay un 2 por ciento que aún rechaza la idea:

	H%	M%
De acuerdo	61,2	62,3
Muy de acuerdo	27,5	29,8
De acuerdo en ciertas circunstancias	6,9	6,6
En desacuerdo	1,8	—
En total desacuerdo	0,4	—
Nc/Nd	2,2	1,3
	100,0	100,0

La mayor frecuencia en todas las edades se ha obtenido en la alternativa "de acuerdo". Sólo en el grupo penúltimo (68 a 77 años) hay un pequeño porcentaje (2 por ciento) de personas que están en total desacuerdo con la idea propuesta. El resto de los intervalos ni han considerado la posibilidad de negarse rotundamente. "En desacuerdo" se han encontrado pequeños porcentajes que en ningún caso supera el 2 por ciento y tres grupos de edad, los de 28 a 37 años, los de 58 a 67 y los más ancianos no han respondido en ningún caso negativamente.

Las dificultades para opinar han sido escasas, incluso nulas en algunos intervalos (de 38 a 47 años y de 58 a 67 años). Los más ancianos, que como vemos son los que más se han abstenido a lo largo de toda la encuesta, aquí no superan el 10 por ciento, porcentaje éste considerablemente inferior a los que venimos observando a lo largo del presente trabajo de investigación.

Este tipo de tendencias se mantienen en los dos subgrupos de estudio establecidos, si bien son más partidarios en un 10 por ciento la que mantienen relaciones no familiares con los enfermos mentales. De estos ninguno ha respondido que estuviera en total desacuerdo y han respondido más. Por su parte los familiares de los enfermos mentales, aún estando a favor, ponen alguna pega más (porcentaje más alto en "de acuerdo en ciertas circunstancias"); ninguno está en desacuerdo y sólo un 1,2 por ciento en total desacuerdo:

	Familiar %	Otros %
De acuerdo	59,5	56,4
Muy de acuerdo	27,4	32,5
De acuerdo en ciertas circunstancias	8,3	7,8
En desacuerdo	—	1,6
En total desacuerdo	1,2	—
Nc/Nd	3,6	1,7
	100,0	100,0

22. “Una causa de la enfermedad mental es la falta de amor”

La mitad de los encuestados está de acuerdo y la otra mitad se reparte en los que creen que a veces la falta de amor sí es causa de patología mental y los que opinan que eso nada tiene que ver o no contestan. Los valores exactos obtenidos son como siguen:

	%
De acuerdo	42,7
De acuerdo en ciertas circunstancias	25,7
Muy de acuerdo	11,7
En desacuerdo	10,4
En total desacuerdo	3,7
Nc/Nd	5,8
	100,0

Las mujeres parecen ser algo más sensibles a este tema y el porcentaje de las que opinan que no tiene nada que ver es menor que el de los varones. Además hay alguna más que no ha podido decidirse a contestar:

	H %	M %
De acuerdo	42,4	42,9
De acuerdo en ciertas circunstancias	25,7	25,6
En desacuerdo	13,4	7,6
Muy de acuerdo	9,4	13,8
En total desacuerdo	4,0	3,5
Nc/Nd	5,1	6,6
	100,0	100,0

Los más ancianos no se atreven a pronunciarse tajantemente ni en uno ni en otro sentido, pero casi un 50 por ciento dan respuestas afirmativas; sólo menos del 5 por ciento están en contra de esa opinión. En cualquier intervalo el número de los que no piensan de esta manera no supera en ningún caso el 20 por ciento.

Con respecto a los que no han podido decidirse, ningún grupo ha superado el 10 por ciento, excepto el de edades superiores a los 78 años, que llega casi al 20 por ciento de personas que no contestan.

De todos modos es curioso y alentador que la población en general, lo que se dado en llamar "la gente", se preocupa por la incidencia de las relaciones afectivas en la enfermedad y en la salud mentales.

Sin embargo los familiares de los enfermos psíquicos no opinan así. Para ellos sería culpabilizante el hecho de admitir que la falta de amor sería la causa de la enfermedad de esas personas, porque, se supone, que ellos serían los responsables de esas carencias afectivas que deben llenar. Además es muy posible que ante ciertos padecimientos mentales se encuentren tan impotentes que no pueden creerse que su afecto por esa persona pueda variar las cosas, o incluso que si le hubieran querido más, esa persona enferma no hubiera llegado a ese estado.

Con estas reflexiones intentamos aproximarnos a los valores ofrecidos por los familiares de los enfermos, menos elevados que los que nos brindan los encuestados con relaciones más lejanas. En total no llegan al 50 por ciento de familiares que apoyan la hipótesis de la incidencia de la falta de amor en la patología mental. También es este grupo el que más dudas tiene al respecto en el sentido de contestar que puede a veces eso sea así, pero sólo en ciertas circunstancias. Y están bastante seguros de lo que dicen, es de las pocas veces que el grupo de familiares ha ofrecido un porcentaje más bajo de no respuestas que el otro subgrupo de estudio establecido. Las tablas que comparan los resultados son así:

	Familiar %	Otros %
De acuerdo	31,0	43,6
De acuerdo en ciertas circunstancias	31,0	25,9
Muy de acuerdo	17,9	10,3
En desacuerdo	13,1	10,3
En total desacuerdo	3,5	4,1
Nc/Nd	3,5	5,8
	100,0	100,0

23. "A los enfermos mentales se les debería prohibir los actos religiosos"

Más del 85 por ciento de los encuestados están en contra de esta opinión. Menos del 5 por ciento negarían a los enfermos mentales el derecho a participar en actos religiosos y el porcentaje de no respuestas es prácticamente el mismo que en la proposición anterior:

	%
En total desacuerdo	45,8
De desacuerdo	40,4
De acuerdo en ciertas circunstancias	3,7
De acuerdo	3,2
Muy de acuerdo	1,6
Nc/Nd	<u>5,3</u>
	100,0

No hay diferencias prácticamente entre hombres y mujeres en este asunto:

	H%	M%
En total desacuerdo	44,6	47,1
En desacuerdo	41,7	39,1
De acuerdo en ciertas circunstancias	3,6	3,8
De acuerdo	2,9	3,5
Muy de acuerdo	1,8	1,4
Nc/Nd	<u>5,4</u>	<u>5,1</u>
	100,0	100,0

Sin embargo, las diferencias según la edad de los encuestados sí presenta algunas peculiaridades. Por ejemplo los más mayores son absolutamente contrarios a prohibir los actos religiosos a los enfermos mentales y menos de un 5 por ciento admitiría tener en cuenta las determinadas circunstancias de cada caso. El porcentaje más elevado de prohibiciones se registra en el intervalo anterior (de 68 a 77 años) y no supera el 10 por ciento. En el intervalo medio de edad (48 a 57 años) tampoco nadie es de la opinión de prohibir los actos religiosos a los enfermos psíquicos.

Como tendencia podemos inferir que la inmensa mayoría de la población encuestada es partidaria de consentir la asistencia de los enfermos a los actos eclesiásticos; que la mayoría es capaz de opinar en este tema y son muy pocos los que niegan ese derecho a estas personas.

Y sus familiares menos todavía. Casi un 90 por ciento de las personas que tienen algún familiar con patología mental son incapaces de negar la asistencia de éstos a los actos litúrgicos. Esta opinión está en este grupo más generalizada incluso que en el otro subgrupo establecido, que pone más pegas y tiene más dificultad para poder opinar. Las tablas comparativas son como siguen:

	Familiar %	Otros %
En total desacuerdo	52,4	44,9
En desacuerdo	36,9	39,5
De acuerdo	4,8	3,7
De acuerdo en ciertas circunstancias	2,4	3,7
Muy de acuerdo	1,2	2,9
Nc/Nd	2,3	4,1
	100,0	100,0

24. "Los manicomios deberían estar fuera de las ciudades"

En este caso las opiniones están muy divididas, aunque hay diferencia entre los que están a favor de que así sea (30 por ciento) y los que están en contra (40 por ciento) esto no supone una tendencia totalitaria, sino una división de pareceres. Algo más de un 10 por ciento de la población opina que dependería de las circunstancias y alguno más no puede opinar.

	%
De desacuerdo	28,5
De acuerdo	24,4
En total desacuerdo	15,4
De acuerdo en ciertas circunstancias	11,2
Muy de acuerdo	6,9
Nc/Nd	13,6
	100,0

Las mujeres, en general, son más benevolentes en este aspecto. Aunque son de la misma opinión, hay menos a favor de la segregación social de los manicomios que los hombres. También han respondido en menor medida:

	H%	M%
En desacuerdo	26,8	30,1
De acuerdo	26,1	22,8
En total desacuerdo	15,6	15,2
De acuerdo en ciertas circunstancias	10,9	11,4
Muy de acuerdo	9,1	4,8
Nc/Nd	11,5	15,7
	100,0	100,0

En general la edad apoya esta opinión: a mayor edad, más encuestados encontramos que sean partidarios de la ubicación de los psiquiátricos fuera de la ciudad. Los que más de acuerdo están con esta opinión son los del intervalo comprendido entre 58 y 67 años, pero los que están más absolutamente a favor de esta hipótesis ("muy de acuerdo") son los más ancianos, que superan el 50 por ciento. Los encuestados cuyas edades oscilan entre 28 y 37 años son los que más condiciones ponen ("de acuerdo en ciertas circunstancias"). Los más jóvenes, sin embargo, son absolutamente contrarios a esta hipótesis. En este caso el mayor índice de no responsividad se ha encontrado en el intervalo 68 a 77 años.

Los familiares de los propios pacientes están más de acuerdo con que los psiquiátricos estén fuera de las ciudades que los que tienen otro tipo de relación con los enfermos mentales. Estos, además, hacen depender su ubicación en ciertas circunstancias en más casos que los familiares, mucho más tajantes. Pero de todos modos y a pesar de opinar la mayoría que los centros hospitalarios para enfermos mentales debieran estar fuera de la ciudad, son más los que no saben, o no pueden opinar (19 por ciento) entre los familiares de los enfermos, que entre los que tienen con ellos otro tipo de relación. Las tablas comparativas son como sigue:

	Familiar %	Otros %
De acuerdo	26,2	20,6
En desacuerdo	22,6	29,6
En total desacuerdo	15,5	19,3
De acuerdo en ciertas circunstancias	9,5	14,8
Muy de acuerdo	7,1	4,9
Nc/Nd	19,1	10,8
	100,0	100,0

25. *"Alguien que ha estado en un manicomio no podrá volver a ser la misma persona que antes"*

Hay más personas que no están de acuerdo con esta proposición en la proporción 2 a 1. (De acuerdo: 48 por ciento; en desacuerdo: 23 por ciento.) Cerca de un 20 por ciento hace matizaciones y el número de encuestados que no se atreve a pronunciarse ronda el 20 por ciento. Aquí influye mucho el tabú, el estigma, la concepción mágica de la enfermedad mental que lleva a la creencia popular de que la persona que ha sido "tocada" no vuelve a su ser. Los valores opinativos con respecto a esta cuestión son como siguen:

	%
En desacuerdo	30,3
De acuerdo	21,6
De acuerdo en ciertas circunstancias	19,6
En total desacuerdo	18,6
Muy de acuerdo	1,6
Nc/Nd	8,3
	100,0

Según el estudio de Arranz, López y Perisé (1972), las personas que están de acuerdo con la premisa propuesta son aquellas cuyo pensamiento tiene todavía altas cotas de custodial. Este tipo de ideología es la que lleva a la marginación del enfermo mental:

“Que una vez que una persona ha estado mentalmente enferma, necesita más supervisión y consejos de su familia que los que serían necesarios en otros casos” (Arranz, López y Perisé, 1972).

“Que hay algo en la gente mentalmente enferma que hace que resulte fácil distinguirla de la gente normal... que la gente normal se rige por su razón y la anormal por su corazón” (Arranz, López y Perisé, 1972).

Parece ser que esta magia y esta ideología con visos de mentalidad altamente custodial afecta más a la población masculina. Son los encuestados varones los que son más dados a pensar que la persona que ha pasado un tiempo en el manicomio deja de ser ella misma. Las mujeres parecen conceder a este hecho menos trascendencia:

	H%	M%
En desacuerdo	29,0	31,5
De acuerdo	24,6	18,7
De acuerdo en ciertas circunstancias	18,8	20,4
En total desacuerdo	17,8	19,4
Muy de acuerdo	1,8	1,4
Nc/Nd	8,0	8,6
	100,0	100,0

Los más mayores son de la opinión que el paso por el psiquiátrico marca a las personas. Con esta opinión están de acuerdo los de edades comprendidas entre 58 y 67 años; después de esa edad, en los dos intervalos siguientes no hemos encontrado ninguna persona que se confesase en total acuerdo. Los que más han contestado estar de acuerdo y estarlo en ciertas circunstancias son los de 68 a 77 años. Cerca de

un 40 por ciento de los de edades medias (48 a 57 años) están en desacuerdo y los dos grupos de edad que más manifiestamente en desacuerdo estaban con la hipótesis propuesta eran los más jóvenes y los más mayores.

Como ya viene siendo habitual hay un 19 por ciento de ancianos que no contestan.

Los familiares de los pacientes están más de acuerdo con que los psiquiátricos marcan que los que tienen otro tipo de relaciones con ellos. A través de su experiencia parecen poder afirmar que los familiares que son ingresados en un psiquiátrico ya no vuelven a ser los mismos. Se han encontrado con más dificultades que el otro subgrupo de estudio para poder definirse en esta cuestión. Los porcentajes de ambos subgrupos son como siguen:

	Familiar %	Otros %
De desacuerdo	28,6	31,3
De acuerdo	22,6	19,8
De acuerdo en ciertas circunstancias	20,2	20,6
En total desacuerdo	19,0	20,2
Muy de acuerdo	—	1,2
Nc/Nd	9,6	6,9
	100,0	100,0

26. *"Aún más, quien haya sido tratado en un servicio psiquiátrico tampoco podrá volver a ser la misma persona"*

Este ítem va intrínsecamente unido al anterior como un paso más en una evolución mágica, pero lógico, del pensamiento. Pero aquí las opiniones son más sensatas. Ir a la consulta "de nervios" es cada día más frecuente entre el ciudadano medio y eso, según ese mismo ciudadano, no tiene por qué estigmatizar porque no es lo mismo que un ingreso en un centro hospitalario psiquiátrico. De hecho más del 50 por ciento de los encuestados piensan que el paso por un servicio de psiquiatría no tiene porqué marcar a nadie. Sólo menos de la cuarta parte de los encuestados opinan que es similar el paso por uno y otro centro y no hacen diferencia en cuanto a sus consecuencias. Sin embargo, si antes veíamos dificultad en opinar en un 8,3 por ciento de la población general, ahora este índice aumenta ligeramente (9,2 por ciento). Veamos a continuación las tablas:

	%
En desacuerdo	34,0
En total desacuerdo	20,4
De acuerdo	17,3
De acuerdo en ciertas circunstancias	16,5
Muy de acuerdo	2,6
Nc/Nd	9,2
	100,0

Vuelven a ser las mujeres las más benevolentes en este tema, tal vez porque sean ellas las que con más frecuencia acuden a las consultas ambulatorias, sobre todo a la mal llamada neuropsiquiatría. Sea por real experiencia o porque realmente tengan la mente más abierta y sean más positivas, lo cierto es que el número de mujeres que rechaza esa estigmatización por acudir a los servicios ambulatorios no da el 60 por ciento, mientras que los varones se queda cerca del 50 por ciento. También son ellas las que ponen menos "peros":

	H%	M%
En desacuerdo	30,8	37,0
En total desacuerdo	20,7	20,1
De acuerdo	19,2	15,6
De acuerdo en ciertas circunstancias	17,4	15,6
Muy de acuerdo	2,9	2,4
Nc/Nd	9,0	9,3
	100,0	100,0

La distribución por edades es muy similar a la del ítem anterior. Vuelve a ser el colectivo de 58 a 67 años el que más contestó a "muy de acuerdo", curiosamente en un porcentaje mayor (6,2 por ciento frente al actual 7,7 por ciento) que indicaría que, según estos sujetos, es más traumatizante e incide más negativamente una consulta ambulatoria que un ingreso en un psiquiátrico. Siguiendo en esta misma categoría de respuesta ("muy de acuerdo") los más coherentes han sido los más jóvenes, cuyo 2,2 por ciento sigue opinando lo mismo. Sin embargo en esta misma línea de pensamiento, de que es peor ir a un servicio psiquiátrico que a un psiquiátrico, han aumentado levemente los porcentajes del resto de todos los intervalos a excepción del primero y el último. Tal vez aquí, la única explicación plausible esté en las personalidades de los profesionales, de los psiquiatras, en concreto que la población tiene en uno y otro centro asistencial.

Sigue siendo el intervalo de 68 a 77 años, como en la cuestión anterior, los que más "de acuerdo" están y curiosamente aquí también se ha elevado el porcentaje: de un 28 por ciento que piensan que marca el psiquiátrico a un 32 por ciento que piensan así de las consultas ambulatorias.

Entre un 10 por ciento y un 23 por ciento en todas las edades admiten que depende de las circunstancias.

Estaban en desacuerdo con que el paso por el psiquiátrico era negativo para el paciente los sujetos del intervalo de edad 48 a 57 años. Ahora, son los más jóvenes los que así opinan de los ambulatorios psiquiátricos, y de los del intervalo antes citado aumentan aquí su misma creencia con respecto a las consultas externas, marcan menos al paciente.

El colectivo que, en general, está en más franco desacuerdo con esta hipótesis es, como en el ítem anterior, el de ancianos, con un pensamiento más lógico en el

sentido que los psiquiátricos afectarán más al usuario. Los que no contestan siguen siendo también los del intervalo de mayor edad, aumentando casi un 5 por ciento.

Con respecto al tipo de relación que mantienen los encuestados con los pacientes, vuelve a observarse la misma paradoja: son los menos allegados los que tienen una visión más positiva del paso de los enfermos por los ambulatorios psiquiátricos. Un 66 por ciento creen que no afecta negativamente, mientras que así opinaban sólo un 50 por ciento de los familiares. También éstos hacen más salvedades según las circunstancias y han sido menos capaces de opinar:

	Familiar %	Otros %
En descuerdo	29,8	32,5
En total desacuerdo	21,4	23,5
De acuerdo en ciertas circunstancias	20,2	18,9
De acuerdo	20,2	16,9
Muy de acuerdo	1,2	1,6
Nc/Nd	7,2	6,6
	100,0	100,0

27. "Los enfermos mentales son seres útiles a la sociedad"

Para un 50 por ciento de los encuestados los enfermos mentales sí son seres útiles para la sociedad. Una cuarta parte de la población piensa que depende de las circunstancias del propio enfermo y hay un 16 por ciento que no cree que este tipo de personas puedan llegar a ser útiles. Ha vuelto a disminuir el colectivo de personas que no saben opinar:

	%
De acuerdo	42,1
De acuerdo en ciertas circunstancias	26,7
En desacuerdo	9,7
Muy de acuerdo	7,4
En total desacuerdo	6,4
Nc/Nd	7,7
	100,0

En general, las mujeres tienen más fe en la capacidad de estos pacientes para ser útiles socialmente, están más a favor de su integración laboral. Sin embargo, los varones encuestados son menos partidarios y ponen más dificultades. Las tablas comparativas se añaden a continuación:

	H%	M%
De acuerdo	38,8	45,3
De acuerdo en ciertas circunstancias	27,2	26,3
En desacuerdo	10,9	8,7
Muy de acuerdo	8,7	6,2
En total desacuerdo	8,3	4,5
Nc/Nd	6,1	9,0
	100,0	100,0

La juventud opina más favorablemente con respecto a la utilidad social de los enfermos mentales, que los encuestados de más edad. La mayoría de los que han respondido que estaban de acuerdo o muy de acuerdo tenían 27 años o menos (ver tablas horizontales). Este mismo grupo de edad y el inmediato superior (28 a 37 años) estaban de acuerdo también según las circunstancias, aunque el grueso de personas que más tenían en cuenta estas salvedades eran los de 68 a 77 años. Las opiniones negativas se han registrado a partir de esta edad.

También son más optimistas los allegados al paciente, pero que no son sus familiares. Más del 80 por ciento de estas personas no parientes opinan que los enfermos mentales son seres útiles a la sociedad, mientras que sólo un 65 por ciento de sus familiares sostienen la misma opinión. Además es este grupo el que más dificultades tiene para poder opinar al respecto. Los valores obtenidos en uno y otro grupo y ordenados en orden decreciente para su mejor comparación son como siguen:

	Familiar %	Otros %
De acuerdo	46,4	41,6
De acuerdo en ciertas circunstancias	17,9	30,5
En desacuerdo	9,5	9,5
En total desacuerdo	9,5	4,5
Muy de acuerdo	6,0	9,5
Nc/Nd	10,7	4,4
	100,0	100,0

28. "Los 'manicomios' deberían desaparecer"

La opinión pública juzga necesarios los manicomios y, por tanto, no pueden desaparecer. Casi un 30 por ciento de los encuestados estaría en contra de que este tipo de instituciones dejara de existir, y casi un 25 por ciento está absolutamente en contra. Un 10 por ciento se cuestiona su existencia contestando que según las circunstancias. Otro 10 por ciento está absolutamente a favor de que desaparezca y un 20

por ciento sencillamente a favor de esta medida. Como vemos las opiniones están muy repartidas, pero hay una proporción importante de la población a los que los manicomios les dan cierta seguridad. Las proporciones exactas fueron así:

	%
En desacuerdo	28,8
En total desacuerdo	24,4
De acuerdo	22,1
De acuerdo en ciertas circunstancias	9,9
Muy de acuerdo	9,6
Nc/Nd	<u>5,2</u>
	100,0

Las opiniones vuelven a estar más clarificadas y el porcentaje de sujetos que no pueden opinar es menor de los que venimos observando hasta ahora.

Las variaciones por sexos, aún siendo poco significativas, arrojan cierto saldo positivo a favor de los varones: un 38 por ciento estaría de acuerdo en erradicar los psiquiátricos frente a un 35 por ciento de las mujeres. Creemos que aquí, como en aquella otra cuestión que hablaba del potencial peligroso del enfermo, ha influido el miedo de que se tiene a la locura. Además las mujeres han ofrecido más sus opiniones que los varones y ponen menos dudas a cerca de que las circunstancias puedan modificar la necesidad o no de hospitales psiquiátricos:

	H%	M%
En desacuerdo	26,1	31,5
En total desacuerdo	24,3	24,6
De acuerdo	20,7	23,5
Muy de acuerdo	12,7	6,6
De acuerdo en ciertas circunstancias	10,1	9,7
Nc/Nd	<u>6,1</u>	<u>4,1</u>
	100,0	100,0

A la gente, en general, parece desagradarle la idea de que los "locos" no tengan un lugar donde recluirse y se mezclen por la calle con el resto de la gente.

La opinión a cerca de la necesidad o no de los manicomios se distribuye a lo largo de las diversas edades de los encuestados como la proposición anterior, aquella que hacía referencia a la utilidad de estas personas para las sociedades. En el fondo es un problema de cultura, de información, de sensibilización con respecto a la problemática social sea del tipo que sea y, en definitiva, la rigidez mental y los sacrosan-

tos valores dificultan la aceptación de cualquier tipo de medidas más coherentes. No es visto por estas mentes como un problema de justicia y coherente planificación de recursos sociales, sino como un colectivo a los que la única medida aplicable es la caridad.

El colectivo de personas que han respondido en mayor cantidad estar a favor de la desaparición de los psiquiátricos tiene menos de 37 años. Los que estarían en desacuerdo con esta medida son los más mayores (78 años y más) o incluso también opinan así los de edades medias (48 a 57 años). En total desacuerdo con la desaparición de los manicomios está el grupo de edad de 68 a 77 años. Es de señalar aquí que el grupo de abstenciones sigue siendo el de más edad, pero esta vez supera el 23 por ciento.

Los familiares opinan aquí como los grupos de más edad: están en contra de la eliminación de los psiquiátricos. Ellos, que tienen el problema en la propia familia, si no hubiese psiquiátricos ¿a dónde acudirían? Más de un 50 por ciento de los familiares de este tipo de enfermos están en contra o muy en contra, frente a un 48 por ciento que opinan lo mismo entre todos aquellos que tienen otro tipo de relación con estos pacientes. Además estos últimos hacen depender menos esta decisión de las condiciones particulares, mientras que los familiares han respondido el doble a esa alternativa. Los valores exactos son:

	Familiar %	Otros %
En total desacuerdo	29,8	21,8
En desacuerdo	23,8	27,2
De acuerdo	19,0	23,0
De acuerdo en ciertas circunstancias	16,7	8,6
Muy de acuerdo	8,3	13,2
Nc/Nd	2,4	6,2
	100,0	100,0

29. *"Muchos enfermos mentales trabajarían como cualquier otra persona si encontraran trabajo"*

Más de la mitad de los encuestados están de acuerdo con que los enfermos mentales, de tener trabajo, lo harían como cualquier otra persona. No llegan a un 10 por ciento los que no lo creen así. A este ítem han respondido con más facilidad que los anteriores:

	%
De acuerdo	56,1
De acuerdo en ciertas circunstancias	15,6
Muy de acuerdo	13,5
En desacuerdo	7,1
En total desacuerdo	4,1
Nc/Nd	3,6
	<hr/> 100,0

Las mujeres son más de esta opinión que los hombres. Están más de acuerdo y ponen menos objeciones a la posibilidad de que los pacientes mentales tengan una satisfactoria vida laboral. Los varones encuestados son más parclos en sus afirmaciones y encuentran más dificultades que las mujeres para decidirse:

	H%	M%
De acuerdo	52,2	59,9
De acuerdo en ciertas circunstancias	16,7	14,5
Muy de acuerdo	11,6	15,2
En desacuerdo	10,1	4,2
En total desacuerdo	5,1	3,1
Nc/Nd	4,3	3,1
	<hr/> 100,0	<hr/> 100,0

En general los que más han opinado han sido los que están en edad laboral, aunque no todos. Por edades, el grupo que más de acuerdo están en que la capacidad del trabajo no se ve mermada por la enfermedad, es el de los más jóvenes (ver tablas horizontales). Sin embargo, la puntuación más elevada, 20 por ciento, se ha obtenido en el intervalo de 58 a 67 años; quizás en este colectivo haya influido su vivencia de la jubilación y la proyección de su deseo de seguir trabajando.

Siguen siendo los más jóvenes los que están más "de acuerdo" (ver tablas horizontales); sin embargo la mayor puntuación la ha dado el colectivo de 38 a 47 años (64,9 por ciento). Y también son los más jóvenes los que ponen más condiciones.

El grupo de edad que parece estar en más desacuerdo es el comprendido entre 48 y 57 años (12,2 por ciento), y el penúltimo (68 a 77 años) ha contestado "total desacuerdo" en la misma proporción.

El índice de no respuesta, como ya dijimos, había sido inferior en esta pregunta que en las anteriores. De hecho dos intervalos han contestado por completo: los de edades comprendidas entre 38 y 47 años, y el de 58 a 67 años. Siguen siendo ese 19 por ciento de los más mayores los que se niegan a opinar.

Sobre la capacidad laboral de los enfermos mentales, sus propios familiares tienen más dudas: 63 por ciento de los encuestados que tienen algún enfermo psiquiátrico en la familia están de acuerdo en que estos trabajarían como cualquier otra persona si encontrasen un empleo, frente a un 70 por ciento de los no familiares que opinan lo mismo. Evidentemente o tienen más fe o conocen menos de cerca las trabas sociales que estas personas encuentran a la hora de buscar trabajo. También ha sido este grupo el que más ha contestado:

	Familiar %	Otros %
De acuerdo	47,6	54,3
De acuerdo en ciertas circunstancias	17,9	17,7
Muy de acuerdo	15,5	15,6
En desacuerdo	7,1	6,2
En total desacuerdo	7,1	2,5
Nc/Nd	4,8	3,7
	100,0	100,0

30. “¿Cuál es su postura sobre el ‘dicho’ los locos por el palo se vuelven cuerdos?”

Más del 50 por ciento de los encuestados están en total desacuerdo con los procedimientos violentos de tratamiento del enfermo mental. No llega al 4 por ciento los que comulgan con estas ideas y no llega al 5 por ciento los que las aplicarían según las circunstancias. No obstante cerca de un 10 por ciento no se han atrevido a opinar:

	%
En total desacuerdo	55,8
En desacuerdo	26,2
De acuerdo en ciertas circunstancias	4,1
De acuerdo	3,5
Muy de acuerdo	0,5
Nc/Nd	9,9
	100,0

Las mujeres incluso están más en contra del tratamiento agresivo a los enfermos mentales que los varones y, además, más seguras porque ha respondido mayor cantidad de ellas:

	H%	M%
En total desacuerdo	54,3	57,1
En desacuerdo	25,7	26,6
De acuerdo en ciertas circunstancias	4,3	3,8
De acuerdo	3,3	3,8
Muy de acuerdo	0,7	0,3
Nc/Nd	11,7	8,4
	100,0	100,0

El porcentaje de los que están muy de acuerdo en todas las edades es despreciable, ya que no supera el 1,5 por ciento e incluso cuatro intervalos de edad no han contemplado esa posibilidad; éstos son los de edades comprendidas entre 38 a 47 años, 48 a 57 y los más mayores a partir de los 68 años.

Los valores de aquéllos que están de acuerdo con los tratamientos agresivos son también bajos y en ningún caso superan el 7 por ciento. Los más mayores no han respondido ninguno estar a favor de estas conductas.

Los encuestados que aceptarían estos tratamientos según las circunstancias, sólo superan el 10 por ciento en el intervalo de edad de 58 a 67 años.

El resto de la población encuestada está en contra de la violencia con los enfermos mentales y son los intervalos de edad más extremos, los más jóvenes y los más mayores los que responden más en este sentido. Como viene siendo habitual los que más han eludido sus respuestas son los más ancianos que, en esta ocasión llegan al 28,6 por ciento.

Ligeramente a favor de estos tratamientos están más los familiares de los propios enfermos que los que mantienen con ellos otro tipo de relaciones (6 por ciento frente a 3,7 por ciento), también están más de acuerdo dependiendo del caso y de las circunstancias y, en consecuencia, sus negativas han sido menores. En este caso han sido los familiares los que más se han decidido a opinar:

	Familiar %	Otros %
En total desacuerdo	59,5	59,3
En desacuerdo	23,8	26,3
De acuerdo en ciertas circunstancias	4,8	3,3
Muy de acuerdo	1,2	0,8
Nc/Nd	5,9	7,4
	100,0	100,0

Como vemos en este caso, las frecuencias son inversas a las posibilidades de la escala de Likert.

31. "Estar loco es haber perdido la inteligencia"

Parece ser que la población general sí distingue entre patología afectiva y de la inteligencia, y sabe distinguir un loco de un tonto, porque lo cierto es que más de la mitad de los encuestados estaban en desacuerdo con la afirmación que se los proponía. No llegaba a un 20 por ciento los que están de acuerdo con que la locura tenga que ver con la pérdida de las capacidades intelectuales y menos de un 10 por ciento admite que pueda relacionarse locura y pérdida intelectual en algunos casos:

	%
En desacuerdo	36,8
En total desacuerdo	28,5
De acuerdo	15,8
De acuerdo en ciertas circunstancias	8,3
Muy de acuerdo	2,8
Nc/Nd	<u>7,8</u>
	100,0

Las opiniones no parecen verse influenciadas por el sexo del encuestado. Las mujeres en general se han manifestado más en desacuerdo, pero también han puntuado más las que estaban muy de acuerdo. Por su parte, los varones estaban en total desacuerdo o según las circunstancias. Los valores comparados fueron así:

	H%	M%
En desacuerdo	34,8	38,8
En total desacuerdo	31,2	26,0
De acuerdo	15,6	15,9
De acuerdo en ciertas circunstancias	9,4	7,3
Muy de acuerdo	1,1	4,5
Nc/Nd	<u>7,9</u>	<u>7,6</u>
	100,0	100,0

La relación entre esta afirmación y la edad es inversa: cuanto más jóvenes más en desacuerdo. Los que más a favor se han expresado son los del intervalo 58 a 67 años, y el grupo de los más ancianos era el que se manifestó más en "desacuerdo" y "en ciertas circunstancias". En contra de la relación entre locura y pérdida intelectual está la población más joven y los adultos hasta los 57 años.

De nuevo vuelven a ser los más ancianos los que responden menos a esta cuestión (19 por ciento).

Curiosamente los que más comulgan con esta hipótesis son los familiares (23,8 por ciento frente a un 12,7 por ciento). Sin embargo los que tenían otro tipo de relación con estos pacientes se muestran más en disconformidad. Los familiares por otra parte han tenido más dificultad para definirse:

	Familiar %	Otros %
En desacuerdo	32,1	38,3
En total desacuerdo	26,2	34,6
De acuerdo	23,8	11,1
De acuerdo en ciertas circunstancias	9,5	7,4
Muy de acuerdo	—	1,6
Nc/Nd	8,4	7,0
	100,0	100,0

4.1.6. Sentimientos forma y lugar de tratamiento.

“¿Cuál es su sentimiento frente a un enfermo mental?”

Las respuestas a esta cuestión han sido altruistas, generosas y, posiblemente por lo que hemos venido viendo a lo largo de todo el cuestionario, un tanto hipócritas, o mejor, inconscientemente falsas. El deseo humano de quedar bien ante uno mismo y ante la realidad, parece haber influido mucho aquí. En más de un 50 por ciento (es un ítem de respuesta múltiple y, por tanto, el total suma más de un ciento por ciento) los encuestados dicen que frente a un enfermo mental sienten deseos de ayudar. Pasado ese primer momento, se escapa otro sentimiento un poco más defensivo y narcisístico: lástima. Después dicen sentir respeto y preocupación por ese orden.

Las restantes posibilidades distan ya mucho en frecuencia con respecto a las ya vistas. Sienten temor por si las sucede lo mismo, y miedo en un 14 por ciento y un 12 por ciento respectivamente. Y en menos de un 5 por ciento han respondido: simplemente malestar, indiferencia, desprecio o pánico.

Ordenando estas respuestas en tres categorías podemos decir que priman los sentimientos altruistas y generosos. Después lo que podríamos llamar miedos irrationales, que no son ni buenos ni malos, sino bastante sinceros, que se sienten y que el sujeto no puede controlar activamente, por tanto, no es directamente responsable de ellos. Y por último, con una frecuencia baja estarían los sentimientos despectivos o innobles. Los datos exactos se ordenan en la tabla siguiente: (como vemos el índice de respuesta ha sido particularmente bajo):

	%
(*) Deseo de ayudar	53,3
Lástima	42,7
Respeto	33,8
Preocupación	31,2
Temor pase lo mismo	13,8
Miedo	11,9
Simplemente malestar	4,6
Indiferencia	3,4
Desprecio	1,4
Pánico/terror	1,2
Nc/Nd	1,2

Las variaciones según el sexo de los encuestados tiene alguna peculiaridad. Por ejemplo, las mujeres dicen sentir más deseo de ayudar, más respeto y más preocupación, pero también más miedo y temor a padecer este tipo de enfermedades. Los hombres por su parte han sentido más indiferencia y más lástima, siendo el número de los que no contestan ligeramente superior:

	H%	M%
(*) Deseo de ayudar	51,8	54,7
Lástima	43,1	42,2
Preocupación	28,6	33,6
Temor pase lo mismo	13,4	14,2
Miedo	8,3	15,2
Simplemente malestar	4,7	4,5
Indiferencia	4,0	2,8
Desprecio	1,1	1,7
Pánico/terror	—	2,4
Nc/Nd	1,8	0,7

Por edades los sentimientos no presentan una tendencia clara y están muy repartidos a lo largo de toda la muestra. Miedo dicen sentir los más ancianos más que cualquier otro grupo de edad (23,8 por ciento), y luego los del intervalo 58 y 67 años.

(*) Al tratarse de una respuesta múltiple, el total no es cien.

Ninguno de esos ancianos siente indiferencia y, en general, ésta ha sido una respuesta poco frecuente a lo largo de todas las edades, siendo el mayor porcentaje (6,6 por ciento) el dado por los más jóvenes. El deseo de ayudar se ha acercado al 50 por ciento en todos los intervalos, excepto en el último, tal vez porque los ancianos ven mermadas sus fuerzas y se sienten impotentes; el porcentaje más alto (61,7 por ciento) es el ofrecido por los encuestados cuyas edades oscilan entre los 38 y 47 años.

El desprecio tampoco es un sentimiento frecuente y en ningún caso ha sobrepasado el 5 por ciento. No se ha detectado esta respuesta en los intervalos de 28 a 37 años, de 48 a 57 años y en el último. La frecuencia más alta se obtuvo en el penúltimo y fue del 4 por ciento.

Sin embargo, el respeto sí es un sentimiento que parece despertar el enfermo psíquico con mucha frecuencia en un 30-40 por ciento de los casos registrados. La frecuencia más elevada la dio el intervalo 68 a 77 años, como también el sentimiento de lástima es el más frecuente en ese intervalo, pero mucho más alta (64 por ciento), sentimiento éste más frecuente en todos los intervalos.

Los que más preocupación por la enfermedad mental dicen sentir son los de 28 a 37 años (42,6 por ciento) y los que menos los de edades más avanzadas.

El pánico sólo ha sido respondido en tres intervalos: el de edades comprendidas entre 38 a 47 años (3,2 por ciento), 58 a 67 (4,6 por ciento) y 68 a 77 años (2 por ciento). Como vemos este miedo extremo no es muy frecuente.

Como tampoco lo es el malestar que sólo alcanzó el 6,2 por ciento en el intervalo de edad comprendido entre los 58 y 67 años.

Los que más temor tienen a padecer este tipo de enfermedades son los más ancianos (23,8 por ciento), siendo también ellos los que menos se han atrevido a responder, pero en este caso el porcentaje ha sido menor (2,4 por ciento).

La comparación de los resultados entre el grupo de familiares y el de aquellos que tienen otra relación con los enfermos es muy ilustrativa. Los familiares de los pacientes sienten más lástima, más preocupación y más miedo que el otro subgrupo comparativo. El miedo incluso puede llegar en algunos casos, pocos, al terror.

Por su parte el otro grupo, el de aquellos que tienen otro tipo de relación con los enfermos mentales, dicen sentir más deseos de ayudar, más respeto o incluso simplemente malestar o temor a padecer ellos mismos este tipo de enfermedades. También el índice de abstención ha sido más bajo.

Según esto, podemos llegar a la conclusión que el contacto directo, en concreto en forma de relación familiar, con el enfermo mental despierta sentimientos más primitivos, más arcaicos y menos controlados, mientras que una relación más distante (amistad, vecindad) procura la distancia necesaria para producir sentimientos más altruistas, más secundarios (del proceso secundario), más elaborados y sociabilizados (deseo de ayudar, respeto, etc.). En definitiva, el problema que se plantea, sobre todo a los familiares del paciente psíquico, es la impotencia, y de ella derivan toda esa serie de sentimientos nada positivos, precisamente por eso, porque ante ellos se encuentran con las manos atadas. Los datos comparativos se añaden en las siguientes tablas, colocadas esta vez por separado para que el mismo orden decreciente en un solo golpe de vista haga evidente las diferencias:

	Familiar %
(*) Lástima	52,4
Deseo de ayudar	48,8
Preocupación	34,5
Respeto	26,2
Miedo	13,1
Temor pase lo mismo	11,9
Indiferencia	2,4
Desprecio	2,4
Pánico/terror	1,2
Simplemente malestar	1,2
Nc/Nd	2,4

	Otros %
(*) Deseo de ayudar	57,2
Respeto	39,9
Lástima	36,6
Preocupación	32,9
Temor pase lo mismo	14,8
Miedo	9,9
Simplemente malestar	4,1
Indiferencia	2,9
Desprecio	1,6
Pánico/terror	0,8
Nc/Nd	0,8

"A su juicio, ¿cuál debería ser el tratamiento mejor para los enfermos mentales?"

A la vista de los resultados podemos inferir que la población de Avila es psicologista más que organicista. En más de un 55 por ciento de los casos se decanta hacia tratamientos psicológicos y acto seguido por ayudas de tipo social. Sólo en tercer lugar proponen el tratamiento farmacológico. Estas son, al menos, sus opiniones:

	%
(*) Ayuda psicológica	56,8
Ayuda social	53,6
Medicamentos	30,6
Otros	9,2
Nc/Nd	9,6

(*) Al tratarse de una respuesta múltiple, el total no es cien.

Las razones que hipotéticamente estén provocando estos resultados son: la gran dificultad que parecen tener las personas para tratarse con este tipo de enfermos, y las enormes trabas sociales que encuentran. Parece ser que con un mejor soporte social el problema sería más llevadero. De hecho las mujeres insisten todavía más que los varones en estos dos tipos de soportes: el psicológico y el social, que los varones, que se decantan ligeramente más por el tratamiento químico:

	H %	M %
(*) Ayuda psicológica	54,7	58,8
Ayuda social	54,7	52,6
Medicamentos	31,2	30,1
Otros	9,4	9,0
Nc/Nd	9,8	9,3

Por edades, los más partidarios de los medicamentos son los más ancianos (52,4 por ciento), mientras que los que se decantan por los tratamientos no biológicos son los más jóvenes: ayuda psicológica (69,3 por ciento) y ayuda social (67,9 por ciento). Los de edades medias han respondido más que otros tipos de tratamientos, sin especificar. De nuevo son los más ancianos los que encuentran mayor dificultad para contestar (38,1 por ciento).

Lo que más nos ha sorprendido ha sido la comparación entre los dos subgrupos establecidos de estudio: son precisamente las personas que tiene una relación menos cercana con los enfermos mentales los que piden más tipos de tratamientos para ellos, tanto biológicos como psicológicos, y otros. Sólo levemente aumenta la petición de tratamientos sociales en los familiares. Y también los familiares, mucho más confusos, han respondido menos a esta cuestión:

	Familiar %	Otros %
(*) Ayuda social	54,8	53,9
Ayuda psicológica	48,8	60,5
Medicamentos	28,6	31,3
Otros	10,7	12,3
Nc/Nd	14,3	5,8

“¿Dónde debería vivir actualmente un enfermo mental?”

La opinión más extendida es que el enfermo mental debería vivir en su propia casa con su familia, y así lo reflejan más de la mitad de los encuestados. Otra tercera

(*) Al tratarse de una respuesta múltiple, el total supera el ciento por ciento.

parte es partidaria de los hospitales psiquiátricos y el resto de las opiniones se dividen entre el resto de las alternativas ofrecidas. Vuelven a ser más los que se atreven a opinar:

	%
Casa con familia	52,0
Hospital psiquiátrico	34,9
Sala psiq. hospital	6,0
Clínica privada	3,7
Piso con otro enfermo	3,2
Nc/Nd	7,6

Las mujeres son más partidarias de mantener al enfermo en casa con la familia, siempre que sea posible, y sino hacer uso de los servicios de psiquiatría de los hospitales generales. Los hombres, aunque también son partidarios de que el enfermo viva en su casa, han respondido con más frecuencia que las mujeres a la alternativa del hospital psiquiátrico. Además, les ha sido más difícil opinar. Las clínicas privadas y los pisos compartidos con más enfermos son alternativas prácticamente desestimadas por ambos sexos:

	H%	M%
Casa con familia	46,7	57,1
Hospital psiquiátrico	38,8	31,1
Sala psiq. hospital	4,7	7,3
Clínica privada	3,6	3,8
Piso con otro enfermo	2,5	3,8
Nc/Nd	10,1	5,2

A lo largo de las diversas edades, todos son partidarios de que el enfermo mental viva en su casa con su familia en porcentajes que van desde el 38 por ciento en los más ancianos hasta el 57 por ciento en los más jóvenes. La alternativa del hospital psiquiátrico le sigue en frecuencia e incluso a veces se asemeja a la primera. El resto de las propuestas es, en general, poco aceptado, si bien los de 28 a 37 años son los que más contemplan la posibilidad de las clínicas privadas (6,5 por ciento) y los de 38 a 47 años los que más aceptan las salas de psiquiatría de los hospitales generales (9,6 por ciento). Los más jóvenes son los que más se han interesado por la experiencia de los pisos compartidos por los enfermos mentales (6,6 por ciento).

En este ítem por primera vez no son los más ancianos los que menos se han atrevido a dar una u otra respuesta, sino los encuestados cuyas edades oscilan entre los 58 y los 67 años de edad (10,8 por ciento).

En cuanto a los dos grupos de estudio establecidos, son los propios familiares los que desean más que el paciente viva con ellos en su propia casa (63,1 por ciento), mientras que comparativamente entre ambos grupos los no familiares son algo más partidarios de los hospitales psiquiátricos. También los familiares han respondido con más frecuencia a la alternativa de las clínicas privadas. El porcentaje de abstenciones es casi idéntico en ambos subgrupos:

	Familiar %	Otros %
Casa con familia	63,1	54,3
Hospital psiquiátrico	31,0	34,6
Clínica privada	6,0	2,9
Sala psip. hospital	3,6	4,9
Piso con otro enfermo	3,6	3,7
Nc/Nd	7,1	7,0

"En el caso de que padeciese una enfermedad mental, ¿dónde preferiría que le tratasen?"

En familia. Es la respuesta que da la población en más de la mitad de los casos: de padecer una enfermedad mental quieren ser tratados en la propia casa rodeados de los suyos. La cuarta parte de la población ofrece como respuesta el hospital psiquiátrico y algo más de un 10 por ciento harían uso de la Seguridad Social. No llega al 5 por ciento los que desearían ir a un hospital privado, y el resto se reparte entre los hospitales universitarios y las salas de psiquiatría de los hospitales generales. Los porcentajes obtenidos se añaden a continuación:

	%
Domicilio con familiares	52,2
Hospital psiquiátrico	25,3
Sala psiquiatría S. S.	11,3
Hospital privado	4,4
Sala psiq. hosp. general	2,8
Sala psiq. hosp. univers.	2,1
Nc/Nd	7,3

Comparativamente las mujeres son más partidarias de ser atendidas en su propia casa que los varones y, también comparativamente, éstos son más partidarios de los hospitales psiquiátricos y de las salas de psiquiatría de los hospitales generales que

las mujeres. Con respecto a los hospitales privados, a las mujeres las gustan un poco más. En este ítem han sido los varones los que más dificultades han tenido para decidirse:

	H%	M%
Domicilio con familiares	48,2	56,1
Hospital psiquiátrico	27,5	23,2
Sala psiquiatría S. S.	11,2	11,4
Sala psiq. hosp. general	4,7	1,0
Hospital privado	4,0	4,8
Sala psiq. hosp. univers.	1,8	2,4
Nc/Nd	8,0	6,6

Ningún grupo de edad ha preferido cualquier otro lugar de tratamiento que no sea su propio domicilio y su propia familia, pero el intervalo de edad de 68 a 77 años es el que más ha respondido en este sentido (62 por ciento).

El grupo más inclinado hacia los hospitales mentales ha sido el intervalo medio de edad, 48 a 57 años (35,6 por ciento). La Seguridad Social (17 por ciento) y las salas de psiquiatría de los hospitales generales (5,3 por ciento) han sido más elegidos por el grupo cuyas edades oscilan entre los 38 y 47 años, y los centros privados los jóvenes (7,3 por ciento). De nuevo vuelven a ser los más ancianos los que menos se atreven a opinar (14,3 por ciento).

Comparando los dos grupos de estudio establecidos, los familiares de los pacientes mentales serían más partidarios de tratarse en familia o en hospitales psiquiátricos. Mientras que los que tienen una relación más lejana con los enfermos psíquicos han respondido más a cualquiera del resto de las alternativas: Seguridad Social, sala de psiquiatría del hospital general, hospital privado, e incluso, hospital universitario, siempre comparativamente con el grupo anterior:

	Familiar %	Otros %
Domicilio con familiares	57,1	52,7
Hospital psiquiátrico	32,1	25,1
Sala psiq. S. S.	3,6	9,9
Hospital privado	3,6	4,9
Sala psiq. hosp. univers.	2,4	2,9
Sala psiq. hosp. general	—	3,7
Nc/Nd	7,1	6,6

4.2. ANALISIS DE RESULTADOS Y DISCUSION DEL QB

4.2.1. Sexo

La proporción de empleadas frente al de empleados del Instituto Neuropsiquiátrico Provincial de Avila es de dos a uno. Hay el doble de mujeres que de hombres atendiendo al paciente y en trabajos de servicios. También nos hemos encontrado con un 2 por ciento que no han respondido a esta cuestión; 2 por ciento que suponemos, habrá adoptado la misma actitud frente al resto de las preguntas:

	<i>%</i>
Varón	32
Mujer	66
Nc/Nd	2
	<hr/>
	100,0

4.2.2. Edad

La media de edad indica que en líneas generales es un personal muy joven: más del 60 por ciento tiene menos de 27 años, y el 90 por ciento menos de 50. De nuevo nos encontramos con un bajo porcentaje de encuestados que no se ha decidido a confesar la edad:

	<i>%</i>
De 18 a 28 años	63
De 28 a 37 años	20
De 38 a 47 años	10
De 47 a 57 años	4
Nc/Nd	3
	<hr/>
	100,0

4.2.3. Antigüedad en el trabajo

La mayoría de los encuestados llevan más de tres años en contacto profesional con los enfermos mentales, posiblemente el tiempo que llevaba funcionando el hospital en el momento de efectuada la encuesta. Una cuarta parte tiene una experiencia de seis meses, y algunos menos, llevan trabajando más de un año. De estos datos podemos deducir que la mayoría (un 67 por ciento) están en una situación laboral

fija; en concreto son funcionarios que pertenecen a la Diputación Provincial de Avila, pero hay una cuarta parte de este personal que está contratada, ya sea mediante contratos laborales o administrativos, según los casos y la labor que desempeñen. Los valores en porcentajes que se han obtenido se adjuntan en un tabla:

	%
Más de 3 años	40
De 1 a 6 meses	25
Más de 1 año	23
Más de 2 años	4
De 6 meses a 1 año	4
	<hr/> 100,0

4.2.4. *Grado de acuerdo o desacuerdo*

El primer trabajo sobre ideología del personal de un hospital psiquiátrico fue realizado por Gilbert y Levinson en 1957. De este primer trabajo se deducen dos estilos en el trato con los pacientes, que, en definitiva, proceden de dos grupos distintos de actitudes e ideologías: una ideología custodial y una ideología humanística. La ideología custodial se caracteriza básicamente por la creencia de que el paciente debe ser dominado; tal ideología acentúa los aspectos "carcelarios" de la hospitalización; se considera a los pacientes como categóricamente diferentes de la gente "normal".

Por el contrario, una ideología humanística es el resultado de una corriente médica de aproximación al paciente; la meta es el tratamiento más que la dominación y de la terapéutica se esperan grandes resultados, ya que se concibe de una forma muy amplia.

"...envolviendo al paciente en un ambiente de máximas posibilidades terapéuticas. Se ve al paciente en términos más psicológicos y menos moralistas y el trato con el mismo es más personal y confiado" (Arranz, T.; López, T.; Perisse, L., 1972).

Pues bien, tanto en este trabajo como en los posteriores que citan dichos autores se percibe que el staff (personal asistencial) tiene una ideología custodial o humanística en relación con una personalidad autoritaria o igualatoria. Esto también tiene que ver con el concepto de rol, de desempeño de rol y sus expectativas, en el sentido de que el paciente establece una relación conformista-obediente con las autoridades psiquiátricas y relaciones armoniosas con el resto de los pacientes y el personal. Viéndose al psiquiatra como una autoridad a la que se debe un respeto total.

Abundar en estos aspectos nos llevaría a introducirnos en teorías sociales que nos apartarían mucho de nuestro objetivo. De todos modos, era obligado reseñarlo y tenerlo presente al analizar nuestros propios datos.

1. La enfermedad mental es diferente a las demás

Casi la mitad de los encuestados están de acuerdo que esto, en algunas circunstancias es así, y más de la cuarta parte está de acuerdo con esta afirmación, sin ninguna salvedad. O sea, en general, podemos afirmar que un 80 por ciento responde afirmativamente en este sentido de diferencia de la patología psíquica con respecto al resto de los padecimientos somáticos; el personal que atiende a estos pacientes no los encuentra iguales al resto, creen que tiene sus peculiaridades. Sólo un 18 por ciento está en desacuerdo con esta afirmación:

	%
De acuerdo en ciertas circunstancias	40
De acuerdo	29
Muy de acuerdo	11
En desacuerdo	11
En total desacuerdo	7
Nc/Nd	2
	<hr/>
	100,0

Pero la lectura de estos resultados no ha de ser necesariamente la que este personal tiene, una imagen negativa de los enfermos mentales. Tal vez es una prueba de realidad, exenta de falsas posturas maníacas o hipomaníacas, o incluso una negación de los hechos. Tal vez la cuestión se debería haber completado con una siguiente pregunta, que por otra parte fue el lema de las Primeras Jornadas Abulenses de Salud Mental: "Distintos, ¿por qué?"

De todos modos puede incidir en estos resultados una cierta "deformación profesional" que, desde luego, sí se da en el personal cualificado. Estamos de acuerdo con Offer cuando afirma que:

"Entrenado en reconocer lo anormal, el psiquiatra y su maestro tienen dificultades para reconocer al normal" (Offer, 1982).

Y aquí tal vez debiéramos añadir junto al psiquiatra y su maestro también sus discípulos o el resto del equipo que trabaja con ellos. Es un hecho que:

"...la normalidad sirve como línea de base para todas las conductas, patológicas o no. La utilización de controles normales en la investigación de validación empírica a las construcciones teóricas respecto a cualquier tipo de conducta. Sin embargo esto no quiere decir que el concepto de normalidad sea claro y conciso. Por el contrario, el concepto es ambiguo, tiene una gran multiplicidad de significados y utilizaciones y está sobrecargado por sus características de valor" (Offer, 1982).

Por su parte, Offer y Sabstrin contemplan cuatro perspectivas funcionales de normalidad: como salud, como utopía, como promedio y como sistema de transacción (cambios en los procesos).

"La normalidad y la salud no pueden entenderse en abstracto. Más bien dependen de normas culturales, expectaciones o valores de la sociedad, rasgos profesionales, diferencias individuales y el clima político de la época que limita la tolerancia para la desviación" (Offer, 1982).

Y son precisamente estas normas culturales a las que no son ajenos los individuos; estas expectativas y estos valores sociales las que matizan la opinión de los trabajadores, más quizás, que su propia experiencia laboral.

2. La enfermedad mental es un trastorno del sistema nervioso

En este caso la alternativa más aceptada, como en el anterior, fue las de estar de acuerdo en ciertas circunstancias, e incluso una cuarta parte de la muestra opina abiertamente así, estando otra cuarta parte en desacuerdo. Vemos aquí la necesidad de las personas, de los encuestados en este caso, de atribuir causas orgánicas a los padecimientos psíquicos, como si así estuvieran más controlados. Es como la glándula pineal: "¡Sabiendo dónde está el alma...!"

	%
De acuerdo en ciertas circunstancias	42
De acuerdo	25
En desacuerdo	15
En total desacuerdo	9
Muy de acuerdo	8
Nc/Nd	1
	<hr/> 100,0

3. Todas las personas tenemos algo de locos

Más de la mitad de los encuestados está de acuerdo con esta afirmación y han respondido que están muy de acuerdo o de acuerdo con ella, frente a un 16 por ciento que opinan lo contrario. No obstante un 15 por ciento hace depender la respuesta de las circunstancias:

	%
De acuerdo	44
Muy de acuerdo	19
De acuerdo en ciertas circunstancias	15
En desacuerdo	12
En total desacuerdo	4
Nc/Nd	6
	<hr/> 100,0

Esta aceptación de cierto grado de locura en todas las personas, incluso las que aparentemente tienen una buena salud mental, corresponde a una tácita aceptación de ciertas desviaciones, mínimas, de la normalidad estadística en sentido social y cultural.

En este mismo sentido —el sociocultural— los conceptos de normalidad y realidad tienen un significado distinto según la constelación social de que se trate:

“La ‘normalidad’, con respecto a la cual situamos los estadios mórbidos y la ‘realidad’ a la que debe adaptarse cualquier persona, adaptación que el enfermo mental no consigue realizar por entero” (Parín, 1982).

Coderch (1975) distingue cuatro tipos de normalidad. “La normalidad como salud”, sería un fenómeno casi universal y desde el punto de vista psíquico se daría “cuando no se evidenciara en él (individuo) una franca psicopatología”, correspondiendo a un estado razonable del funcionamiento del cuerpo y del psiquismo, sin sufrimientos ni deficiencias de importancia.

La normalidad estadística, que correspondería a una desviación estándar por encima y por debajo de la media aritmética.

El criterio social de normalidad que sería el consenso general del grupo al que el individuo pertenece. En este sentido, Coderch, citando a Mira y López dice: “Una secuencia de actos personales puede considerarse como normal cuando, tomando en consideración las circunstancias que la motivaron y el ambiente en que se desarrolla, sería prevista y consentida sin esfuerzo por el grupo social en que se produjo”. Haciendo hincapié, como vemos, en el concepto de aceptación.

El cuarto tipo de normalidad es la que él llama Normativa, definida como: “El armonioso y óptimo funcionamiento de los diversos elementos del apartado psíquico, que da lugar al máximo desarrollo y esplendor de las capacidades de que goza el ser humano”. A esta altura de su explicación Coderch pone el ejemplo de la caries dental, que sería normal según los tres primeros criterios, pero no ateniéndonos a este cuarto.

Y, por último, el concepto psicodinámico de salud: “Capacidad de manejar adecuadamente los procesos mentales inconscientes”. Esta última dimensión de la salud mental requeriría explicaciones que nos apartan de nuestro tema.

Sin embargo, estas posturas son reduccionistas según Seva Díaz, que no cree que los términos de normalidad y anormalidad puedan corresponderse con los conceptos de salud y enfermedad mental. Y admite que estos términos tienen mucho de cultura.

"Ser o estar anormal, no siempre se corresponde con ser o estar enfermo, sino que simplemente, con ser o estar dentro de la norma que es tanto como decir con la media de la población. Las escuelas transculturales tendrían que decirnos mucho sobre este relativismo cultural del concepto de enfermedad psíquica" (Seva Díaz, 1979).

E incluye dentro del contexto de la patología mental tanto las alteraciones cualitativas (fenomenológicas), como las cuantitativas, que suponen un juicio de valor. El citado autor, además propone su propia clasificación de los modelos de enfermedad en: sobrenatural, médico, moral, dinámico, conductista y estadístico.

Serían las variaciones cualitativas y cuantitativas las que, dentro de la norma, justificarían el presente dicho popular de que todos tenemos algo de locos.

4. Los enfermos mentales pueden casarse como cualquier otra persona

Más de la mitad de los encuestados opinan que según las circunstancias eso es así o no, es decir, que el hecho de que puedan o no contraer matrimonio dependerá fundamentalmente del estado del paciente y todas las circunstancias que rodeen o influyan en esa decisión. Del resto de los encuestados que no ha respondido según las circunstancias, son más numerosos los que están a favor o muy a favor (20 por ciento) que los que se oponen (17 por ciento). Los valores resultantes de la encuesta han sido los siguientes:

	%
De acuerdo en ciertas circunstancias	57
De acuerdo	16
En desacuerdo	12
En total desacuerdo	5
Muy de acuerdo	4
Nc/Nd	6
	<hr/> 100,0

5. La locura es una enfermedad que se hereda

La mitad de los encuestados piensa de esta manera y más de una tercera parte del resto estarían de acuerdo en caso de determinadas enfermedades. Sólo un 11 por ciento desconfía de que las enfermedades mentales se puedan prevenir:

	%
De acuerdo en ciertas circunstancias	38
De acuerdo	32
Muy de acuerdo	18
En desacuerdo	9
En total desacuerdo	2
Nc/Nd	1
	100,0

6. Los enfermos mentales son personas peligrosas

Sólo nos hemos encontrado con un 3 por ciento de los trabajadores encuestados que opinen que los enfermos psíquicos sean peligrosos. La mitad dice que depende de las circunstancias, y el resto, casi la otra mitad (41 por ciento) no creen que la enfermedad mental tenga que ir necesariamente unida a comportamientos agresivos:

	%
De acuerdo en ciertas circunstancias	55
En desacuerdo	29
En total desacuerdo	12
Muy de acuerdo	2
De acuerdo	1
Nc/Nd	1
	100,0

Teniendo en cuenta que la muestra está constituida por personal asistencial y de servicios, es decir, personas que durante las ocho horas de la jornada laboral están en continuo contacto con pacientes psiquiátricos, vemos que la vivencia de estas personas no es negativa en el tema de la agresividad y que no han tenido experiencias de este tipo en su trabajo. Por tanto, seguramente podamos inferir que el paciente psiquiátrico, el ingresado en un centro hospitalario, no es más agresivo que en otras circunstancias, o aún que otra persona cualquiera. Por lo menos ésta es la vivencia de nuestros empleados.

En un curioso libro de Hermann Simon editado en los años 30 bajo el título de *Tratamiento ocupacional de los enfermos mentales* se habla de la importancia del "trabajo como terapéutica". Estas ideas recogidas por Parellada, intentan defender a ultranza la utilidad del hospital psiquiátrico (no olvidemos que estamos hablando de los años 30). En el citado texto se recogen frases como estas:

"Para Simón la raíz de todos los males reside en la inactividad. Ella es la que convierte al Hospital Psiquiátrico en un 'cementerio de espíritus'. Donde se congregan numerosos pacientes desocupados, surge el ambiente horrible de nuestras antiguas 'secciones de agitados'" (Parellada, 1972).

Y menciona la descripción que en el libro de Pinel se efectúa de su visita al asilo de Zaragoza, donde:

"La utilización de los enfermos en las labores del campo constituía el medio más seguro y eficaz para recuperar la razón perdida" (Parellada, 1972).

Aquí parecen situarse los orígenes de la terapia ocupacional y, en definitiva, la adhesión a la idea del origen que la agresividad tenga o pueda tener en la frustración.

7. En realidad hay más locos fuera que dentro

En esta ocasión las respuestas están más repartidas, aunque son más los que están de acuerdo con este dicho popular (46 por ciento) que los que disienten (30 por ciento). Los que no se deciden a responder categóricamente y se apuntan a eso de "según las circunstancias" no superan el 20 por ciento. Los valores exactamente obtenidos se añaden a continuación:

	%
De acuerdo	36
En desacuerdo	21
De acuerdo en ciertas circunstancias	17
Muy de acuerdo	10
En total desacuerdo	9
Nc/Nd	7
	<hr/> 100,0

8. Personalmente no me importaría ser amigo de un enfermo mental

Casi el 75 por ciento de los encuestados afirman que no les importa mantener con ellos una relación de amistad. Sólo un 8 por ciento se resiste y se limita a mantener con ellos un trato laboral estrictamente, y casi un 20 por ciento aceptaría a los pacientes como amigos según las circunstancias:

	%
De acuerdo	48
Muy de acuerdo	24
De acuerdo en ciertas circunstancias	19
En desacuerdo	6
En total desacuerdo	2
Nc/Nd	1
	<hr/> 100,0

9. Los enfermos mentales deberían tratarse en las mismas clínicas y hospitales que los demás enfermos

Possiblemente en estas respuestas haya influido mucho el tipo de población a la que le fue aplicada la encuestada, esto es, el hecho de tratarse de trabajadores de salud mental, dentro de un hospital psiquiátrico, parece haber influido en las contestaciones. No han entendido la pregunta, o mejor dicho la han interpretado mal y han inferido inmediatamente, que ellos, los trabajadores, también deberían trasladarse a un hospital general, y parece que esta posibilidad no les seduce demasiado. Tal y como entendemos los resultados, la muestra parece haber respondido a una pregunta del tipo “¿le gustaría a usted ser trasladado a trabajar a un hospital general?”, por obra y gracia del mecanismo de identificación.

Teniendo en cuenta esta hipótesis explicativa, casi un 50 por ciento está en desacuerdo y menos de un 30 por ciento a favor de la idea. Y también son pocos, una cuarta parte, los que opinan que depende de las circunstancias. Los valores exactos han sido los siguientes:

	%
En desacuerdo	31
De acuerdo en ciertas circunstancias	26
De acuerdo	18
En total desacuerdo	14
Muy de acuerdo	10
Nc/Nd	1
	<hr/> 100,0

En cualquier caso es éste un caso arduo que volveremos a tratar con ocasión del tercer cuestionario aplicado a los médicos de la capital y provincia. El hecho de que los enfermos mentales sean o no tratables en los hospitales generales, depende de la aceptación o no de la enfermedad mental como una variable más del enfermar humano y si esto no ha sido aceptado durante mucho tiempo (véase el ejemplo, tan

manido ya, de la Seguridad Social que no cubre el ingreso por enfermedad psíquica), no se va a aceptar ahora sino es paulatinamente.

Todo ello porque la aceptación de cualquier modelo que se adopte "está en función de las características de una sociedad determinada y que las teorías psiquiátricas, las medidas de eficacia objetivas y la opinión de psiquiatras muy eminentes no se tienen prácticamente en cuenta" (Murphy, Kovess y Valle, 1982).

Esto quiere decir que habrá que buscar el modo de compatibilizar el marco teórico con las posibilidades reales para que el plan a llevar a cabo no fracase al ser rechazado por el medio en el que se intenta implantar:

"Se trataría entonces, en función de la realidad de conseguir un conocimiento eficaz sobre el doble plano práctico y teórico: construir modelos los más adecuados posibles y no contentarse con aportar nociones planteadas en términos generales y abstractos" (Sow, 1982).

10. Es cierto el dicho que «un loco está más cerca de un genio que de un tonto»

En general, la muestra está más en desacuerdo que a favor del citado adagio (35 por ciento en contra, frente a un 25 por ciento a favor). Y algo más de la cuarta parte de la población encuestada hace depender la respuesta de las circunstancias. Aquí hay que señalar que ha aumentado considerablemente el número de entrevistados que no se han atrevido a dar su opinión: un 13 por ciento. Los porcentajes ordenados de un modo decreciente son los siguientes:

	%
En desacuerdo	28
De acuerdo en ciertas circunstancias	27
De acuerdo	19
En total desacuerdo	7
Muy de acuerdo	6
Nc/Nd	13
	<hr/>
	100,0

11. Los enfermos mentales deben votar como cualquier otro ciudadano

Aquí las opiniones se reparten casi matemáticamente al 50 por ciento. La mitad dice que depende del estado y tipo del paciente y la otra mitad divide sus opiniones entre estar a favor y en contra del voto. Los que no se atreven a decidirse han disminuido con respecto al ítem anterior:

	%
De acuerdo en ciertas circunstancias	50
De acuerdo	16
En desacuerdo	16
Muy de acuerdo	5
En total desacuerdo	5
Nc/Nd	8
	<hr/> 100,0

12. Personalmente no me importaría trabajar al lado de un enfermo mental

Sólo algo más del 50 por ciento han respondido afirmativamente a esta proposición, a pesar de ser el ciento por ciento los que trabajan con este tipo de enfermos. Esto quiere decir que algunos no están conformes con su trabajo, preferirían tener otra clase de empleo o dedicarse a otra área de la asistencia que no fuera la psiquiátrica. No obstante sólo han respondido directamente así un 4 por ciento y nadie está en absoluto desacuerdo. También un 35 por ciento hace depender la respuesta en ciertas circunstancias, posiblemente del tipo del estado en que se encuentre el paciente mental. La tabla de datos obtenidos ha sido la siguiente:

	%
De acuerdo en ciertas circunstancias	37
De acuerdo	34
Muy de acuerdo	22
En desacuerdo	4
En total desacuerdo	—
Nc/Nd	3
	<hr/> 100,0

Habrá personas que a pesar de tener que trabajar con enfermos psiquiátricos, nunca cambiarán de opinión, o, por lo menos, seguirán pensando que si pudieran, cambiarían de empleo. No nos engañamos y sabemos que la apertura del Hospital Psiquiátrico en Avila fue, ante todo, una oferta de trabajo para la población joven. Si hubiera sido otro tipo de empresa, muchos de los trabajadores no cualificados estarían igualmente en ella. De todos modos tenemos esperanzas y estamos de acuerdo con Serrano Prieto en que:

“Las actitudes se pueden modificar por las experiencias internas y por las circunstancias exteriores dependiendo el cambio de las mismas del compromiso con la acción que se ejecuta” (Serrano Prieto, 1985).

13. Los enfermos mentales son incurables

El personal que trabaja con estos enfermos, de cualificación media o sin cualificar, está fundamentalmente en contra de esta opinión. Más de la mitad piensan que la enfermedad mental sí se puede sanar y una tercera parte dice que depende de las circunstancias. Sólo un 7 por ciento es de la opinión que la patología mental es incurable. Las cifras obtenidas se señalan a continuación:

	%
De acuerdo en ciertas circunstancias	33
En desacuerdo	29
En total desacuerdo	28
De acuerdo	5
Muy de acuerdo	2
Nc/Nd	3
	<hr/> 100,0

El término "curación" es ambiguo. Sabemos, y la experiencia clínica así lo demuestra, que muchas veces no se puede lograr con los enfermos psiquiátricos una "restitutio ad integrum" y hay que conformarse con aliviar la sintomatología, paliar sus secuelas o restablecer parte del funcionamiento habitual del paciente. Por ello es tal vez más adecuado emplear conceptos de salud mental o de curación más amplios. Cameron (1982) considera criterios como las "expectativas culturales", "lo adecuado de la ejecución", restructuración de "las funciones integradoras internas" o la incidencia en las "condiciones de la vida en grupo".

14. Son insuficientes los recursos económicos que se emplean para la asistencia psiquiátrica

La inmensa mayoría de los trabajadores en este área padece las consecuencias y contesta afirmativamente a esta pregunta (82 por ciento). Sólo un 11 por ciento cree que el presupuesto empleado para atender el área de la salud mental es suficiente y sólo un 2 por ciento hace depender la respuesta de las circunstancias. Vuelve a ser ligeramente superior el número de los encuestados que no se atreve a opinar:

	%
Muy de acuerdo	53
De acuerdo	29
En desacuerdo	5
En total desacuerdo	4
De acuerdo en ciertas circunstancias	2
Nc/Nd	7
	<hr/> 100,0

15. La enfermedades mentales están causadas por los conflictos de la infancia

Casi un 70 por ciento responde afirmativamente en ciertas circunstancias. Casi un 20 por ciento está de acuerdo y un 10 por ciento no lo está. Por tanto, la opinión más generalizada entre la muestra de trabajadores elegida es que determinadas patologías mentales, algunas veces tienen su origen en la infancia. La tabla de valores obtenida es como sigue:

	<i>%</i>
De acuerdo en ciertas circunstancias	69
De acuerdo	15
En desacuerdo	9
Muy de acuerdo	3
En total desacuerdo	1
Nc/Nd	3
	<hr/>
	100,0

16. Lo mejor es tener «encerrados» a quienes padecen enfermedades mentales

La inmensa mayoría del personal que está en contacto con el enfermo mental (84 por ciento), está en desacuerdo con esta premisa. Sólo un 10 por ciento admitiría esta situación en determinadas circunstancias o momentos. De todos modos se da un hecho curioso, más que significativo estadísticamente, y es que todavía hay un 2 por ciento del propio staff, de la propia plantilla de trabajadores que atienden al paciente psíquico, que está absolutamente de acuerdo con el encierro de éste. Parece haber tipos de patología, formas de enfermar que siguen impresionando a los mismos trabajadores:

	<i>%</i>
En total desacuerdo	49
En desacuerdo	35
De acuerdo en ciertas circunstancias	10
Muy de acuerdo	2
De acuerdo	—
Nc/Nd	4
	<hr/>
	100,0

Las estancias excesivamente largas en los hospitales ya no tienen justificación y en la mayoría de los casos son debidas a problemas sociales más que a la necesidad

de la propia patología del paciente. De hecho ha sido lo inútil de estos internamientos lo que ha provocado las tendencias comunitarias de la psiquiatría:

"El movimiento de la salud mental comunitaria ha recibido un gran ímpetu por la demostración de que las largas estancias en los grandes hospitales mentales conducen a la incapacidad y también por el desarrollo de fármacos que ofrecen alternativas a la hospitalización" (Clausen, 1982).

17. La enfermedad mental es un castigo

La mayoría del personal encuestado que cuida al enfermo psiquiátrico o está en contacto con él, cree que la enfermedad psíquica no se trata de un castigo (82 por ciento). Sin embargo todavía un 6 por ciento de este mismo personal, tiene una creencia mágica con respecto al origen de la patología psiquiátrica y piensan que sí es un castigo. Incluso un 5 por ciento lo cree así en determinadas circunstancias:

	%
En total desacuerdo	59
En desacuerdo	23
De acuerdo en ciertas circunstancias	5
Muy de acuerdo	5
De acuerdo	1
Nc/Nd	7
	<hr/> 100,0

"Al estudiar las disponibilidades de salud en acción, casi siempre se observa que tanto los miembros del personal como los pacientes tienen unas ideas sobre cada uno de ellos y sobre las disponibilidades que, de hecho, son mitos" (Clausen, 1982).

La distribución de las opiniones en estas dos últimas preguntas es muy similar y podemos percibir un cambio de actitud que el contacto con pacientes mentales lleva a cabo en las personas que los atienden, con respecto a las opiniones de la población en general. Son respuestas más lógicas y menos mágicas.

18. Las causas de las enfermedades mentales son las actuales condiciones de vida

Algo más de la mitad de los encuestados admiten cierto compromiso de las actuales condiciones de vida en algunos tipos de pacientes mentales. Del resto, un 9

por ciento está de acuerdo con la premisa propuesta sin matizaciones y un 30 por ciento opina que en lo que es estrictamente patología mental no influyen las actuales condiciones de vida. Las cifras obtenidas han sido las siguientes:

	%
De acuerdo en ciertas circunstancias	56
En desacuerdo	18
En total desacuerdo	12
De acuerdo	7
Muy de acuerdo	2
Nc/Nd	5
	<hr/> 100,0

19. Los enfermos mentales deben trabajar porque mejoran

El personal asistencial vive este tema como fruto de su propia experiencia: el beneficio del trabajo y la terapia ocupacional para los pacientes mentales. Más de la mitad (un 68 por ciento) han respondido afirmativamente y casi un 30 por ciento hacen depender la adecuación del trabajo de las circunstancias. Solamente un 1 por ciento de la muestra ha respondido negativamente a este ítem:

	%
De acuerdo	42
De acuerdo en ciertas circunstancias	29
Muy de acuerdo	26
En desacuerdo	1
En total desacuerdo	—
Nc/Nd	2
	<hr/> 100,0

La ocupación del enfermo mental es uno de los medios con los que el equipo terapéutico cuenta para la rehabilitación del enfermo. De hecho, la terapia ocupacional, amén de ser un factor terapéutico de primer orden, podría considerarse como el equivalente al trabajo cotidiano de la persona supuestamente sana por lo que de ocupación, exigencia de horarios y comunicación con los iguales, tiene.

“La ocupación (del enfermo) es sólo un instrumento, si bien el más importante, entre los muchos que debe manejar diestramente el médico” (Parellada, 1972).

Se pretende la socialización del enfermo a través de los objetos intermediarios (útiles manuales) y de los demás compañeros:

“En definitiva, la rehabilitación es la terapéutica de comunicación, de comunicación del hombre en relación con su ambiente, con sus circunstancias, el mundo físico y el mundo social, y la rehabilitación trata de establecer o restablecer esas comunicaciones” (Serigo Segarra, 1972).

En terapia ocupacional lo interesante es el trabajo en grupo. La comunicación mediante el trabajo en grupo es una terapéutica basada en los procesos de interacción grupal y en los fenómenos de transferencia múltiple que se producen en dicho grupo.

20. Los enfermos mentales, después que salen del hospital deberían vivir en la sociedad como cualquier otra persona

Aquí los valores dados a las distintas alternativas van en orden decreciente, de la más positiva (más a favor) a la más negativa (más en contra de la propuesta). Así un 86 por ciento de los encuestados están a favor de la reinserción social del enfermo mental pasada la crisis aguda y son más los que están muy de acuerdo que los que están sencillamente de acuerdo. Sólo un 1 por ciento está en desacuerdo, no habiendo nadie absolutamente en contra de la propuesta formulada. Y por último, un 12 por ciento hace depender la reinserción social de las circunstancias. Las cifras obtenidas se añaden a continuación:

	%
Muy de acuerdo	49
De acuerdo	37
De acuerdo en ciertas circunstancias	12
En desacuerdo	1
En total desacuerdo	—
Nc/Nd	1
	<hr/>
	100,0

Esta socialización del paciente empieza dentro del mismo hospital donde lo más importante de todo ello es la ideología social que preside la vida total del hospital en el que se elimina toda actitud de rechazo y se estimula toda iniciativa constructiva, buscando un refuerzo del sentimiento de segurización personal y un aumento de la propia autoestima de cada enfermo.

Así, el hospital considerado como una comunidad con todo el acento social que esta palabra conlleva cumple su finalidad que debiera ser:

"La adaptación de los enfermos a las necesidades de su existencia, y a sus condiciones de vida en el seno de la sociedad" (Parellada, 1972).

Hay un aspecto necesario en el hospital, ya sea éste general o específicamente psiquiátrico, cual es la atención a determinados cuadros o formas de enfermedad psíquica. Pero hay otro aspecto positivo que no debemos olvidar, un aspecto beneficioso para el enfermo ya que cuenta con una serie de recursos, de profesionales capacitados, cuidadores especializados y toda clase de elementos terapéuticos. Pero además el hospital puede y debe ser algo más:

"No sólo las posibilidades profesionales y materiales, sino —y sobre todo— las posibilidades 'dinámicas' que existen implícitas y que pueden desarrollarse en su seno" (Parellada, 1972).

Si logramos esto, el tiempo de hospitalización necesario puede ser útil y positivo para la posterior evolución de los pacientes.

21. Una causa de la enfermedad mental es la falta de amor

Casi la mitad del personal encuestado está de acuerdo en que en algunos casos y según ciertas circunstancias la falta de amor incide en la enfermedad mental. Igual porcentaje está de acuerdo con esta opinión y sólo un 10 pr ciento opina que no tiene nada qué ver, que no encuentran interrelación alguna entre la falta de amor y los padecimientos psíquicos. Los valores recogidos son los siguientes:

	%
De acuerdo en ciertas circunstancias	43
De acuerdo	27
Muy de acuerdo	17
En desacuerdo	8
En total desacuerdo	2
Nc/Nd	3
	<hr/> 100,0

22. A los enfermos mentales se les debería prohibir los actos religiosos

Casi nadie entre los encuestados (5 por ciento) piensa de esta manera. Sólo un 4 por ciento opina que dependerá del estado del paciente y un 87 por ciento está a favor de que los enfermos mentales asistan a los actos religiosos si es esa su voluntad. Veamos las cifras que arroja nuestra encuesta:

	%
En total desacuerdo	46
En desacuerdo	41
De acuerdo en ciertas circunstancias	4
De acuerdo	3
Muy de acuerdo	2
Nc/Nd	4
	100,0

Como vemos la distribución de la respuesta sigue el mismo esquema que las dadas al ítem anterior, con la peculiaridad que esta última estaba formulada en forma negativa.

23. Alguien que ha estado en un manicomio no podrá volver a ser la misma persona que antes

El 70 por ciento del personal auxiliar encuestado está en desacuerdo con este enunciado. Como anteriormente hemos visto son partidarios de la reinserción social del enfermo mental y, en consecuencia, no creen que el paso por una institución psiquiátrica, deje una huella indeleble. Sólo un 15 por ciento admite que en algunos casos puede verse afectada la vida posterior de las personas que han pasado por un psiquiátrico. Por último, un 12 por ciento afirman que una institución de este tipo para enfermos mentales, deja marcadas a las personas. Y decimos el paso por el psiquiátrico y no la enfermedad mental en sí, porque como vimos anteriormente (véase ítem 4.14.) únicamente un 7 por ciento de los encuestados, creen que las enfermedades psíquicas no se curan. Luego son más los que piensan que es el psiquiátrico, como institución, lo que estigmatiza a las personas, más que la patología en sí. Los valores exactamente obtenidos, son como siguen:

	%
En total desacuerdo	37
En desacuerdo	33
De acuerdo en ciertas circunstancias	15
De acuerdo	9
Muy de acuerdo	3
Nc/Nd	3
	100,0

De nuevo vemos la misma distribución de las respuestas que en el ítem anterior, por tanto, podemos inferir ya que el trato con el enfermo mental hace, primero, que la persona supuestamente sana le pierda el miedo; y segundo que tenga una visión más positiva y humana de la enfermedad mental.

24. Quien haya sido tratado en un servicio psiquiátrico tampoco podrá volver a ser la misma persona

Siguiendo una línea coherente de pensamiento, nuestros encuestados piensan que una consulta, ambulatoria o no, fuera del marco del hospital psiquiátrico, es mucho menos significativa aún que un ingreso en un hospital específico para enfermedades mentales. Un 77 por ciento de la muestra disienten de la opinión de que esas personas en un momento dado que consultan por un problema concreto, dejen de ser ellas mismas, o cambie su identidad. Vuelve a ser el mismo 15 por ciento que veíamos antes, el que sigue opinando que afecte más o menos, según las circunstancias, tanto de las personas como de las circunstancias.

Por último sigue habiendo un poso de inamovibles, con pensamientos rígidos, un 7 por ciento, que creen que es lo mismo un ingreso en un psiquiátrico que una consulta en un servicio de psiquiatría, y que la persona que consulta a cerca de su salud mental ya no vuelve a ser la misma de antes. Los porcentajes obtenidos se añaden a continuación:

	%
En desacuerdo	45
En total desacuerdo	32
De acuerdo en ciertas circunstancias	15
De acuerdo	5
Muy de acuerdo	2
Nc/Nd	1
	<hr/> 100,0

25. Los enfermos mentales son seres útiles a la sociedad

Ese mismo 7 por ciento de la muestra sigue pensando que el enfermo mental es algo aparte, algo diferente y que sus condiciones de vida deben ser diferentes a las de cualquier otra persona. Un 35 por ciento opina que algunos pueden trabajar, y en consecuencia ser útiles socialmente, y otros no, según las circunstancias. Y un 53 por ciento opina que los enfermos mentales de alguna u otra manera pueden ser útiles a la sociedad. Las tablas de los valores obtenidos son como siguen:

	%
De acuerdo	38
De acuerdo en ciertas circunstancias	35
Muy de acuerdo	15
En desacuerdo	5
En total desacuerdo	2
Nc/Nd	5
	<hr/> 100,0

26. Los "manicomios" deberían desaparecer

En el caso de esta pregunta, como ya vimos con anterioridad (ítem 4.10.), puede haber interferido el tipo de población a la que iba dedicada la encuesta. No olvidemos que se trata de personal no cualificado en su mayoría (celadores, limpiadoras y auxiliares), y que, en definitiva, pueden sentir cuestionado su puesto de trabajo. No entienden, y en el momento actual es nuestra lucha, que la reforma psiquiátrica no supone la eliminación de sus puestos de trabajo tras echar a los pacientes a la calle. No tienen confianza en sus habilidades para sobrevivir fuera del medio hospitalario psiquiátrico y esta latencia se percibe al contradecirse con la percepción que este mismo personal tiene del enfermo mental.

Su preocupación laboral se antepone y son incapaces de relativizar el contenido de la pregunta. De todos modos este tipo de razonamiento sólo ha logrado aumentar el número de personas en contra de la integración y de la desaparición de los psiquiátricos hasta un 23 por ciento, pero casi el doble de los encuestados, un 63 por ciento siguen en la misma línea de pensamiento y opinan que sí deberían desaparecer. Menos de un 10 por ciento hace depender su respuesta de las circunstancias. Los valores exactamente obtenidos han sido los siguientes:

	%
De acuerdo	35
Muy de acuerdo	28
En desacuerdo	13
En total desacuerdo	10
De acuerdo en ciertas circunstancias	8
Nc/Nd	6
	<hr/> 100,0

27. Muchos enfermos mentales trabajarían como cualquier otra persona si encontraran trabajo

Más de la mitad de los encuestados creen que esto es cierto, que si nuestros enfermos encontraran trabajo serían capaces de desempeñarlo y ser útiles. Sólo un 2 por

ciento del personal cree que no podrían trabajar de ningún modo, y algo menos del 30 por ciento dice que dependería de las circunstancias. Los valores que arroja la encuesta han sido los siguientes:

	%
De acuerdo	43
De acuerdo en ciertas circunstancias	29
Muy de acuerdo	24
En desacuerdo	2
En total desacuerdo	—
Nc/Nd	2
	<u>100,0</u>

28. ¿Cuál es su postura ante el dicho "los locos con el palo se vuelven cuerdos"?

Prácticamente nadie piensa que al paciente psiquiátrico haya que tratarle de un modo violento o agresivo. Sólo un 1 por ciento de los encuestados ha manifestado estar muy de acuerdo con estas técnicas. Pero casi el 90 por ciento de los trabajadores está en contra de los tratamientos agresivos y un 2 por ciento opina que en ciertas circunstancias es lo correcto. En esta cuestión ha aumentado ligeramente el número de encuestados que no se ha atrevido a opinar. Veamos las tablas:

	%
En total desacuerdo	63
En desacuerdo	26
De acuerdo en ciertas circunstancias	2
Muy de acuerdo	1
Nc/Nd	8
	<u>100,0</u>

29. Estar loco es haber perdido la inteligencia

Parece ser que el hecho de trabajar con enfermos mentales destierra opiniones y creencias falsas a cerca de las mismas y ayuda a clarificar los conceptos. Podemos decir que el personal no cualificado de nuestro hospital (la mayoría de la muestra, aunque también formaban parte de ella los ATS), entiende lo que es la locura y la distingue de las oligofrenias y demencias en un 90 por ciento de los casos. Unicamente un 2 por ciento de los encuestados sigue identificando la patología mental con la intelectual y menos de un 5 por ciento hacen depender su respuesta de las circunstancias. Los valores obtenidos han sido los siguientes:

	%
En total desacuerdo	53
En desacuerdo	37
De acuerdo en ciertas circunstancias	4
De acuerdo	1
Muy de acuerdo	1
Nc/Nd	4
	<hr/> 100,0

4.2.5. Reflexione y señale cuales eran sus sentimientos frente a un enfermo mental previos a su trabajo en el hospital y actualmente

El sentimiento que con mayor frecuencia es referido como primordial antes del trabajo en el hospital psiquiátrico es el miedo. A más distancia, también antes de este tipo de empleo, respeto y lástima, y luego preocupación. En quinto lugar dicen haber sentido deseo de ayudarle e indiferencia casi con la misma frecuencia. Con menos intensidad dicen haber temido sentirse en la misma situación (éste, curiosamente, ha sido un temor que no ha descendido por el hecho de trabajar con enfermos mentales), simplemente malestar, o pánico o terror. La respuesta de "desprecio" ha sido la menos aceptada tanto como sentimiento previo al trabajo, como posteriormente al mismo. Ordenadamente en cuanto a la frecuencia de respuesta, y teniendo en cuenta que es una pregunta de respuesta múltiple, veamos en cifras las opiniones de los encuestados:

	%
(*) Miedo	52
Respeto	38
Lástima	37
Preocupación	30
Deseo de ayudarle	25
Indiferencia	22
Temor pase lo mismo	19
Simplemente malestar	14
Pánico/terror	11
Desprecio	5

(*) En este ítem y los sucesivos (del número 5 al 8 inclusive) la suma rebasa el 100 por cien ideal, al tratarse de una pregunta de respuesta múltiple.

Actualmente el deseo que más refieren es el de ayudarlos, con bastante diferencia sobre el inmediato seguidor que es el respeto. Es decir, el hecho de estar en continuo contacto con enfermos psíquicos durante toda una jornada laboral, hace nacer un sentimiento de deseo de ayuda y colaboración, en definitiva, un poco de superioridad, al sentir esa capacidad terapéutica, no exenta de respeto, pero siendo éste, el respeto, un sentimiento secundario. Primero ayuda, luego respeto, y más tarde preocupación. Con mucha menos frecuencia con respecto a los valores anteriores, pero con la misma (19 por ciento) con respecto a su situación antes de trabajar en el hospital psiquiátrico, sienten temor a padecer este mismo tipo de enfermedad (el contacto con el "loco", no "vacuna") y con valores estadísticamente poco significativos dicen sentir miedo y desprecio, pánico o malestar con la misma frecuencia. Los valores estadísticos ordenados según su frecuencia han sido los siguientes:

	%
Deseo de ayudarle	88
Respeto	63
Preocupación	40
Temor pase lo mismo	19
Lástima	16
Miedo	2
Indiferencia	1
Desprecio	1
Pánico/terror	1
Simplemente malestar	1

"El sentido común indica que la manera de aumentar el prejuicio sobre un individuo es evitar el contacto con él, y la mejor manera de reducirlo es establecer contacto con él y llegar a conocerlo" (Lindgren, 1978).

Sin embargo, el hecho de que el principio funcione la mayoría de las veces, no indica que actúe en todas las circunstancias. Recordemos el estudio que Newmann y colaboradores llevaron a cabo con 62 estudiantes de medicina cuya actitud apenas cambió, incluso cuando se hizo hincapié en el factor terapéutico de la relación (Newmann, Elizur y Bawer, 1984).

De hecho el prejuicio intergrupal, según Lindgren, puede reducirse o eliminarse "sólo cuando los miembros de los grupos antagonistas están preparados para ceder en algo que es muypreciado psicológicamente por ellos". En este caso, su creencia de que ellos son los poseedores de la salud, atribuyendo (Aronson, 1975) la enfermedad, la locura a los portadores de dicho rótulo.

Para poder establecer una comparación que sea más elocuente sobre el cambio de actitud operado en el personal que atiende a estos pacientes antes y después de trabajar en una institución mental, veamos las dos tablas conjuntamente:

	Antes	Ahora
Miedo	52	2
Respeto	38	63
Lástima	37	16
Preocupación	30	40
Deseo de ayudarle	25	88
Indiferencia	22	1
Temor pase lo mismo	19	19
Malestar	14	1
Pánico/terror	11	1
Desprecio	5	1

Como vemos han disminuido notablemente los sentimientos negativos provocados por los tabúes y la falta de información tradicional a cerca de estas enfermedades, como son el miedo (52/2), la indiferencia (22/1), el desprecio (5/1), la lástima (37/16), el pánico (11/1) y el malestar frente a los enfermos mentales (14/1).

En consecuencia han aumentado los sentimientos positivos que a la vez indican una mayor confianza de las posibilidades del personal en su propio trabajo y un mayor conocimiento de lo que es y supone un enfermo mental, dejando a un lado los tabúes y los miedos seculares. Después de haber trabajado con pacientes mentales el personal auxiliar siente más deseo de ayudar a estos enfermos (25/88), más respeto (38/40). Sin embargo, el sentimiento que se sigue manifestando con idéntica frecuencia (19 por ciento) en el temor a padecer las mismas enfermedades psíquicas. El trabajo con enfermos de este tipo ayuda a modificar la idea que se tiene de ellos, pero no modifica el temor a la propia locura.

“A su juicio: ¿cuál debería ser el tratamiento mejor para los enfermos mentales?”

El tratamiento más deseado o aceptado por el personal a quien fue dirigida la encuesta fue la ayuda social. Tal vez por el hecho ineludible y evidente, que la mayoría de nuestros propios pacientes, enfermos a quien ellos dedican su jornada laboral por completo, no deberían estar ingresados sino que podrían estar en sus casas, si las tuvieran, o atendidos por su familiares, si los aceptaran, viniendo a revisión cada cierto tiempo. Su experiencia, la del personal encuestado, es que hay pocos casos agudos, y los crónicos tienen muchos problemas sociales que les impiden una adecuada reinserción. Este hecho, en concreto, problema endémico de las instituciones psiquiátricas, ha matizado evidentemente las respuestas.

A la ayuda social, le sigue en cuanto a frecuencia el tratamiento psicológico, por esta misma razón que apuntábamos más arriba: nuestro personal trabaja con patologías crónicas, muchas veces estabilizadas y compensadas que necesitan más apoyo, atención, etc., todo lo que ellos en definitiva entienden por tratamiento psicoló-

gico, es decir, el no medicamentoso, sin darse cuenta muchas veces que esa estabilidad que ellos perciben se debe a los psicofármacos.

De todos modos la mitad de los encuestados encuentran necesario el tratamiento con medicamentos y un 14 por ciento no se atrevió a opinar sobre esta cuestión. Los datos ordenados de forma decreciente en cuanto a frecuencia son los siguientes:

	%
Ayuda social	81
Ayuda psicológica	78
Con medicamentos	50
Otros	14
Nc/Nd	5

“¿Dónde debería vivir habitualmente un enfermo mental?”

Evidentemente y como cualquier otra persona, en casa con su familia, rodeado de los suyos, es la respuesta más frecuente. También un psiquiátrico es un lugar adecuado, a falta de otros que lo sean más. Luego son partidarios de los pisos protegidos (cuyo programa a la hora de redactar esta tesis comenzaba a ponerse en marcha); le sigue en frecuencia la sala de psiquiatría de un hospital general, y, por último, con una frecuencia no significativa, el personal opina que en clínicas privadas.

Los valores obtenidos en esta pregunta de respuesta múltiple se ordenan a continuación:

	%
Casa con familia	76
Hospital psiquiátrico	40
Piso con otro enfermo	31
Sala psiq. hospital	18
Clínica privada	3
Nc/Nd	7

“En el caso de que usted padeciese una enfermedad mental, ¿dónde preferiría que le tratasen?”

En el caso hipotético que nuestro personal asistencial enfermara psiquiátricamente prefieren que los traten en casa en su inmensa mayoría. El resto de las posibilidades por orden de preferencia son: un hospital psiquiátrico, una sala de psiquiatría perteneciente a la Seguridad Social, un hospital privado, una sala de psiquiatría de un

hospital general no perteneciente a la Seguridad Social y, por último, en un sala de psiquiatría de un hospital universitario. De todos modos hay un 7 por ciento de encuestados que no responden a la cuestión anterior y no lo hacen tampoco en ésta.

Los valores exactamente obtenidos, teniendo en cuenta que se trata como las anteriores de una respuesta múltiple son:

	<u>%</u>
Domicilio con familiares	71
Hospital psiquiátrico	29
Sala psiquiatría S. S.	9
Hospital privado	8
Sala psiq. hosp. general	4
Sala psiq. hosp. univers.	3
Nc/Nd	7

4.3. ANALISIS DE RESULTADOS Y DISCUSION DEL Q. C.

4.3.1. Datos personales

Entre los médicos que ejercen su profesión en Avila capital y provincia hay más varones que mujeres en una proporción de 4,5 a 1 en favor de los primeros, es decir, que por cada dos mujeres nos encontramos con nueve hombres ejerciendo la medicina. El porcentaje exacto es como sigue:

	<i>%</i>
Varón	82
Mujer	18
	<u>100,0</u>

La mayoría tienen menos de 40 años, no obstante, el 10 por ciento de la muestra tiene o sobrepasa los 60 años. La composición exacta en porcentajes es la siguiente:

	<i>%</i>
Hasta 30 años	37
De 31 a 40 años	35
De 41 a 50 años	10
De 51 a 60 años	8
60 años o más	8
	<u>100,0</u>

Con respecto a los años de experiencia se pueden dividir, grosso modo, en tres grupos casi iguales. El primero de ellos estaría constituido por aquellos profesionales que llevan ejerciendo la medicina menos de 5 años; otro tercio, por los que llevan

trabajando entre 5 y 10 años; y, por último, el colectivo de médicos que tiene más de 10 años de experiencia. Las cifras exactas fueron:

	%
Menos de 5 años	34
De 5 a 10 años	30
Más de 10 años	36
	<hr/> 100,0

Algo más de la mitad de los encuestados ejercen en la provincia y alrededor de un 40 por ciento de los médicos de nuestra muestra, ejercen en la capital:

	%
Avila provincia	55
Avila capital	39
Nc/Nd	6
	<hr/> 100,0

Menos de la cuarta parte de la muestra ejercen alguna especialidad, el resto se dedica a la medicina general:

	%
Médico general	78
Médico especialista	22
	<hr/> 100,0

4.3.2. El médico abulense y el enfermo mental

1. COMO CREE CONOCER EL MEDICO ABULENSE LA PROBLEMATICA DEL ENFERMO MENTAL

Sólo un 1 por ciento de los médicos encuestados cree conocer perfectamente la problemática de la enfermedad mental en Ávila. Algo más de un 15 por ciento dicen conocerla lo suficiente como para poder opinar. El doble de estos últimos sólo la conocen a través de datos generales y otro tanto confiesa conocer el tema de manera general. Por último, la cuarta parte de los encuestados asegura que prácticamente la ignora.

Como vemos —y ya tendremos ocasión de ahondar en este punto a través de los comentarios que adjuntaron los propios médicos a los cuestionarios— la información que poseen en general los médicos que no se dedican al área específica de la psiquiatría, es escasa, deficiente y, en consecuencia, es ésta una de las parcelas de actuación necesaria —nos referimos a la información de estos facultativos— para llevar a cabo la reforma sanitaria en salud mental. Las cifras exactas en cuanto a autoevaluación sobre los conocimientos acerca del tema son los siguientes:

	%
Conozco sólo datos generales	29
La conozco de manera elemental ...	29
En realidad casi no la conozco	24
La conozco sufiente para poder opinar	17
Perfectamente	1
	<hr/> 100,0

2. COMO JUZGA LA ASISTENCIA A LOS ENFERMOS MENTALES

Como consecuencia de la escasa información que tienen los facultativos, éstos opinan que la asistencia en Ávila es aceptable. Y no porque no lo sea, o no lo sea

ahora, sino porque es una opinión indocumentada. Casi la mitad de los encuestados opinan que la asistencia en salud mental es aceptable. Un 30 por ciento opinan que es mala, y un 10 por ciento que es buena. Hay, como en cualquier colectivo, un par de minorías extremistas que opinan que es muy mala (un 4 por ciento) o que es muy buena (un 2 por ciento). Por último, un 5 por ciento no cree tener datos suficientes para poder opinar o no se atreven a hacerlo por desconocimiento:

	%
Aceptable	47
Mala	31
Buena	11
Muy mala	4
Muy buena	2
Nc/Nd	5
	<hr/> 100,0

Si tenemos en cuenta que en la tabla anterior eran solamente un 17 por ciento los que decían conocer lo suficiente la problemática de la enfermedad mental en Avila como para poder opinar, nos encontramos con que frente a la pregunta concreta han sido muchos más los que sí se han sentido capaces de poder juzgar. De hecho han contestado a este ítem un 95 por ciento de los encuestados. Sólo un 5 por ciento se han mantenido firmes en su creencia de falta de datos.

3. CUANTOS ENFERMOS MENTALES CREE VER EN SU CONSULTA

“Debemos recordar que la mayor parte de los procesos psíquicos no son visitas, inicialmente, por psiquiatras, sino por médicos generales o por otros especialistas y que, aproximadamente, un 60 por ciento de los enfermos que ven los médicos generales presentan un trastorno psíquico, sobreañadido, concomitante o independiente» (Serigo Segarra, 1972).

El porcentaje aproximado de consultas que estos médicos atienden y que estiman que se deben a problemática psicológico psiquiátrica profesionalmente es muy variable. La respuesta más frecuente es que de un 11 por ciento a un 25 por ciento de sus consultas son de esta índole. Luego la frecuencia más usual ha sido que de un 5 a un 10 por ciento. Pero es curioso constatar que hay un 2 por ciento de los médicos encuestados que creen que el grueso de patología psiquiátrica que atienden en sus consultas asciende a más del 70 por ciento. Estos datos, ordenados en tablas son como siguen:

	%
Del 11 al 25 por ciento	30
Del 5 al 10 por ciento	27
Del 26 al 40 por ciento	15
Menos del 5 por ciento	13
Del 41 al 55 por ciento	8
Del 50 al 70 por ciento	3
Más del 70 por ciento	2
Nc/Nd	2
	<hr/> 100,0

Los encuestados después de responder a nuestras preguntas han añadido algunos comentarios que ayudan a comprender mejor estas cifras. Alguno de ellos mide la consulta en tiempo, completando así la medida en tantos por cientos que ofrecíamos en nuestro cuestionario:

“En mi corta experiencia profesional me he encontrado con un número relativamente elevado de personas aquejadas de trastornos mentales (neurosis... muchas depresiones). Más de la mitad del tiempo de consulta lo empleo en este tipo de pacientes, pues muchas veces el olvidarse del reloj, el escuchar puede ser una lucecita en este difícil y problemático mundo de los transtorno mentales” (Mujer, treinta años, médico rural).

Incluso algunos encuestados señalan el tipo de patología que es más frecuente en su consulta:

“En consulta de medicina general, el tanto por ciento más elevado de enfermos de esta disciplina lo constituyen las depresiones” (Varón, sesenta años, medicina general).

Realmente nos hemos encontrado con encuestados muy preocupados por la salud mental que incluso han hecho comentarios respecto al enfermar psíquico y con respecto a la etiología que, según ellos, subyace bajo este tipo de dolencias. Así, por ejemplo, señalan los factores socioeconómicos o la merma de las capacidades adaptativas del sujeto como precipitantes:

“...Habría que considerar que muchas de las consultas psicológico-psiquiátricas se deben a factores socioeconómicos de frustración ante la realidad y falta de la capacidad adaptativa a dicha realidad, y por otra parte gran dificultad, por no decir imposibilidad para transformarla. Quizá esto se ve agravado en el medio rural, donde por motivos culturales, relacionados con el aislamiento, estas incapacidades se ven incrementadas” (Varón, veintitantes años, médico rural).

Teniendo en cuenta además que la población de los pueblos de la provincia de Ávila está muy envejecida en su mayoría como resultado de los movimientos migratorios y que, además, hay muchas zonas donde la orografía juega un papel muy importante, nos encontramos con médicos muy sensibilizados hacia el tema de la tercera edad:

“En mi limitada experiencia respecto a la salud mental en Ávila provincia, son factores condicionantes de mucho interés el aislamiento, soledad de la tercera edad en zonas rurales y la falta de medios económicos básicos en vivienda, sobre todo en zonas de sierra” (Varón, treinta y tantos, médico rural).

Es en todos estos aspectos donde la Sociología y la Antropología entroncan con la Psiquiatría. Es como si la Sociología hubiera hecho su contribución fundamental a la salud mental al analizar la forma a través de la cual los procesos sociales influyen en la percepción, la utilización y el funcionamiento de los servicios diseñados para procurar ayuda psiquiátrica o prevenir la enfermedad mental.

De esta manera los efectos de la estratificación social y la heterogeneidad cultural no pueden ser ignorados en el momento de planificar los servicios. Por esta razón, porque muchos pacientes prefieren estar enfermos del cuerpo a estarlo del espíritu debemos tener en cuenta con Clausen que:

“En realidad se ha hecho cada vez más evidente que las necesidades percibidas por las poblaciones locales, incluso cuando estas percepciones están en directo conflicto con las convicciones de los profesionales, no pueden ser ignoradas si se quiere que los servicios sean aceptados y utilizados debidamente” (Clausen, 1982).

4. LA PSIQUIATRIA ACTUALMENTE, ¿OBTIENE RESULTADOS TERAPEUTICOS SATISFACTORIOS

Casi la mitad de los médicos encuestados cree que el estado actual de la psiquiatría obtiene unos resultados terapéuticos satisfactorios en algunos casos. Una cuarta parte del colectivo encuestado opina así en bastantes casos, y algo menos de la cuarta parte cree que son pocos los casos en los que se pueden considerar los logros como buenos. Como siempre, hay una pequeña proporción de extremistas, en este caso un 2 por ciento, que opinan o bien que se obtienen resultados aceptables en la mayoría de los casos o en ninguno. Las tablas que exponen los resultados se añaden a continuación:

	%
En algunos casos	47
En bastantes casos	25
En pocos casos	22
En la mayoría de los casos	2
En ningún caso	2
Nc/Nd	2
	<hr/>
	100,0

A medida que vamos desde los médicos generales a los centros de hospitalización, ganamos en especialización. El hombre, el enfermo se va estudiante más detalladamente, pero a la par vamos perdiendo la visión global de la enfermedad, porque nos vamos alejando del hombre y sus circunstancias dentro de la sociedad.

Cuando el enfermo es enviado a un centro hospitalario surge entonces para él una nueva sociedad —el hospital— que tiene las características de una sociedad artificial, creada para separar al enfermo de la sociedad. Porque el tratar a los enfermos en el hospital supone una segregación y desde el punto de vista económico un impacto importante, convirtiéndose en un problema sanitario.

4.3.3. El médico abulense y la ley de reforma psiquiátrica

En un 40 por ciento los médicos no están de acuerdo con la fórmula legal que ha adquirido el internamiento involuntario. Creen que ellos están mejor capacitados que los jueces para dictaminar si un paciente debe o no ser ingresado.

Casi la misma proporción de los encuestados están de acuerdo en algunas circunstancias con la nueva normativa, lo que viene a ser lo mismo que dejar las cosas como estaban en este sentido, es decir, según las circunstancias, las órdenes de ingreso eran facultativas, judiciales o gubernativas. Al dejarlo así es porque juzgan que no es generalizable la estricta competencia del juez.

Este punto nos remite al desconocimiento por parte de los médicos de la realidad de la nueva normativa. En todo caso el juez siempre se verá asistido por peritos y especialistas, aunque la última decisión sea suya. Claro que a esto se le podría objetar que si de todos modos va a estar presente el psiquiatra y su opinión va a ser tenida en cuenta, ¿no es éste un modo inútil de multiplicar los trámites?

“A mi juicio, en el medio rural, la decisión final sobre la hospitalización en contra del paciente por parte del juez exclusivamente, puede plantear dificultades de libre decisión ante la comunidad así como de enlentecimiento de los trámites previos al ingreso, especialmente urgentes” (Varón, treinta y tantos años, médico rural).

Sin embargo, un 15 por ciento está a favor de la nueva medida, ya sea por inseguridad personal o profesional, o por un talante positivo para aceptar la nueva normativa, están de acuerdo con que los ingresos involuntarios los haga el juez. Las cifras exactas son como siguen:

	%
De acuerdo en ciertas circunstancias	38
En desacuerdo	26
En total desacuerdo	13
De acuerdo	13
Muy de acuerdo	2
Nc/Nd	8
	<hr/> 100,0

Veamos ahora el grado de conformidad o disconformidad con los principios del Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica.

1. El Sistema General de la Salud debe integrar la atención psiquiátrica y la promoción de la salud mental, asumiendo los aspectos bio-psico-sociales del enfermar

Más de la mitad de los médicos encuestados son de la opinión que el enfermar psíquico es una parcela más de la salud y como tal debe estar incluida en la red asistencial general:

“Me parece injusto que cuando el resto de la asistencia sanitaria en cuanto a sus gastos, corre a cargo del INSALUD, cuando queremos que se preste una buena asistencia psiquiátrica a una persona, debemos enviarla a un centro que si bien es público (Diputación), tenga que ser costeado por el propio paciente” (Varón, treinta y tantos años, médico rural).

“Considerando que la Seguridad Social debe incluir todo tipo de asistencia, ha de incluir la enfermedad mental con carácter urgente como una enfermedad más” (Varón, sesenta años, médico rural).

Son sobre todo los médicos rurales los que más se quejan del problema, porque lo viven más de cerca: cuando consideran indicado el ingreso de uno de los pacientes de cupo y él, conociendo su situación económica y su medio familiar, sabe positivamente que no podrá pagarlo, no puede por menos de vivir injusta la situación de la Administración al discriminar la patología mental de sus presupuestos:

“Los enfermos psiquiátricos que precisan de un internamiento de manera continua, deberían correr a cargo de la Seguridad Social, ya que hay enfermos con escasos recursos económicos” (Mujer, treinta y tantos años, médico rural).

A veces la experiencia del médico rural es dura y en los facultativos surge el sentimiento de impotencia para atajar las dificultades administrativas con las que tropiezan los familiares del paciente, y aun el mismo médico. Esto nos hace llegar comentarios como los del médico de Las Navas del Marqués:

“Existe insensibilidad social y oficial como lo prueba su exclusión, hasta ahora, de la cobertura de la Seguridad Social y que el ministro de Hacienda en contra de la Constitución cobre a los internos, no de Beneficencia, el 5 por ciento del ITE, como si fuesen mercancías... / ...Barrunto que los enfermos crónicos cuestan poco, incluso para los psiquiatras, sin duda, mal pagados... / ...Mucha teoría e intenciones, pero todo fracasará porque no hay voluntad, ni dinero” (Varón, cuarenta y tantos años, médico rural).

En general, todos aquellos médicos que están a favor de la reforma es por una concepción integral de la persona y de la enfermedad:

“No me interesa (a nivel de realización) que siga existiendo tanta dicotomía entre el enfermo mental y físico. Todo lo que contribuya a eso, creo que es perjudicial para la persona” (Varón, veintitantes años, médico general).

Los que más información tienen sugieren incluso áreas de actuación hasta ahora deficitarias en la labor asistencial:

“La Seguridad Social aborda seriamente la atención psiquiátrica incidiendo sobre todo en toxicomanías y salud mental de adolescentes y adultos jóvenes, dada la problemática social (paro, estudios, etc.) que inciden extraordinariamente en la maduración y estabilidad psíquica de la persona” (Varón, veintitantes años, médico general).

Incluso hay partidarios de una red asistencial única, no ya que unifique patología somática y psíquica, sino que la Seguridad Social sea la única red asistencial y desaparezcan los regímenes a los que se acogen los diversos estamentos:

“Traspaso de funciones asistenciales preventivas y rehabilitadora de pacientes de los diversos entes (Diputaciones, AISNA, FNAS, etc.) a la Seguridad Social” (Varón, treinta y tantos años, médico rural).

Por último sólo recoger una frase que de algún modo resume el sentimiento de estos médicos que están a favor de la reforma sanitaria, que en definitiva lleva al tratamiento integral del enfermo como persona:

“Que se haga esto inmediatamente” (Varón, cuarenta y tantos años, con más de diez años de ejercicio, médico rural).

Como hemos dicho las tres cuartas partes de los médicos encuestados están de acuerdo con que la salud mental sea integrada en la red asistencial general. El resto se reparte entre los que están de acuerdo con ciertas matizaciones y los que no lo están en absoluto. Los porcentajes exactos son:

	%
Muy de acuerdo	55
De acuerdo	20
De acuerdo en ciertas circunstancias	12
En desacuerdo	5
En total desacuerdo	4
Nc/Nd	4
	<hr/> 100,0

2. “El enfermo mental debe ser contemplado como un paciente más del sistema general de atención a la salud

La posibilidad de que esto sea así es aceptada y deseada por la mayoría de los médicos con la mayor naturalidad, y la distribución de las respuestas abunda en el polo positivo más incluso que en la premisa anterior.

Casi un 60 por ciento de los médicos encuestados está muy de acuerdo con que el enfermo psíquico sea considerado como un paciente más dentro del sistema general de atención a la salud.

Otro tercio de los encuestados está, sencillamente, de acuerdo. Solamente un 4 por ciento está en contra de que se lleve a cabo la integración total de enfermo psíquico, y éste sea tratado como otro enfermo más. Igual porcentaje de facultativos encuestados hacen depender la respuesta de las circunstancias.

La tabla que refleja en porcentajes las opiniones obtenidas es como sigue:

	%
Muy de acuerdo	58
De acuerdo	33
De acuerdo en ciertas circunstancias	4
En desacuerdo	1
En total desacuerdo	1
	<hr/> 100,0

3. La atención psiquiátrica se realizará, preferentemente, fuera del ámbito hospitalario

“A medida que el hospital psiquiátrico se estructura, activando el proceso de abertura y participación, con una finalidad siempre terapéutica, se va poniendo en conexión con una serie de estructuras asistenciales existentes en la sociedad, principalmente los dispensarios y los médicos generales. El hombre psiquiátrico se convierte entonces en un motor de transformación de toda la asistencia psiquiátrica, produciendo por su influjo una impregnación psiquiátrica de los médicos generales; no es que éstos vayan a hacer psiquiatría, es que el médico general debe saber la suficiente psiquiatría para ayudar a los psiquiatras a detectar precozmente las enfermedades psíquicas, para ayudarles en los procesos de post-cura” (Serigo-Segarra, 1972).

La variabilidad de las respuestas dadas por los facultativos encuestados a este ítem es mayor que en casos anteriores. Aunque la mitad de los médicos están a favor de la reinserción social y laboral del enfermo y de la no segregación del mismo, las respuestas no son tan tajantes como en ocasiones precedentes. Tal vez estas opiniones respondan a criterios supuestamente médicos, pero lo cierto es que aún hasta los propios facultativos tienen sus reservas en lo tocante a la atención psiquiátrica fuera del ámbito del “manicomio”. Los porcentajes que resultan del análisis de los cuestionarios, son los siguientes:

	%
De acuerdo en ciertas circunstancias	39
De acuerdo	30
Muy de acuerdo	22
En desacuerdo	6
En total desacuerdo	1
	<hr/> 100,0

Como vemos, en cuanto a frecuencia en las alternativas positivas, se ha dado un orden decreciente, en el sentido de anteponer las circunstancias a la respuesta y no

aceptar la premisa sin más. De todos modos, el hecho de que sólo un 8 por ciento esté en desacuerdo, no nos permite inferir que el médico en general, sea reaccionario a las nuevas directrices de la sanidad en cuestión de salud mental.

4. La duración de la hospitalización estará siempre en función de criterios terapéuticos

Las respuestas a este ítem entroncan con las que veíamos anteriormente con respecto a los tipos de ingreso involuntario, esto es: los facultativos opinan que los criterios médicos deben primar sobre cualquier otro tipo de consideraciones. Así responden los encuestados en un 80 por ciento de los casos. Sólo un 16 por ciento hace depender la respuesta de las circunstancias, y únicamente un 3 por ciento está en desacuerdo con la propuesta formulada. Los valores obtenidos se añaden a continuación:

	<i>%</i>
De acuerdo	44
Muy de acuerdo	36
De acuerdo en ciertas circunstancias	16
En desacuerdo	2
En total desacuerdo	1
Nc/Nd	1
	<hr/>
	100,0

“Sólo un 2 por ciento de las admisiones hospitalarias son producidas por enfermos mentales, pero, en cambio, nada menos que el 30 ó 40 por ciento de las camas (me refiero a países evolucionados) son destinadas a enfermos mentales. Esto nos da una idea del impacto social y económico que supone la enfermedad mental” (Serigo Segarra, 1972).

5. Los ingresos por causa psíquica han de ir realizándose progresivamente en el hospital general

En general, los médicos encuestados están de acuerdo con esta afirmación, pero son muchos los que hacen depender esta modificación del estado actual de las cosas, de las circunstancias, en concreto, del tipo de paciente que se vaya a ingresar en el hospital general. Parece que el tema no está aún maduro, ni siquiera a nivel facultativo. Veamos las cifras:

	%
De acuerdo en ciertas circunstancias	33
De acuerdo	32
Muy de acuerdo	12
En desacuerdo	11
En total desacuerdo	8
Nc/Nd	4
	<hr/> 100,0

“Sin que ello quiera decir que no habrá ya hospitales psiquiátricos: pasará mucho tiempo hasta que desaparezcan” (Serigo Segarra, 1972).

6. Los hospitales generales han de ir contemplando la atención psicológica y psiquiátrica como un elemento más de sus prestaciones asistenciales

Más de las tres cuartas partes de los médicos abulenses están de acuerdo con esta medida, tal vez porque da tiempo y la sitúa en un futuro no demasiado inmediato. Bien mirados se contradicen un tanto estos resultados tan masivamente a favor, con respecto a los anteriores. Parece ser que el factor tiempo hace de ansiolítico, aun para los propios facultativos. Sólo un 9 por ciento está en desacuerdo con esta medida. Las cifras exactas se añaden a continuación:

	%
De acuerdo	47
Muy de acuerdo	31
De acuerdo en ciertas circunstancias	12
En desacuerdo	6
En total desacuerdo	3
Nc/Nd	1
	<hr/> 100,0

7. La unidad psiquiátrica del hospital general formará parte de la unidad de salud mental del área, cubriendo las funciones asistenciales, docentes e investigadoras que le corresponden

Sólo un 2 por ciento de los médicos encuestados han respondido negativamente a esta cuestión y casi el 90 por ciento está a favor de la medida propuesta. Hasta ahora, es el ítem mejor acogido por los facultativos abulenses:

	%
De acuerdo	51
Muy de acuerdo	38
De acuerdo en ciertas circunstancias	6
En total desacuerdo	2
En desacuerdo	—
Nc/Nd	3
	<hr/>
	100,0

8. Es preciso incentivar la puesta en marcha de planes específicos para los hospitales psiquiátricos, orientados hacia su transformación y progresiva superación, simultaneados con acciones alternativas fuera de los mismos y dentro de las áreas de salud

De nuevo volvemos a encontrar una espectacular acogida de la propuesta y sólo un 2 por ciento está totalmente en desacuerdo. Más de un 80 por ciento está a favor de la transformación de los psiquiátricos y la promoción de acciones alternativas. Veamos las cifras:

	%
De acuerdo	46
Muy de acuerdo	41
De acuerdo en ciertas circunstancias	7
En total desacuerdo	2
En desacuerdo	—
Nc/Nd	4
	<hr/>
	100,0

9. Los hospitales psiquiátricos deben reducir progresivamente su número de camas, preparar a sus pacientes institucionalizados, mediante el desarrollo de programas interdisciplinares, para una futura externación y actualizar y formar a sus profesionales en otras formas de atención psiquiátrica

Las respuestas a esta proposición van en la línea de lo anterior: más de un 70 por ciento están a favor de estas medidas y sólo un 15 por ciento en contra. Casi un 20 por ciento de los encuestados hacen depender su respuesta de las circunstancias. Los valores obtenidos son como siguen:

	%
De acuerdo	45
Muy de acuerdo	27
De acuerdo en ciertas circunstancias	19
En desacuerdo	2
En total desacuerdo	2
Nc/Nd	4
	100,0

Como hemos podido apreciar por los comentarios de los encuestados el miedo a que los actuales internos de los psiquiátricos se queden sin continente es otra de las malas interpretaciones que, no sólo el público en general, sino incluso los propios médicos, hacen de la reforma sanitaria. Veamos uno de esos comentarios:

“Considero que los hospitales psiquiátricos sólo pueden conseguir actualmente la reinserción social aceptable de una moderada proporción de sus enfermos esto a mi modo de ver plantea la necesidad de mantener instituciones residenciales adecuadas, para personas incapaces por múltiples razones de insertarse en el medio socio familiar del que proceden” (Varón, treinta y tantos a años, médico rural).

El temor a que cierto tipo de pacientes, sobre todo si son ancianos, queden sin lo que hasta ahora era un último recurso, es patente aun entre los propios médicos:

“Por otra parte, todavía quedan muchos pacientes psicogeriátricos, como para hacer desaparecer sistemáticamente los hospitales psiquiátricos antiguos. Y, además, no todos los casos se pueden integrar en la sociedad” (Varón, veintitres años, médico rural).

10. La atención psiquiátrica de urgencia está integrada en el sistema general de urgencias, como apoyatura a dichos servicios

Más de las tres cuartas partes de los facultativos encuestados están de acuerdo o muy de acuerdo con que haya personal especializado en psiquiatría en los servicios de urgencia. Sólo un 7 por ciento no lo cree necesario o está en contra de esta medida y algo más de un 10 por ciento no se atreve a pronunciarse, porque cree que depende de las circunstancias. Los valores obtenidos son como siguen:

De acuerdo	44
Muy de acuerdo	34
De acuerdo en ciertas circunstancias	13
En desacuerdo	6
En total desacuerdo	1
Nc/Nd	2

A esta altura del análisis de los resultados de nuestra investigación podemos inferir un hecho que matiza el significado de los guarismos: no es que los médicos estén en contra de la reforma psiquiátrica, sino que carecen de información sobre ella.

El cuestionario es una técnica de información de indudable ayuda y utilidad, pero si un encuestado ha respondido negativamente, no sabemos por qué lo ha hecho y sencillamente las estadísticas le incluirán en este porcentaje de facultativos que están en contra de la reforma.

Sin embargo, a los comentarios de muchos de ellos hemos podido darnos cuenta que en algunos casos a pesar de que el cuestionario llevaba impresos los puntos de la reforma sanitaria sobre la que se pretendía que opinasen, en muchos casos, repetimos, lamentablemente era la única información que poseían al respecto y lógicamente a veces ha sido mal interpretada.

Se aprecia una cierta suspicacia en dos sentidos: o bien se quedan con la idea de que los generalistas van a hacer todo el trabajo, o bien piensan, erróneamente también, que los jueces los van a desplazar dando lugar a problemas por intrusismo profesional:

“Creo que a pesar de ser justos (los puntos del apartado 10) hay casos que por su gravedad debería el facultativo tener el poder del internamiento... el sueño de terminar con los psiquiatras es muy bonito, pero utópico. Creo que hay que desmitificarlos e incidir sobre la prevención... Todo médico general conoce mal o bien todas las especialidades médicas salvo la psiquiatría. Por eso creo acertado el que se incluya en hospitales generales a los problemas psicológicos y psiquiátricos menores” (Varón, veintitantes años, médico de Institución penitenciaria).

“Si bien he señalado como ‘muy de acuerdo’ y ‘de acuerdo’ aspectos referentes a la unificación de la asistencia psiquiátrica en el plan general de salud, he de manifestar que la elaboración de estos aspectos es exclusiva potestad del facultativo. Las directrices ‘burocrático-políticas’ tan acusadas en nuestra profesión, han de ser secundarias” (Varón, veintitantes años, médico general).

De todos modos hay posturas mucho más radicales, provocadas, tal vez, por una especie de acoso social a la que el médico se ha visto sometido en estos últimos años. Desde luego, hoy ser médico no tiene nada que ver con lo que significaba a nivel humanístico y social, serlo a principios de siglo:

“Los artículos XXV y XXVII haciendo gala de un vocabulario técnico-demagógico deja entrever en sus renglones una reconversión, encaminada como hace muchos años al ahorro (cosa que no sucede en el Ministerio de Defensa), a la destrucción del empleo sanitario y en el mejor de los casos a la falta de creación de los ya escasos puestos de trabajo para médicos” (Varón, veintitantes años, médico rural).

Suponemos que este tipo de posturas en el fondo están originadas por el alto índice de desempleo entre los médicos que acaban sus estudios. En cualquier caso el paro es problema de planificación y no tiene nada que ver con la reforma psiquiátrica. Por tanto, la postura del médico arriba citado, al comparar la reforma sanitaria con la reconversión industrial resulta muy tajante y poco objetiva.

De todos modos estos comentarios vienen a corroborar la hipótesis que, a partir de los comentarios de los encuestados, formulamos a cerca del porcentaje de facultativos que están en contra de la reforma o de algunos de sus puntos en concreto. Algunos no están, no pueden estar, ni a favor ni en contra, sencillamente, la desconocen.

Esta desconfianza que obra en el fondo, elige como campo de batalla la disyuntiva hospital psiquiátrico-hospital general. Parece ser que se lleva a cabo una inversión de juicios entre ambas instituciones y, de repente, parece que el hospital psiquiátrico es maravilloso y el general algo inadecuado:

“Creo que el sistema debe ser el hospital psiquiátrico actual y no integrarlo en los hospitales generales como estaban antiguamente y suficientemente fracasados, todos lo sabemos” (Varón, sesenta años, estomatólogo).

Pero no creamos que la opinión de este facultativo se deba a su edad y que él, personalmente, haya conocido una psiquiatría desfasada o penosa. Un médico rural con la mitad de años que el anterior añade a su cuestionario las siguientes opiniones:

“Tal y como están en la actualidad los hospitales generales, absolutamente deshumanizados, no me parece lógico ingresar a personas por causas psíquicas en estos centros. Si el hábitat del hospital general fuera similar al de algunos psiquiátricos nuevos, estaría de acuerdo” (Varón, treinta y tantos años, médico rural).

Podemos acusar a los médicos de nuestra provincia de poseer poca información y ser además poco objetivos. Parece que sólo tienen en cuenta la experiencia de nuestra capital, de Avila, efectivamente, el psiquiátrico es nuevo y el hospital general es más antiguo y en período de restauración. Pero esto no constituye un caudal de datos adecuado para generalizar. Sigamos escuchando opiniones:

“No todos los ingresos por causa psíquica deben ir al hospital general. Me parece más lógico que se los atienda en un CAP de salud mental. Los casos menos rebeldes (el tratamiento) y urgentes deberían corresponder al hospital general” (Varón, veintitantes años, médico rural).

“No considero adecuado que ciertos enfermos psiquiátricos en todo momento, bien por ingreso, o bien por atención de urgencia, tenga que llevarse a cabo en un sistema general dado las características peculiares de agresividad de alguno de ellos, sino que para estos casos sería necesario un centro sanitario específico e individualizado” (Varón, treinta y tantos años, médico rural).

Como vemos, todavía en los mismos médicos persiste la idea de peligrosidad ante todo, y es esta razón, unida a la inseguridad que da el desconocimiento, la que hace opinar así.

En cualquier caso aún se encuentran facultativos que piensan que la reforma va en contra de la especialización o de la superespecialización y que, en consecuencia, sería retroceder lo avanzado.

“No es lo mismo un servicio de psicopsiquiatría para atención al paciente general de un hospital, que dicho servicio atienda y trate posibles enfermedades mentales en dicho hospital central. Dado el perfeccionamiento adquirido actualmente por ciencias tan universales como medicina, psiquiatría y psicología, creo que ya es hora de llegar a la separación y plena independización entre ellas, con la lógica interrelación profesional” (Varón, veintitres años, ORL).

Vistas todas estas matizaciones, podemos inferir que la reforma se tiene que llevar a cabo; pero haciendo hincapié en la información tanto de la población como de los facultativos. Por tanto, podemos acabar este apartado con una frase de un médico encuestado, ya mayor:

“La modernización ha de hacerse; pero gradualmente y sin apresurarse” (Varón, sesenta años, médico general).

Uno de los segmentos de la actual asistencia sanitaria que ha recibido mayores críticas por parte de nuestros encuestados es el ambulatorio, y en concreto, la desproporción tiempo/paciente, en las que estas consultas, forzosamente, han de desenvolverse. Se puede estar a favor o en contra de la reforma psiquiátrica; o a favor de algunas cosas y en contra de otras, pero en el tema de los ambulatorios, la mayoría de los médicos coinciden que es necesaria una reestructuración.

Y la primera medida que sugieren es la separación de especialidades de neurología y psiquiatría, como primer paso para discernir el tipo de pacientes y que se les pueda dedicar un mayor y mejor tiempo y éste sea aún más especializado. Veamos unos comentarios al respecto:

“Más atención por parte del psiquiatra en consultas externas (menos pacientes por consulta)” (Mujer, treinta y tantos años, médico rural).

“Separación tajante de especialidades de neurología y psiquiatría en ambulatorios” (Varón, treinta y tantos años, médico rural).

“Separar neurología y psiquiatría del ambulatorio” (Varón, treinta y tantos años, nefrólogo).

“Muy deficiente el régimen ambulatorio público” (Varón, cuarenta y tantos años, generalista con más de diez años de experiencia).

El hecho de que las consultas de neuropsiquiatría funcionen de tal modo, hacen volver la vista hacia el hospital psiquiátrico, de creación más reciente, y este hecho matiza las respuestas. Los médicos no se plantean qué es mejor, si el tratamiento ambulatorio o el internamiento como técnicas asistenciales y fundamentalmente diferentes. No. Personalizan estos dos sistemas en los elementos concretos que conocen: "este" hospital y "este" ambulatorio. Por tanto, no se debe inferir que, porque critiquen el ambulatorio, no comulguen con la reforma.

En realidad lo que parecen rechazar es la forma actual de trabajo en las consultas de neuropsiquiatría de la Seguridad Social y, por comparación, los parecen muy aceptable el modo de trabajar en el nuevo hospital psiquiátrico:

"Con respecto a la pregunta número 7 quiero matizar: la asistencia por parte del hospital psiquiátrico, me parece bastante aceptable. La asistencia en régimen ambulatorio, de la Seguridad Social, se entiende, hasta ahora, ha sido muy mala" (Varón, veintitantes años, médico rural).

"Quiero aclarar que la información personal sobre el tratamiento del enfermo psiquiátrico que aquí reflejo está referida sobre todo a la atención ambulatoria (opino que en Avila es NEFASTA), que es la demanda mayor de mis pacientes. Tengo referencias sobre los tratamientos que reciben en el psiquiátrico y honradamente, no pueden ser mejores" (Varón, treinta y tantos años, médico rural).

Por tanto, y al analizar estos resultados hay que tener en cuenta el colectivo al que hacen referencia, médicos abulenses, y que su opinión está mediatisada por la experiencia concreta de nuestra ciudad, que ha contado desde siempre con un sistema de consultas ambulatorias de neuropsiquiatría muy deficiente y en los últimos años cuenta con un psiquiátrico donde se pretende trabajar bien. Estos resultados en otra ciudad donde las circunstancias fueran inversas, es decir, un psiquiátrico antiguo y un ambulatorio que funcionara modernamente, serían presumiblemente al revés.

Por último, para cerrar este punto vamos a recoger las propuestas de los facultativos que apuntan por dónde podría ir encauzada la reforma.

"Sería necesario potenciar las consultas externas para tratamientos extrahospitalarios. Potenciar las unidades de admisión para tratamiento intensivo de los enfermos ingresados y abbreviar su estancia. Potenciar los servicios de rehabilitación para paliar la tendencia cronicadora de los enfermos psicóticos" (Varón, sesenta años, especialista sin especificar).

"Pienso que la urgencia de la problemática psicológico-psiquiátrica puede y debe ser resuelta en el nivel primario, para lo cual es imprescindible una adecuada formación del personal de atención primaria y una coordinación de los servicios de la salud mental" (Mujer, veintitantes años, médico rural).

También hay quien ve el tema desde su punto de vista y no estando ni a favor ni en contra de la reforma, lo analiza desde su propio campo de acción y aprovecha para sugerir que se mejoren algunos aspectos, sin duda, importantes, de la atención de estos enfermos:

"La salud dental de estos enfermos es angustiosa y es una fuente terrible de infecciones crónicas diseminadas por todo el organismo. Creo que sería imprescindible crear un servicio de estomatología en los centros u hospitales psiquiátricos" (Varón, cuarenta y tantos años, estomatólogo).

4.3.4. Docencia

A la vista de los resultados parece claro que la reforma sanitaria en materia de salud mental es una imperiosa necesidad. Ahora bien, a pesar de no ser el objetivo de nuestra investigación, han sido los propios encuestados los que han sacado a la luz este tema.

Muchos de ellos, en el espacio en blanco que se les ofrecía a modo de buzón de sugerencias, han planteado el espinoso tema de la calidad de la enseñanza, que repercute directa y lógicamente en la calidad de la asistencia. La reforma está bien, pero ¿se han planteado ustedes con qué medios cuentan? ¿Han revisado la formación académica de esos facultativos que supuestamente van a llevar a cabo el peso de esta nueva red asistencial? Uno de nuestros encuestados lo expresaba claramente:

"Si la premisa es la integración de la asistencia psiquiátrica y la promoción de la salud mental en el sistema general de la salud, existe un desfase importante entre esos objetivos y el actual sistema de enseñanza de la medicina en ese área. Por tanto, y para empezar por el principio, habría que mejorar en cantidad y calidad la enseñanza de la psiquiatría y de la medicina preventiva en la carrera" (Varón, treinta años, pediatra).

Efectivamente, existe un desfase importante y son los mismos profesionales no psiquiatras los que nos hacen recapacitar sobre esta cuestión. Ellos piden ser sometidos a un reciclaje; están de acuerdo con la reforma, pero no se sienten capacitados para asumir las responsabilidades que se les vienen encima. Un médico rural, joven y con un experiencia profesional de pocos años, era mucho más escueto:

"Ampliar la formación médica en psiquiatría-psicología del médico general; además de cursos, clases, etcétera" (Varón, veintitantes años, médico rural).

Es decir, que no sólo se plantea como necesario ampliar los estudios de psicología y psiquiatría durante la carrera (habitualmente se consideran asignaturas "mártires"), sino una progresiva formación continuada para que la labor asistencial sea

eficaz. Desde todos los ámbitos de actuación médica encuestados —medicina rural, de familia, e incluso especialistas— llega la misma petición:

“En mi opinión existe un desconocimiento profundo y casi absoluto de la psiquiatría por parte de los médicos y de la población general. No se da valor y se desconocen la influencia y la génesis de la psiquis sobre la enfermedad” (Varón, treinta y tantos años, ginecólogo).

“Se debe proporcionar la formación en psiquiatría en asistencia primaria” (Varón, treinta y tantos años, médico rural).

“Me gustaría y creo que sería interesante organizar un curso para médicos de APD sobre una serie de temas básicos de diagnóstico como de tratamiento en psiquiatría” (Mujer, veintitantes años, médico rural).

Los médicos que más han insistido en este punto han sido los que aún están a tiempo, porque todavía están en período de formación. Nos referimos a los médicos residentes en medicina familiar y comunitaria. Y es lógico, se están formando en la residencia de la Seguridad Social y prácticamente el único servicio del que éstas carecen y, por tanto, por los que estos médicos no pueden rotar, es el de psiquiatría. Su formación se ve complementada por prácticas de todo tipo, pero no ven enfermos psíquicos y saben que cuando afronten su práctica profesional se van a encontrar con ellos. Desde ahora mismo quieren llenar esa laguna en sus conocimientos.

“Como médico de familia en formación, y siendo consciente de la importancia que la salud mental tendrá en el futuro de mi actividad profesional, siento profundamente que en Avila no exista la infraestructura necesaria para adquirir un mínimo de conocimientos y, sobre todo, las inquietudes necesarias para desarrollar mi labor” (Varón, veintitantes años, MIR, medicina familiar).

“Como residente en medicina familiar y comunitaria, me parece fundamental el mejorar la formación del médico general en temas de salud mental con dos objetivos que serán fundamentales para su posterior práctica profesional: el saber distinguir y tratar el tanto por ciento de enfermos con trastornos psíquicos no susceptibles de tratamientos especializados de aquellos que sí lo requieren; además es función importantes del médico de familia promocionar la salud mental dentro de una atención integral del enfermo (o posible enfermo). Por otra parte sería deseable que los psiquiatras tuvieran conocimiento de salud pública y de los nuevos conceptos de salud mental, sobre todo en lo que se refiere a preventión primaria” (Mujer, veintitantes años, MIR, medicina familiar).

Hay incluso quien hace una demanda específica no ya a la Administración o a la Universidad, sino al propio hospital psiquiátrico, como cabeza visible de la asistencia psiquiátrica en nuestra provincia. Parece que éste, el hospital, se ha convertido en el único interlocutor válido para el resto de los facultativos de la provincia:

"No sería una mala medida por parte del hospital psiquiátrico el dar una serie de conferencias prácticas, en especial, sobre el manejo de psicofármacos y el trato con el enfermo mental agudo y drogodependiente, ya que la formación universitaria lo mismo en esta materia que en otras deja mucho que desear y hay un abismo de la teoría a la práctica" (Varón, veintitantes años, médico general).

Pero aún hay más en esta petición de docencia: se han encontrado diferencias en el sentido de implicar a otros profesionales como son los asistentes sociales o incluso se ha pedido información sobre temas burocráticos, legales, etcétera:

"Se debería valorar más la etiología social en los tratamientos de muchos enfermos psiquiátricos" (Varón, treinta y tantos años, médico rural).

"Creo que es muy necesario que exista coordinación entre las instituciones psiquiátricas y el médico de familia: coordinación en los casos puntuales y una formación continuada de los mismos que, por supuesto, ha de correr a cargo de especialistas e instituciones provinciales. Formación que empezará desde la más elemental burocracia, pasando por aspectos legales y terminando por los aspectos asistenciales y preventivos todo lo demás, de momento, es utopía" (Varón, veintitantes años, médico rural).

Y en un orden ascendente de calidad, tanto docente como asistencial hay quien se ha preocupado del tema infantil. Por supuesto éstos han sido los pediatras:

"Valorar la psiquiatría pediátrica sin mezclar con la del adulto, tanto la extra como la intrahospitalaria" (Varón, treinta y tantos años, pediatra).

5. RESUMEN DE RESULTADOS Y REPRESENTACION GRAFICA

5.1. RESUMEN DE RESULTADOS Y REPRESENTACION GRAFICA DEL Q. A.

Q. A.: RESUMEN

1. CARACTERISTICAS DE LA POBLACION

1.1. Edad, sexo y estado civil

La población de Avila capital de sujetos mayores de 18 años está constituida por un número prácticamente igual de hombres (48 por ciento) que de mujeres (51,2 por ciento).

La mitad de la población tiene menos de 40 años. Para su estudio se establecieron siete intervalos de edades cuyas proporciones fueron las siguientes:

De 18 a 27 años	24,2
De 28 a 37 años	19,1
De 38 a 47 años	16,6
De 48 a 57 años	15,9
De 58 a 67 años	11,5
De 68 a 77 años	8,8
De 78 y más años	3,7

Hay que señalar que en todos los intervalos menos en dos (38 a 47 años y 48 a 57 años) el número de mujeres es mayor al de varones.

Más de la mitad de la población está casada; un tercio, soltera; y el resto se reparte entre viudos (más viudas) y "otras situaciones". La población abulense se casa tarde, generalmente a partir de los 28 años y parecen seguir contrayendo matrimonio hasta edades muy maduras (el número de casados aumenta hasta los 57 años).

Como corresponde a una sociedad conservadora, son pocos los que confiesan estar en "otras situaciones" (separados, divorciados, etc.), y también esta situación se encuentra en edades maduras (58 a 67 años). Hay que señalar, además, un bajo pero constante porcentaje de personas reacias al matrimonio que incluso a edades avanzadas, e incluso contando con el hecho de que muchos a esa edad ya habrán muerto, asciende a un 10 por ciento de la población total.

1.2. Lugar de nacimiento

Cerca de la mitad de la población (46,4 por ciento) ha nacido en la misma capital; algo más de un tercio del total (36,3 por ciento) es de la provincia, y el resto se divide entre los nacidos en otras capitales (11,5 por ciento) y los pueblos de otras provincias (5,5 por ciento). Hay que señalar aquí un 0,2 por ciento de la población que no contesta. Este porcentaje corresponde por completo a mujeres mayores de 78 años que muestran con toda seguridad alteraciones amnésicas consecuencia de la edad.

El éxodo inmigratorio de los pueblos a la capital, aunque constituye más del 28 por ciento de todas las edades, aumenta considerablemente a partir del intervalo comprendido entre los 48 y los 57 años, superando el 60 por ciento en el período comprendido entre los 68 y 77.

1.3. Nivel académico y situación profesional

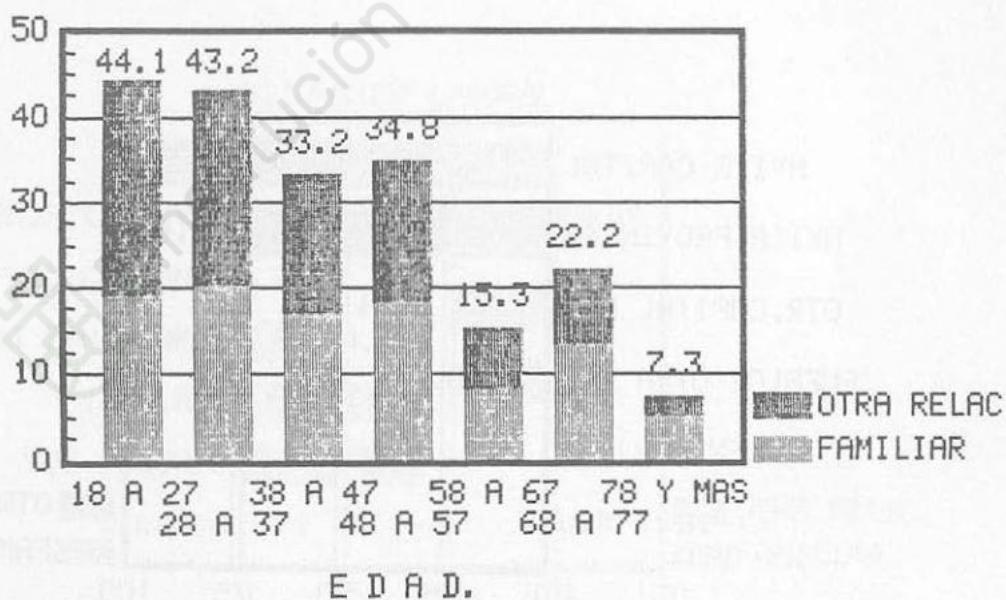
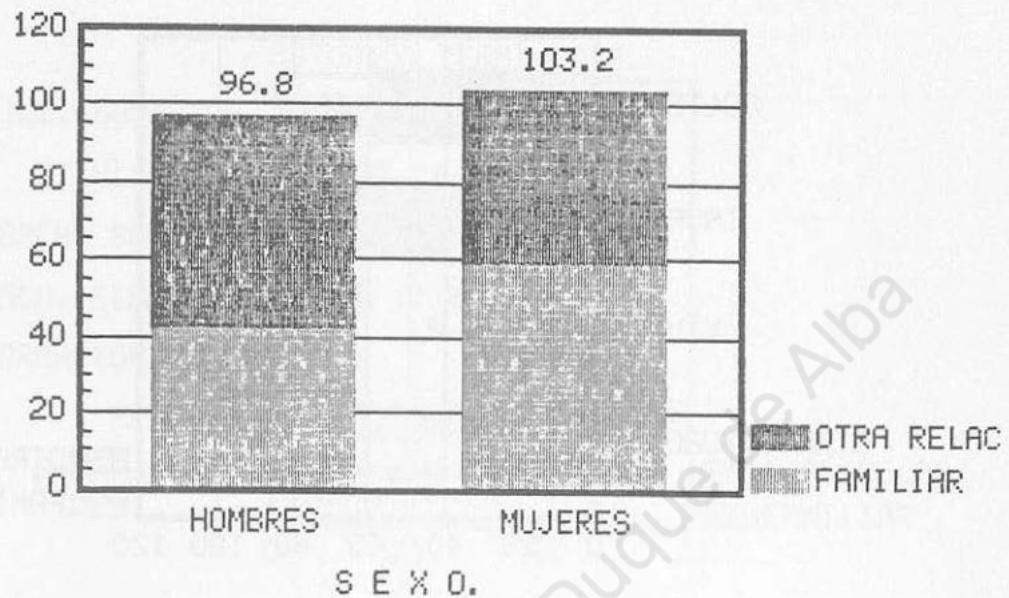
El nivel de estudios alcanzado es bajo. Algo más de un tercio de los encuestados (39,3 por ciento) tiene estudios primarios y algo más de la décima parte (12,9 por ciento) no tiene ningún grado de escolaridad.

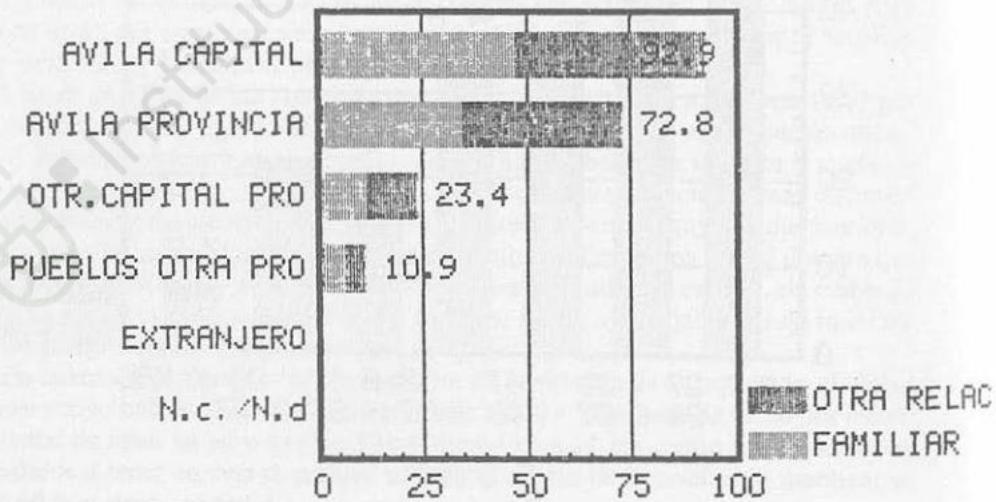
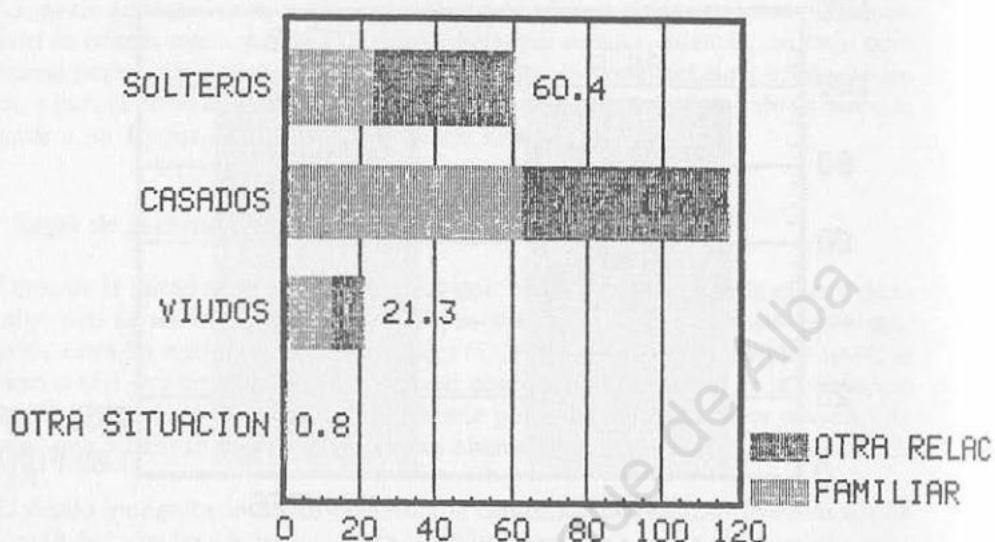
Las titulaciones superiores y medias en conjunto no superan el 20 por ciento. Algo más de un 15 por ciento accede a bachiller superior y el resto se repite entre bachillerato elemental y formación profesional.

Más de la mitad de los abulenses que alcanzan titulaciones superiores (52,7 por ciento) son mujeres. Con los estudios primarios también se da una situación análoga. El hombre adquiere niveles medios de enseñanza (bachiller superior y medio, y formación profesional), mientras que la mujer consigue situaciones más dispares: hay más mujeres sin escolarizar, pero entre los títulos superiores hay más que hombres.

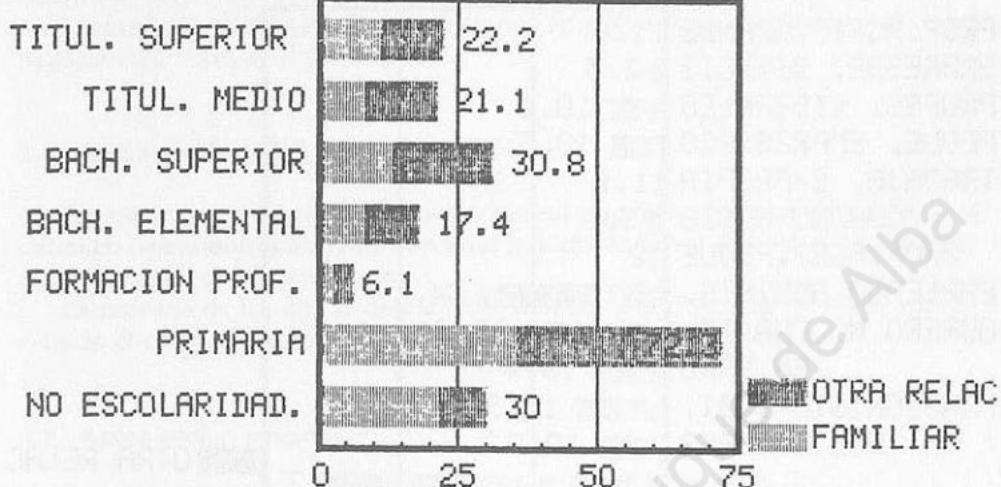
La ausencia de escolaridad está prácticamente erradicada hoy, de tal manera que en el intervalo de menor edad no hay nadie que no haya ido a la escuela, sin embargo entre los mayores nos encontramos con el mayor número de sujetos que en su infancia no pudieron ir a la escuela.

En cuanto a la situación laboral sólo un 40 por ciento de la población abulense está en activo habiendo un 15 por ciento de jubilados. Algo más de un 20 por ciento son amas de casa, en paro hay un 10 por ciento y un 13 por ciento son estudiantes. Son datos a tener en cuenta porque un 40 por ciento de la población mantiene al otro 60 por ciento restante.

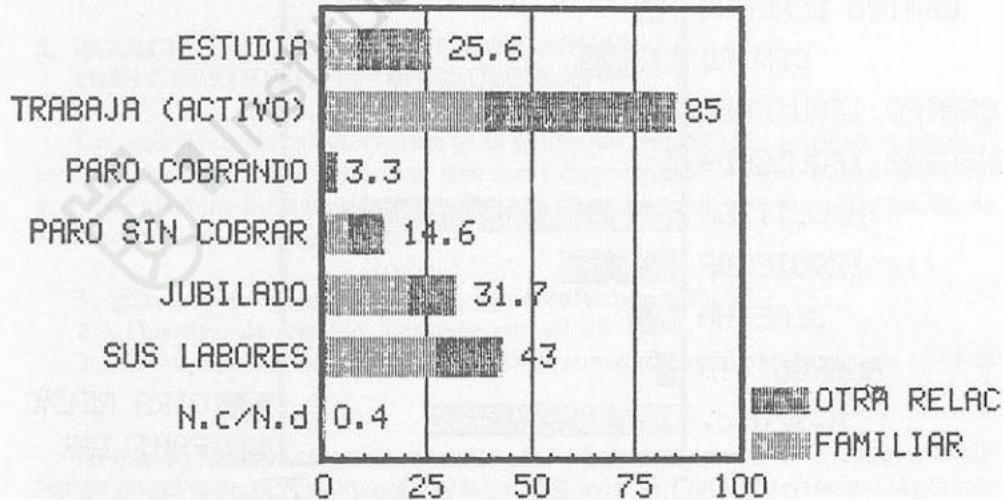




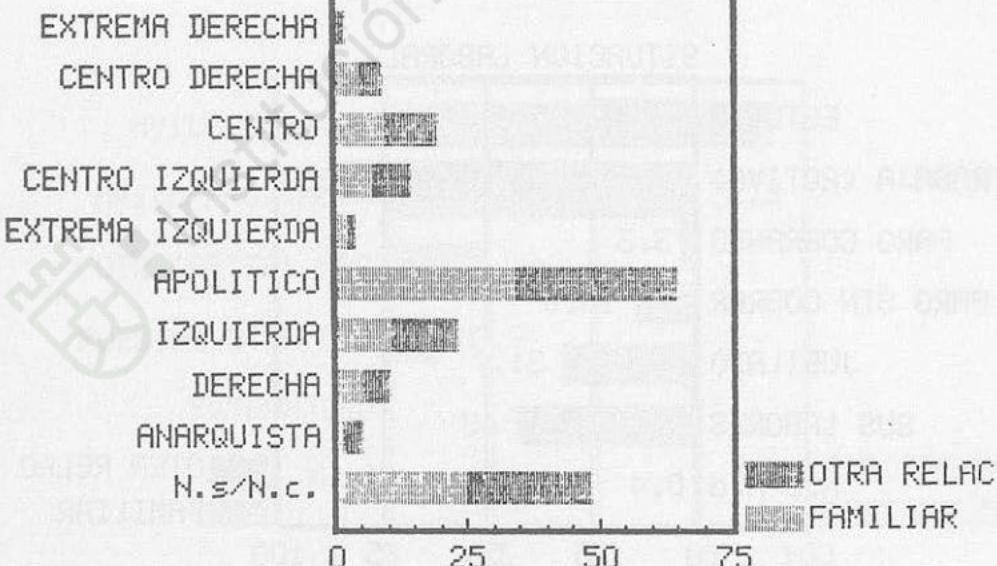
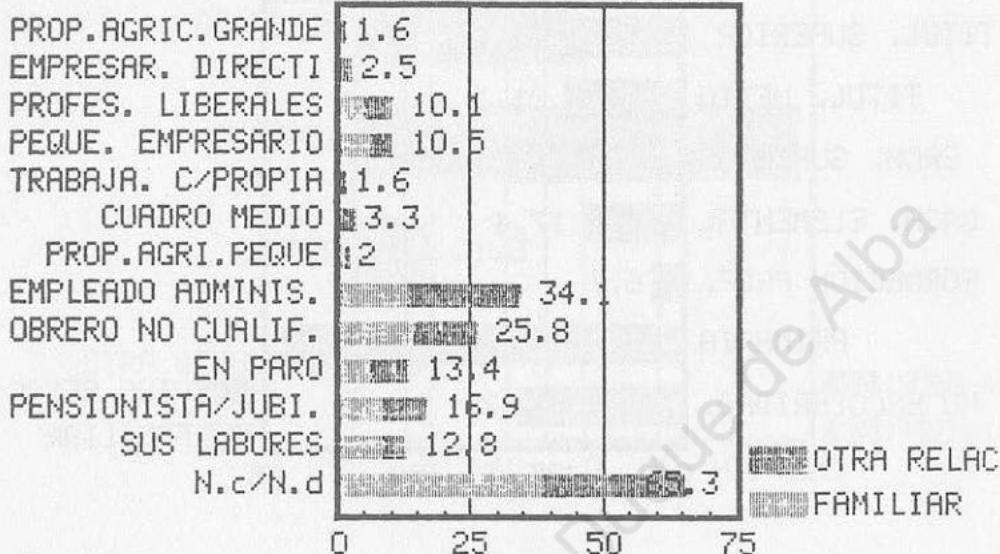
ESTUDIOS TERMINADOS.



SITUACION LABORAL



ACTIVIDAD PROFESIONAL



Aunque el tipo de trabajo de esta población está muy diversificado, la mayoría son empleados administrativos y obreros no cualificados. Le sigue en frecuencia el número de mujeres dedicadas a sus labores; luego los que ejercen profesiones liberales y pequeños empresarios. Los propietarios agrícolas, tanto los grandes como los pequeños no superan el 1 por ciento.

1.4. Autoposición política

Parece ser que la mayoría de la población encuestada no tiene opiniones políticas definidas o se manifiesta apolítica, porque la suma de éstos y de los que no contestan asciende casi a un 60 por ciento.

La mayoría de los que se definen lo hacen hacia la izquierda (10,6 por ciento) o hacia el centro (8 por ciento). Las posiciones extremas son escasas.

1.5. Autoposición religiosa

La mayoría de los encuestados dicen ser católicos practicantes, disminuyendo la frecuencia de la práctica sucesivamente. El grupo de indiferentes, los "muy buenos católicos" o los no creyentes por separado, ninguno supera el 5 por ciento. La práctica religiosa se da más en mujeres.

Vemos que es más difícil definirse política que religiosamente. Tal vez sea por tradición, pero la diferencia entre uno y otro grupo de sujetos que no contestan es significativa (25,1 por ciento en cuestiones políticas, frente a un 4,2 por ciento en temas religiosos).

2. RELACIONES CON LA ENFERMEDAD MENTAL: TRES CUESTIONES INTRODUCTORIAS

Una vez vistas las características de la población encuestada, quisimos saber cuál era la proporción de la población que tenía relaciones familiares o de otra índole con los enfermos mentales. Los tres ítems del cuestionario que nos informaban de este aspecto eran los siguientes:

1. ¿Conoce usted personalmente algún enfermo mental?
2. ¿Qué tipo de relación mantiene con ellos?
3. La información que posee sobre las enfermedades mentales la obtuvo a través de...

Al mismo tiempo estas tres cuestiones introducían el grueso de información obtenido por el resto del cuestionario y la parte previa que hacía referencia a las características de la población general.

Esta estructura tripartita del cuestionario nos permitiría establecer dos grupos comparativos de estudio muy interesantes: el constituido por aquellos encuestados que tienen entre sus familiares alguien que padece algún tipo de enfermedad mental, y los que mantienen con estos enfermos otro tipo de relación. Estos dos subgrupos en relación a su vez con las respuestas emitidas por la población general, nos ofrece una aproximación bastante exacta de la cuestión que nos ocupa.

La mitad de la población conoce a algún sujeto con problemas psíquicos (51,5 por ciento frente a un 48,1 por ciento que dicen no conocer ninguno). De esta mitad, algo más de la cuarta parte (28,2 por ciento) son familiares y el resto (71,1 por ciento) sólo amigos o conocidos (ver tablas horizontales).

La mayoría de las personas encuestadas confiesa haber obtenido la información que posee sobre las enfermedades mentales a través de los medios comunicación en primer lugar, luego en conversaciones con otras personas y mediante lecturas. La cuarta parte de los sujetos encuestados dice tener información de primera mano, conoce casos concretos, e incluso un 12,6 por ciento asegura que es "por propia experiencia".

Por tanto, si consideramos dos tipos de información directa e indirecta, e incluimos en el primer caso a aquellos que dicen conocer enfermos mentales o haber tenido experiencias en ese área y en el segundo, el resto de las fuentes informativas, llegamos a la conclusión de que la mitad de la población encuestada tiene información directa, de primera mano con respecto a la enfermedad mental.

Evidentemente los que tienen algún enfermo mental en su familia están más informados, pero no sólo a través de las vías que hemos denominado directas, sino también por vía indirecta (lecturas, conversaciones, medios de comunicación, etc.).

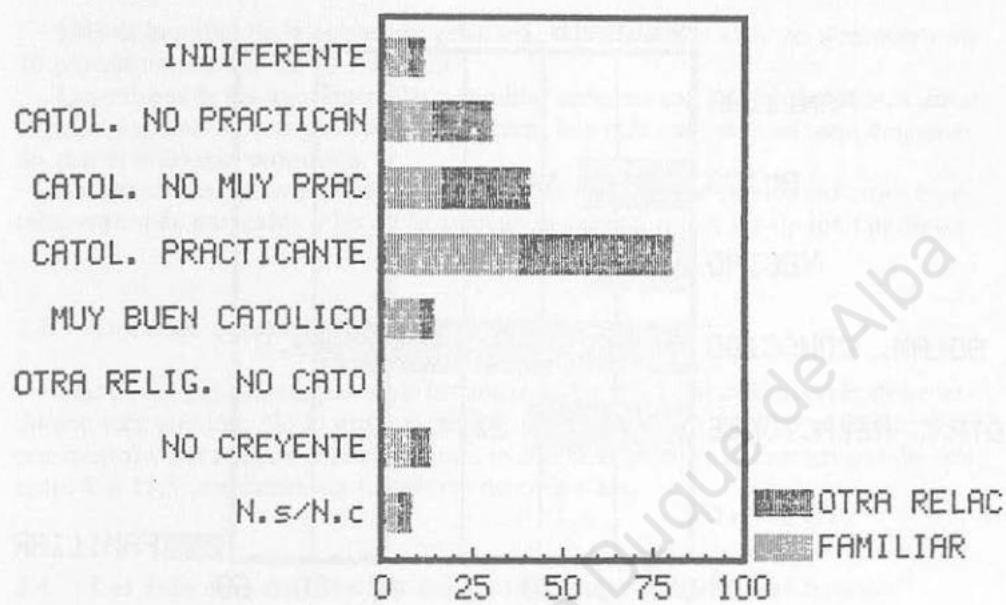
3. OPINIONES: GRADO DE ACUERDO O DESACUERDO

Este punto constituía el grueso informativo del primer cuestionario y en él se comparaban las respuestas que a los diversos ítems daban los dos grupos comparativos de estudio (los que tenían enfermos mentales en la familia y los que simplemente los conocían) con las respuestas de la población general.

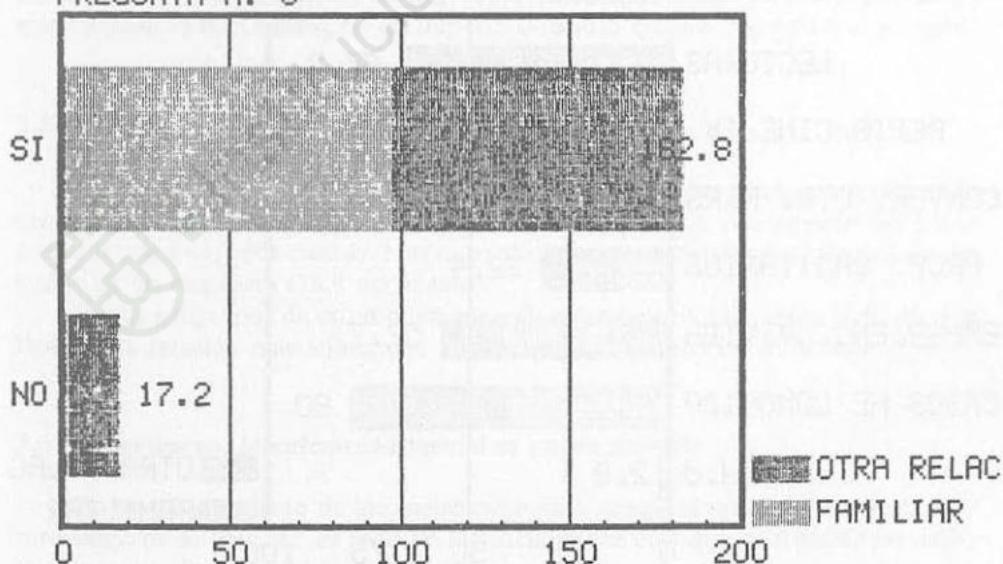
3.1. La enfermedad mental es diferente a las demás

Las tres cuartas partes de los encuestados están de acuerdo con esta afirmación. Del resto un 20 por ciento está en desacuerdo y un 5 por ciento en absoluto desacuerdo.

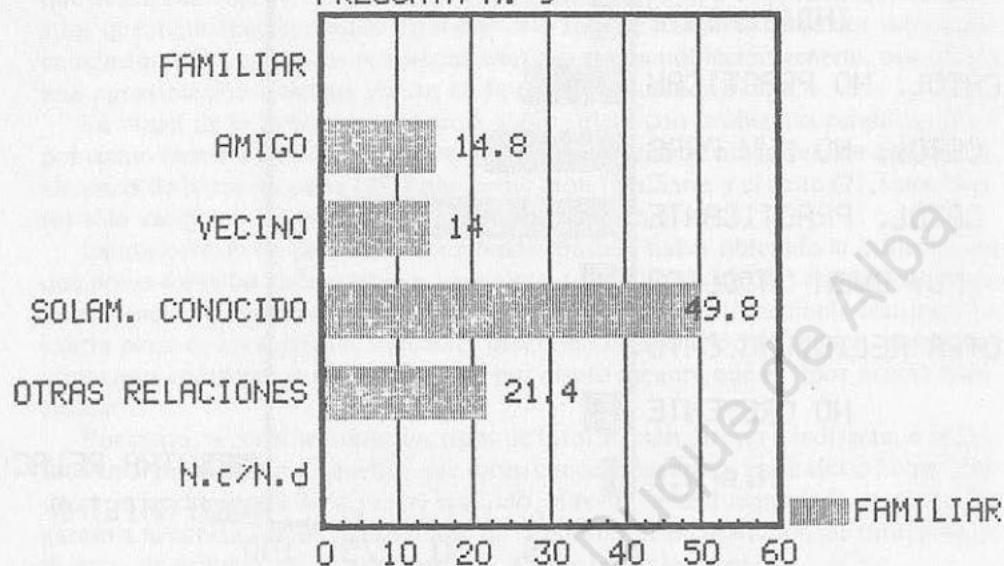
Por su parte las opiniones de los encuestados que conocen enfermos mentales se reparten. Los familiares están de acuerdo con que la enfermedad mental es diferente a cualquier otro tipo de patología, pero también responden algo más en contra. De todos modos, lo que sí constituye un dato a resaltar, es que se atreven más a opinar los que menos relación tienen con ellos.



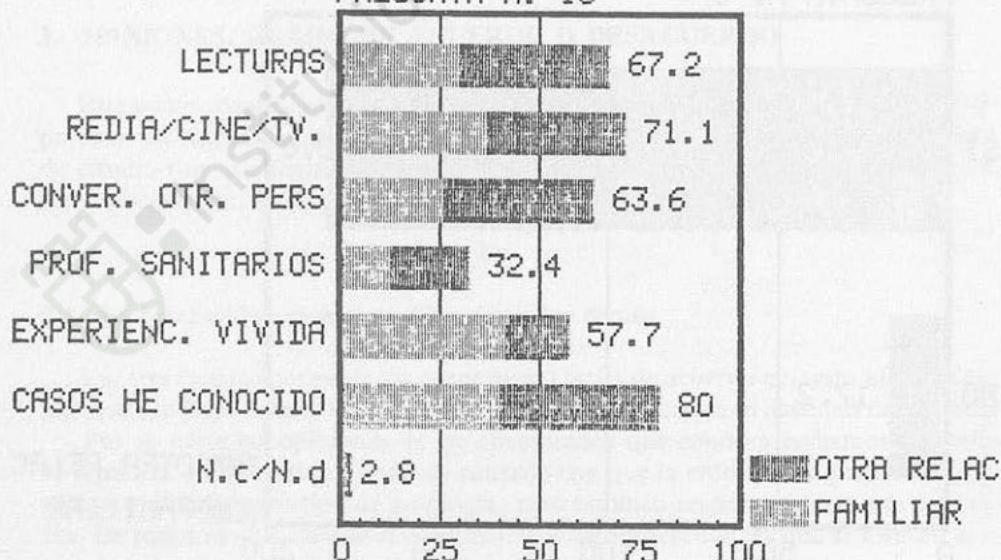
PREGUNTA N. 8



PREGUNTA N. 9



PREGUNTA N. 10



3.2. La enfermedad mental, en definitiva, es un trastorno del sistema nervioso

Más de la mitad de la población general se adhiere a esta idea, no llegando a un 10 por ciento los que no lo creen así.

Los valores de los que tienen algún familiar enfermo son más moderados, menos tajantes y apuntan otras posibilidades, incluso hay más que están en total desacuerdo con la etiología propuesta.

Las opiniones de los que mantienen relaciones de amistad con los enfermos mentales eran más parecidas a las de la población general que a las de los familiares.

3.3. "Todas las personas tenemos algo de locos"

Más de las tres cuartas partes de los encuestados (83,7 por ciento) están de acuerdo con esta opinión. No lo están tanto los que tienen algún familiar enfermo (79,8 por ciento) y sus amigos se encuentran a medio camino entre ambos grupos de opinión. Un 15,5 por ciento de familiares no opina así.

3.4. "Los enfermos mentales pueden casarse como cualquier otra persona"

Por primera vez encontramos verdadera discrepancia entre los diversos grupos. Es una proposición menos aceptada porque es más comprometida. Menos de un 5 por ciento están totalmente de acuerdo, siendo el doble los que sostienen la opinión contraria. La mitad de la población opina así, al menos en ciertas circunstancias. Los familiares son partidarios de que los enfermos no se casen; sin embargo cuando esta relación es más lejana, no les importa o incluso están a favor de que se casen.

3.5. La locura es una enfermedad que se hereda

De nuevo las opiniones están confusas. Prácticamente los valores se reparten de modo equitativo entre los que están a favor y en contra de esta opinión (41,8 por ciento frente a 41,7 por ciento). Hay que señalar que en este ítem se obtuvo el mayor índice de no respuesta (16,8 por ciento).

Los dos subgrupos de estudio, en general, están de acuerdo, sobre todo los que tienen una relación más lejana con los pacientes. Las familias se definen menos.

3.6. Sin embargo, la enfermedad mental se puede prevenir

Sólo un 10 por ciento de los encuestados está completamente seguro de esto, y otro tanto no lo cree así. El resto de los encuestados cree que sí se puede prevenir, al menos en algunos casos.

Más de la mitad de los encuestados de ambos subgrupos de estudio está de acuerdo, aunque curiosamente ponen más objeciones los que tienen una relación más lejana con los enfermos psíquicos. Es decir, están más de acuerdo con la creencia que la enfermedad mental se puede prevenir en los que la tienen más lejos, mientras que los que la padecen de cerca se muestran más escépticos.

3.7. Los enfermos mentales son personas peligrosas

Un 30 por ciento de los encuestados no está de acuerdo con esta idea. Un 47 por ciento admite un potencial agresivo en los enfermos mentales que se desencadena sólo en ciertos casos o en ciertas circunstancias y más de un 20 por ciento están de acuerdo, es decir, creen que sí son agresivos.

Las personas que se relacionan más con este tipo de pacientes, los viven menos agresivos que la población general. La mayoría contestan afirmativamente a la alternativa de "en ciertas circunstancias", opinión que comparten con la población general, pero el total de los que no piensan así es mayor en ambos subgrupos.

Y las diferencias entre el colectivo de sujetos que tienen algún familiar enfermo mental y los que mantienen con ellos relaciones de amistad, van en este sentido que apuntábamos más arriba: a los familiares les parecen menos peligrosos. Por tanto parece que el contacto con los enfermos psíquicos hace disminuir el miedo que la locura suscita.

3.8. En realidad "hay más locos fuera que dentro"

La mayoría de los encuestados piensa que sí, y únicamente menos de un 20 por ciento piensan lo contrario.

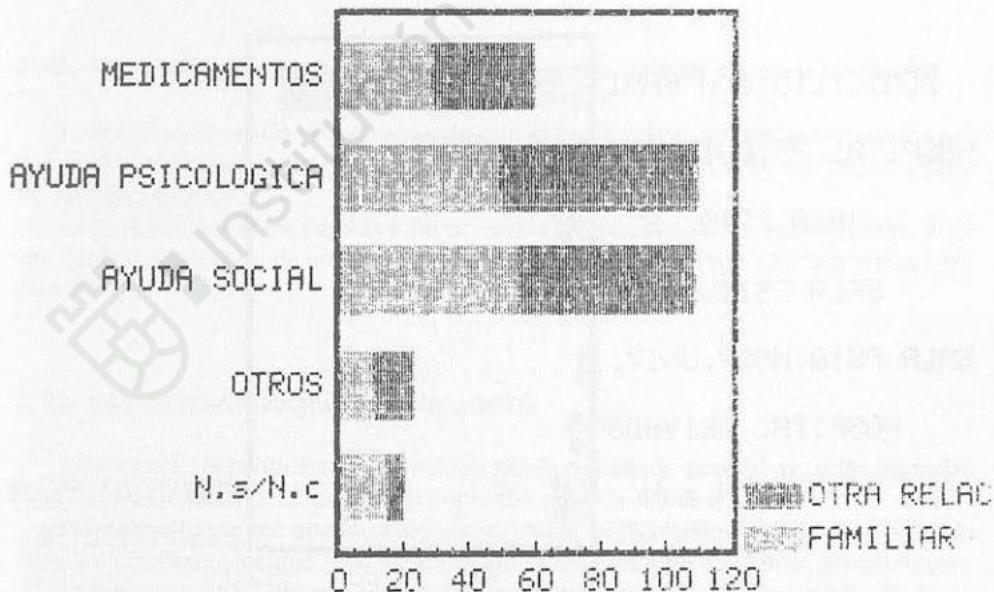
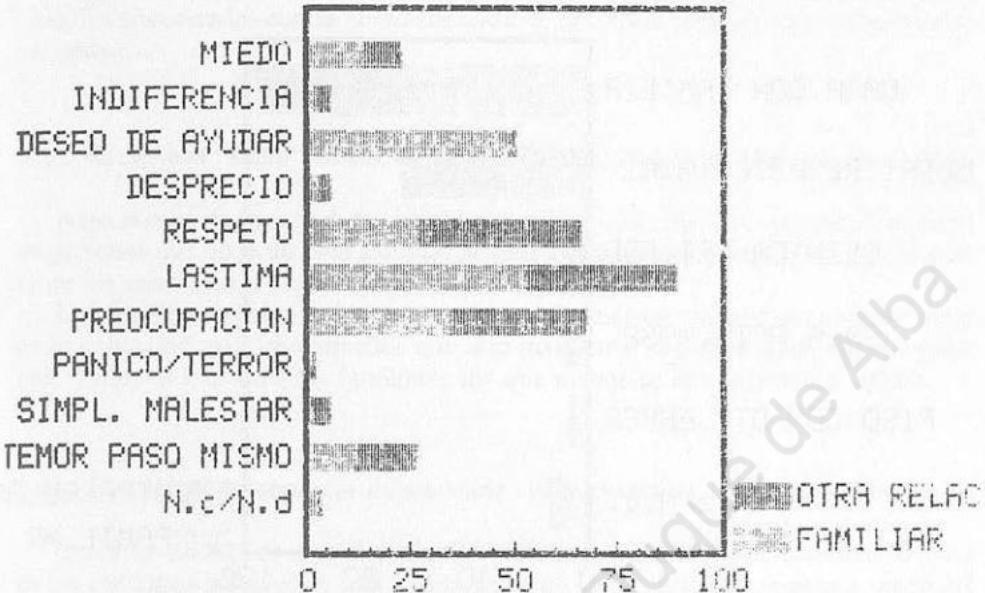
Los encuestados que conocen algún enfermo mental pero que no son familiares de ellos, están más de acuerdo que los propios familiares. El hecho de tener al enfermo cerca hace que esta frase no sea tomada a la ligera (60 por ciento frente al 73,7 por ciento).

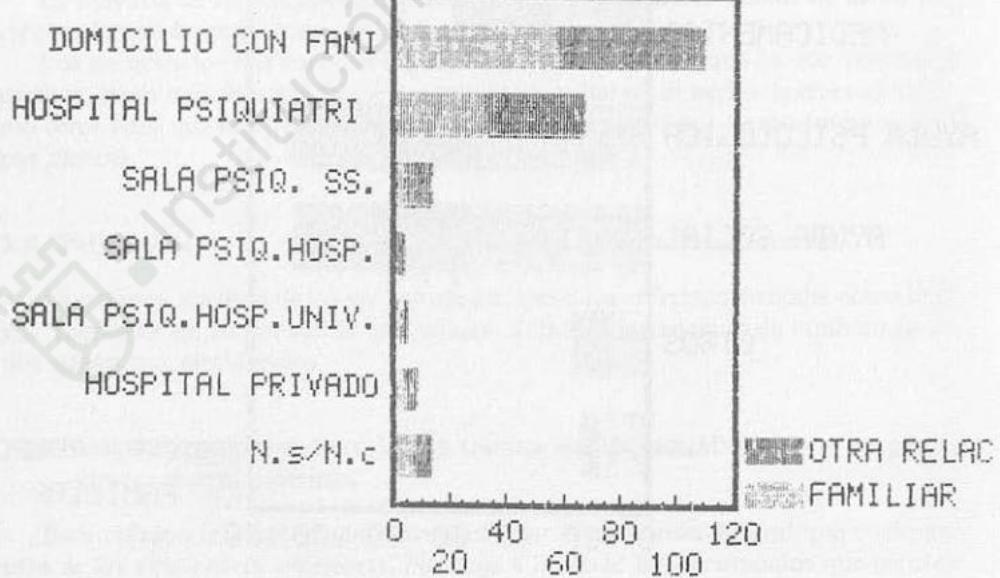
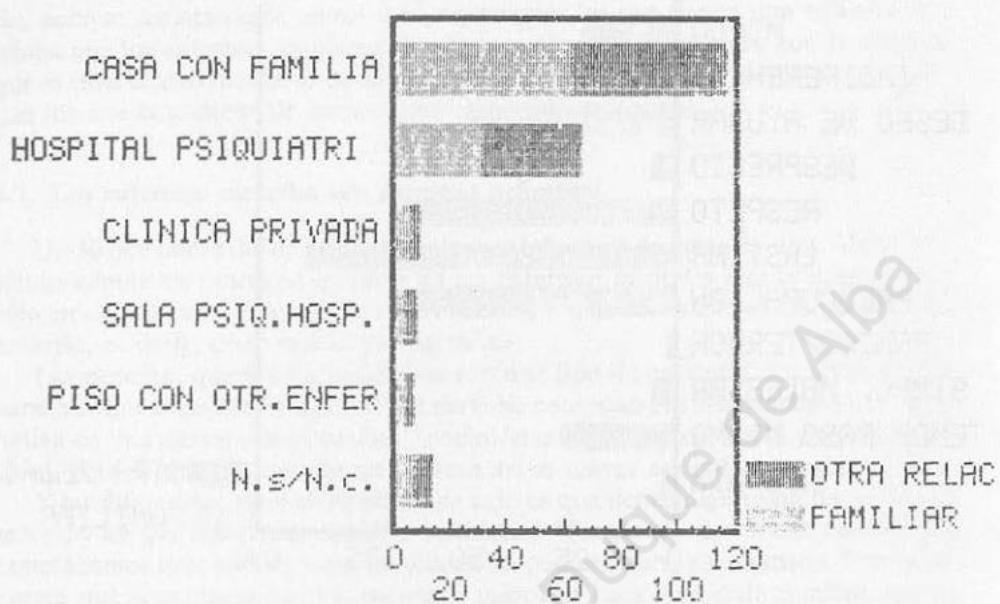
3.9. Personalmente no me importaría ser amigo de un enfermo mental

La inmensa mayoría de los encuestados acepta a los enfermos mentales como amigos; menos de un 10 por ciento los rechaza. Esta circunstancia se da también en los dos subgrupos establecidos.

3.10. Los enfermos mentales deberían tratarse en las mismas clínicas y hospitales que los demás enfermos

Esta opinión es mucho menos aceptada por la población general que cualquier otra de las alternativas anteriores. No llega a la mitad los encuestados que piensan de esta manera. No obstante, a más juventud, más tolerancia.





Por otra parte, cuanto más cercana es la relación con el enfermo, más a favor están los encuestados con la hospitalización de pacientes psiquiátricos en hospitales generales.

3.11. Es cierto el “dicho” de que el “loco” está más cerca de un genio que de un tonto

Algo menos de la mitad de la población es de esta opinión, aunque el número de personas que no se atreven a opinar aumenta considerablemente. Una cuarta parte de los encuestados no está de acuerdo.

Los familiares de los enfermos no encuentran a éstos tan geniales como el resto de la población, ni como aquellos que sólo mantienen con ellos relaciones de amistad. También han sido los familiares los que menos se han atrevido a opinar.

3.12. Los enfermos mentales deben votar como cualquier otro ciudadano

Cerca de un 40 por ciento de los encuestados está a favor del derecho al voto de los enfermos psíquicos y una cuarta parte de la población lo aceptaría según las circunstancias. Otro tanto está en contra.

Parecidas proporciones ofrecen las respuestas de los dos subgrupos comparativos de estudio, si bien son más los familiares los que han respondido con menos reservas y salvedades.

3.13. Personalmente no me importaría trabajar al lado de un paciente mental

La inmensa mayoría está de acuerdo con la posibilidad de tener enfermos psíquicos como compañeros de trabajo; sólo están en contra algo más del 13 por ciento de los encuestados.

La proporción de los sujetos a favor aumenta cuando se trata de familiares, aunque ambos subgrupos de estudio ofrecen valores en consonancia con la premisa propuesta.

3.14. Los enfermos mentales son incurables

Esta ha sido la propuesta más rechazada por la población general de todas las vistas hasta ahora. Sólo un 12 por ciento opinaba de esta manera.

En este caso parece que la proximidad incide negativamente en la opinión: han sido los familiares los que, aún estando fundamentalmente en contra, hacen depender la respuesta de las circunstancias o incluso piensan que, efectivamente, son incurables.

3.15. Son insuficientes los recursos económicos que se emplean para la asistencia psiquiátrica

A la vista de los resultados debemos inferir que la población general, "la gente", desconoce por completo la problemática asistencial en materia de salud mental: más del 70 por ciento de los encuestados piensan que son suficientes; menos de un 5 por ciento creen que no bastan y un 20,8 por ciento no opina porque desconoce el problema.

Hay que señalar que incluso los encuestados que tienen el problema en su propia familia son de la misma opinión.

3.16. Las enfermedades mentales están causadas por los conflictos de la infancia

Más de un 60 por ciento está de acuerdo con que esto es así, o al menos lo es en algunos casos. Sólo un 12 por ciento no cree que la infancia tenga mucho que ver.

En general, están más de acuerdo con esta hipótesis los que tienen algún familiar enfermo, aunque también se han abstenido más a la hora de contestar.

3.17. Lo mejor es tener encerrados a los que padecen enfermedades mentales

Todavía hoy un 12 por ciento de la población piensa que el enfermo mental ha de estar encerrado, y un 20 por ciento los encerraría en algunos casos. Afortunadamente la mayoría (65 por ciento) está en contra de esta medida. La edad en esta ocasión ha influido negativamente: los más jóvenes son más aperturistas.

De igual manera opinan los dos subgrupos de estudio establecidos, si bien los familiares son, incluso, más benevolentes. Estos dos grupos han sido más tajantes en sus respuestas que la población general.

3.18. La enfermedad mental es un castigo

Más de un 70 por ciento de los encuestados no cree que la enfermedad mental sea un castigo: sólo han respondido que sí un 16 por ciento. La edad también aquí influye negativamente: a más edad, más de acuerdo con la premisa propuesta.

De los dos grupos de estudio la proximidad de la relación actúa en favor de dicha creencia. Casi un 80 por ciento de los que tienen relaciones de amistad con los enfermos piensan que no es un castigo, mientras que en el grupo de familiares, el porcentaje disminuye hasta un 62 por ciento.

3.19. Las causas de las enfermedades mentales son las actuales condiciones de vida

Más de un 60 por ciento de los encuestados opinan que en la enfermedad mental

inciden las actuales formas de vida, por lo menos en algunas de ellas. La cuarta parte de la población encuestada no está de acuerdo con esta opinión.

En general, están de acuerdo más a favor de esta hipótesis los amigos de los enfermos mentales que sus familiares y son éstos los que han respondido más que aquellos.

3.20. Los enfermos mentales deberían trabajar porque mejorarían

Sólo un 5 por ciento de los encuestados está en contra de que el enfermo mental trabaje, o que su mejoría dependa de ello. Curiosamente el grupo de familiares se muestra algo más escéptico, y un 7 por ciento está en contra.

3.21. Los enfermos mentales después que salen del hospital deberían vivir en la sociedad como cualquier otra persona

La opinión es prácticamente unánime: el 90 por ciento de los encuestados están de acuerdo. Esta tendencia se mantiene entre ambos subgrupos de estudio, si bien los que tienen una relación no familiar con los enfermos son incluso más partidarios de la reinserción social que los propios familiares. Hay una diferencia de un 10 por ciento entre uno y otro grupo.

3.22. Una causa de la enfermedad mental es la falta de amor

Las opiniones aquí están divididas entre los que creen que sí y los que creen que sólo a veces o nunca la falta de amor tiene algo que ver con la patología mental; la mitad opina que sí y la otra mitad se reparte entre los que opinan lo contrario o de acuerdo pero sólo en ciertos casos.

Los familiares de estos enfermos, sin embargo, no opinan así, de un modo tan categórico. En más de un 30 por ciento de los casos los familiares opinan que según las circunstancias esto es así; en casi un 20 por ciento están en desacuerdo. Sin embargo, el subgrupo constituido por sujetos que mantienen otro tipo de relación con los enfermos mentales, están más próximos a los porcentajes ofrecidos por la población general.

3.23. A los enfermos mentales se los debieran prohibir los actos religiosos

Más de un 85 por ciento de los encuestados está en contra de que se prohíban los actos religiosos a los enfermos psíquicos.

Esta tendencia se ve incrementada en el grupo de familiares que están todavía más a favor de la asistencia de los enfermos psíquicos a los actos religiosos. El grupo de los que mantienen con los pacientes una relación de amistad se acerca más a los valores de la población general.

3.24. Los “manicomios” deberían estar fuera de las ciudades

En este caso las opiniones están muy divididas, un 30 por ciento a favor y un 40 por ciento en contra. El resto de los encuestados no saben definirse. Incluso los propios familiares están más de acuerdo con esta opinión que los del otro subgrupo de estudio.

3.25. Alguien que ha estado en un manicomio no podrá volver a ser la misma persona que antes

En general los encuestados no están de acuerdo con la premisa propuesta en una proporción de dos a uno. El resto o hace matizaciones o no sabe definirse.

Los familiares de los pacientes están más de acuerdo con que los psiquiátricos marcan que los que tienen otro tipo de relaciones con ellos.

3.26. Aún más, quien haya sido tratado en un servicio de psiquiatría tampoco podrá volver a ser la misma persona

Más de la mitad de los encuestados piensan que el paso por un servicio de psiquiatría no tiene por qué marcar a nadie. Sólo la cuarta parte de la población equipara el efecto que puede producir un psiquiátrico al de una consulta ambulatoria.

Con respecto a la relación que mantienen los encuestados con los pacientes, vuelve a observarse la misma paradoja: son los menos allegados los que tienen una visión más positiva del paso de los pacientes por las consultas externas (un 60 por ciento frente a un 50 por ciento).

3.27. Los enfermos mentales son seres útiles a la sociedad

Para la mitad de los encuestados esto es así efectivamente. Una cuarta parte piensa que depende de las circunstancias y el resto o no lo cree así o no opina.

Los más optimistas son los amigos de los enfermos, más de un 80 por ciento de ellos piensan que los sujetos con patología mental pueden ser útiles, mientras que sus familiares sólo opinaban así en un 65 por ciento de los casos.

3.28. Los “manicomios” deberían desaparecer

La opinión pública está en contra de que este tipo de instituciones desaparezca. Un 10 por ciento se cuestiona su existencia y únicamente un 30 por ciento está a favor de esta medida.

Tanto los familiares como los amigos de los enfermos opinan de la misma manera, y los familiares con más vehemencia.

3.29. Muchos enfermos mentales trabajarían como cualquier otra persona si encontraran trabajo

Casi el 70 por ciento de la población cree que, de encontrar trabajo, los enfermos psíquicos trabajarían como cualquier otra persona. Pero más de un 10 por ciento opina lo contrario.

Son los propios familiares de los enfermos los que tienen más dudas acerca de la capacidad laboral de éstos. Los que mantienen una relación de amistad con ellos están a medio camino entre los valores obtenidos por la población general (la más optimista) y los familiares.

3.30. ¿Cuál es su postura sobre el dicho “los locos por el palo se vuelven cuerdos”?

Más de un 80 por ciento de la población consultada están en total desacuerdo con los procedimientos violentos en los tratamientos de los enfermos psíquicos. Menos de un 5 por ciento lo estarían según las circunstancias.

Los familiares de estos pacientes están ligeramente más a favor de estas técnicas que los que mantienen con ellos otro tipo de relación (6 por ciento frente al 3,7 por ciento).

3.31. Estar “loco” es haber perdido la inteligencia

Parece ser que la población en general sí distingue entre la patología afectiva y la intelectual y sabe diferenciar un “loco” de un “tonto”. Más de la mitad de los encuestados están en desacuerdo con la presente propuesta. No llega a un 20 por ciento los que están de acuerdo y menos de un 10 por ciento admiten que pueden relacionarse locura y pérdida intelectual en algunos casos, al menos.

Curiosamente los que más comulgan con esta hipótesis son los familiares (23,8 por ciento frente a un 12,7 por ciento).

4. SENTIMIENTOS, FORMAS Y LUGAR DE TRATAMIENTO

4.1. ¿Cuál es su sentimiento frente a un enfermo mental?

El sentimiento más frecuentemente expresado es el deseo de ayudar, seguido de la lástima, el respeto y la preocupación por ellos. A más distancia se encuentra el temor a que le pase a uno lo mismo. El miedo es el sentimiento menos admitido, incluso menos que el desprecio (1,2 por ciento frente a 1,4 por ciento).

4.2. A su juicio ¿cuál debería ser el tratamiento mejor para los enfermos mentales?

A la vista de los resultados podemos inferir que la población de Avila es psicologista más que organicista. Dicen preferir las terapias psicológicas o la ayuda social a los medicamentos.

Las personas que tienen una relación menos cercana con los enfermos mentales son los que piden más tipos de tratamientos para ellos, tanto biológicos como psicológicos. Sólo aumenta levemente la petición de ayudas sociales. Los familiares, más confusos, han opinado menos.

4.3. ¿Dónde debería vivir actualmente un enfermo mental?

La opinión más extendida es que el enfermo mental debería vivir en su casa, con su propia familia. A poca distancia encontramos la opinión de "en un hospital psiquiátrico". Las salas de psiquiatría y las demás alternativas propuestas apenas fueron consideradas.

Los familiares son los que más participan de la opinión de tener a sus enfermos en casa, y son menos partidarios del hospital psiquiátrico que los que mantienen con ellos otro tipo de relación. Los familiares son más partidarios de las clínicas privadas que los amigos.

4.4. En el caso que padeciese una enfermedad mental, ¿dónde le gustaría que le tratasen?

En familia es la respuesta más aceptada, seguida del hospital psiquiátrico, en una proporción de dos a uno a favor de la primera alternativa. Le siguen en frecuencia la sala de psiquiatría de la Seguridad Social y el hospital privado.

Comparando los dos subgrupos de estudio establecidos, los familiares de los pacientes son más partidarios de tratarse en familia o en hospitales psiquiátricos por ese orden. Los amigos, a pesar de haber preferido también estas alternativas, han respondido con mayor frecuencia al resto, esto es, sala de psiquiatría de la Seguridad Social, hospital privado, hospital general y sala de psiquiatría de un hospital universitario.

5.2. RESUMEN DE RESULTADOS Y REPRESENTACION GRAFICA DEL Q. B.

Q. B.: RESUMEN

1. La proporción de empleados en el Instituto Neuropsiquiátrico Provincial de Avila es de 2 a 1 a favor de las mujeres. Más del 50 por ciento tienen menos de 28 años y menos de un 5 por ciento sobrepasan los 48 años. Casi la mitad de los encuestados lleva trabajando en psiquiatría más de 3 años, aunque la cuarta parte lleva menos de 6 meses en el momento de realizar la encuesta.
2. Más de la mitad de los encuestados opina que la enfermedad mental es diferente al resto de las enfermedades. Pero de ahí no debe inferirse necesariamente que tenga una mala imagen, sino más bien una idea realista de la patología psiquiátrica.
3. Suelen identificar patología mental con trastorno del sistema nervioso
4. Más del 50 por ciento de los encuestados están de acuerdo con el dicho popular de que todas las personas tenemos algo de "locos".
5. También son más de la mitad los que consideran que los enfermos mentales pueden contraer matrimonio; en cualquier caso son más los que están a favor que en contra de esta posibilidad.
6. En general, están de acuerdo con la posibilidad de que sea un mal hereditario, aunque algo más de un 30 por ciento opina que en ciertas circunstancias sí se hereda. En general piensan que puede prevenirse.
7. El personal encuestado opina que los enfermos psíquicos son personas peligrosas en algunas circunstancias (55 por ciento de los encuestados).
8. Hay más opiniones a favor que en contra del dicho popular "hay más locos fuera que dentro".

9. Casi un 75 por ciento afirma que no les importaría tener una relación de amistad con enfermos mentales. Y sólo un 2 por ciento se niegan categóricamente.

10. La mitad de los encuestados está en contra de que los enfermos psíquicos sean atendidos en los mismos centros que los demás enfermos. Pero tal vez aquí haya influido un mecanismo de identificación: son ellos los que no quieren trabajar en esos centros.

11. No están de acuerdo con el adagio que dice "un loco está más cerca de un genio que un tonto".

12. Con respecto al voto, la mitad de los encuestados está de acuerdo en algunas circunstancias. La otra mitad se reparte equitativamente entre los que están a favor y en contra.

13. A pesar de que el ciento por ciento de nuestra muestra trabaja con enfermos mentales, sólo a un 50 por ciento parece no importarles. Esto significa que el resto cambiaría de oficio si pudiera.

14. Más de la mitad de los encuestados creen que la enfermedad mental puede curarse. La mayoría admite que pueden estar causadas por conflictos infantiles y que no es un castigo. También aceptan cierto compromiso de las actuales condiciones de vida o incluso la falta de amor en la génesis de la enfermedad mental.

15. La población encuestada opina que los recursos económicos destinados a psiquiatría son insuficientes.

16. Más de un 80 por ciento de la muestra está en desacuerdo con el encierro de los enfermos mentales. En la mayoría de los casos el personal opina que debieran trabajar porque mejoran y no dejan de ser seres útiles socialmente.

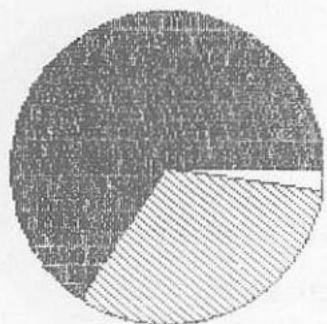
17. Creen que estos pacientes cuando salen del hospital debieran vivir en sociedad como cualquier otra persona y no dejan de ser ellos mismos por el hecho de pasar por un psiquiátrico. Sin embargo, algunos encuestados admiten un cierto estigma no de la enfermedad en sí, sino que es provocado por el hospital.

18. A este tipo de enfermos no se les deberían prohibir los actos religiosos. Además en su opinión es falso que con el palo se vuelven cuerdos.

19. Más de la mitad de los trabajadores opinan que los psiquiátricos deberían desaparecer, sin embargo la cuarta parte de los encuestados identifica esa medida con la pérdida de su puesto de trabajo.

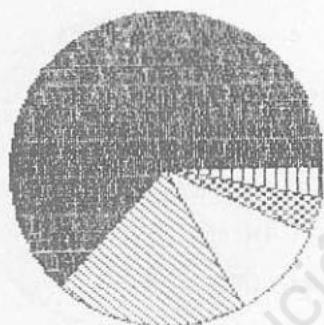
20. Parece que el hecho de trabajar con enfermos mentales destierra opiniones falsas y creencias erróneas a la vez que ayuda a clarificar conceptos: en un 90 por ciento los encuestados no identifican la locura con la pérdida de la inteligencia.

SEXO:



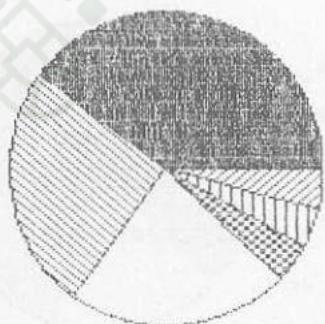
66 MUJERES
32 VARONES
2 N.C.

ANOS CUMPLIDOS



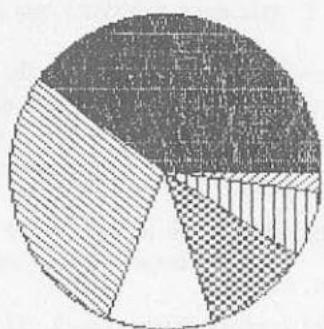
63 18 a 27
20 28 a 37
10 38 a 47
4 48 a 57
3 N.C.

TIEMPO TRABAJO PSIQUIATRIA



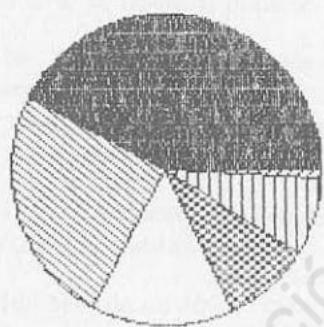
48 MAS DE 3 AÑOS
25 DE 1 A 6 MESES
23 MAS DE 1 AÑO
4 6 MESES A 1 AÑO
4 MAS DE 2 AÑOS
4 N.C.

PREGUNTA 4.1.



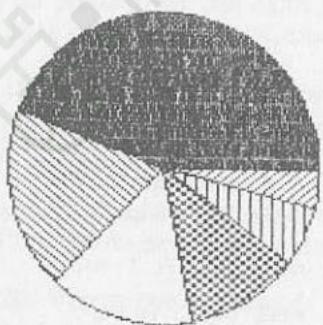
49	D.A. EN CIRCUNS
29	DE ACUERDO
11	MUY DE ACUERDO
11	EN DESACUERDO
7	EN TOTAL DESA
2	N.C.

PREGUNTA 4.2.



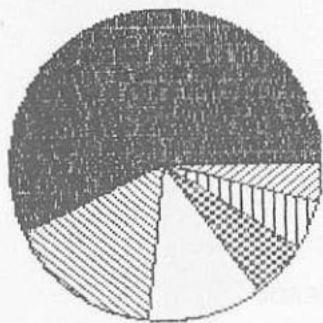
42	D.A. EN CIRCUNS
25	DE ACUERDO
15	EN DESACUERDO
9	EN TOTAL DESA
8	MUY DE ACUERDO
1	N.C.

PREGUNTA 4.3.



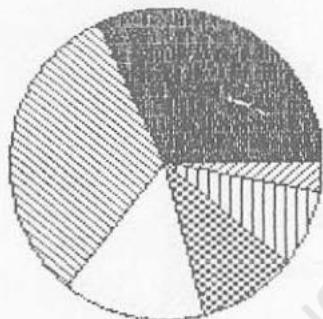
44	DE ACUERDO
19	MUY DE ACUERDO
15	D.A. EN CIRCUNS
12	EN DESACUERDO
6	N.C.
4	EN TOTAL DESA

PREGUNTA 4.4.



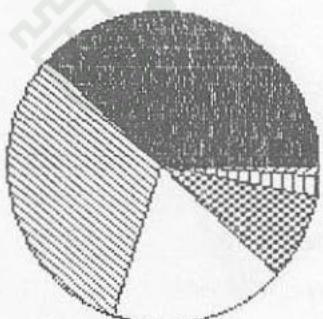
57	D.A. EN CIRCUNS
16	DE ACUERDO
12	EN DESACUERDO
6	N.C.
5	EN TOTAL DESA
4	MUY DE ACUERDO

PREGUNTA 4.5.



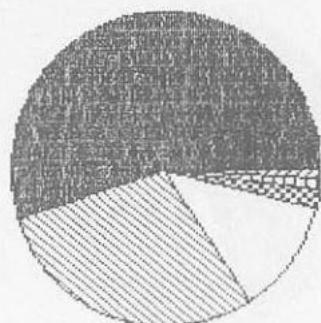
32	D.A. EN CIRCUNS
32	EN DESACUERDO
15	EN TOTAL DESA
10	DE ACUERDO
8	N.C.
3	MUY DE ACUERDO

PREGUNTA 4.6.



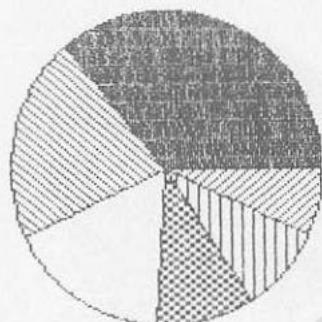
38	D.A. EN CIRCUNS
32	DE ACUERDO
18	MUY DE ACUERDO
9	EN DESACUERDO
2	EN TOTAL DESA
1	N.C.

PREGUNTA 4.7.



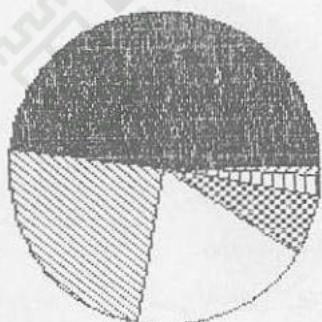
55	D.A. EN CIRCUNS.
29	EN DESACUERDO
12	EN TOTAL DESA.
2	MUY DE ACUERDO
1	DE ACUERDO
1	N.C.

PREGUNTA 4.8.



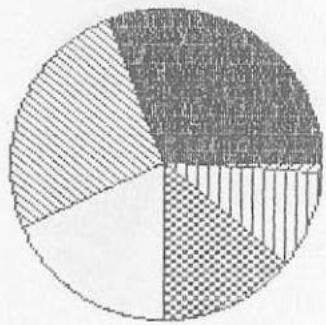
36	DE ACUERDO
21	EN DESACUERDO
17	D.A. EN CIRCUNS.
10	MUY DE ACUERDO
9	EN TOTAL DESA.
7	N.C.

PREGUNTA 4.9.



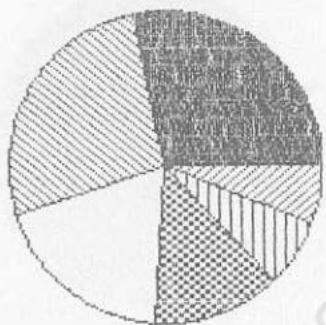
48	DE ACUERDO
24	MUY DE ACUERDO
19	D.A. EN CIRCUNS.
6	EN DESACUERDO
2	EN TOTAL DESACU.
1	N.C.

PREGUNTA 4.10.



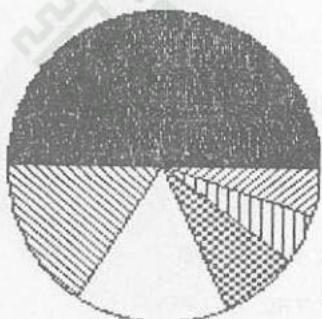
31	EN DESACUERDO
26	D.A. EN CIRCUNS
18	DE ACUERDO
14	EN TOTAL DESACU
10	MUY DE ACUERDO
1	N.C.

PREGUNTA 4.11.



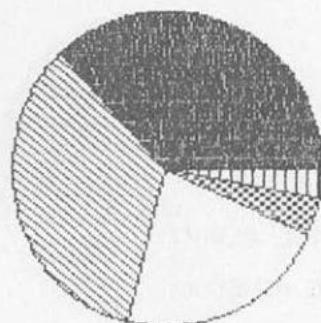
28	EN DESACUERDO
27	D.A. EN CIRCUNS
19	DE ACUERDO
13	N.C.
7	EN TOTAL DESACU
6	MUY DE ACUERDO

PREGUNTA 4.12.



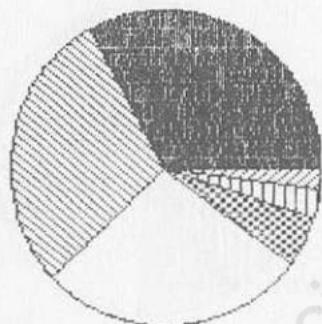
50	D.A. EN CIRCUNS
16	DE ACUERDO
16	EN DESACUERDO
8	N.C.
5	MUY DE ACUERDO
5	EN TOTAL DESACU

PREGUNTA 4.13.



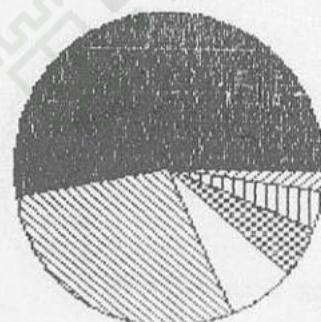
37	D.A. EN CIRCUNS
34	DE ACUERDO
22	MUY DE ACUERDO
4	EN DESACUERDO
3	N.C.
8	EN TOTAL DESACU

PREGUNTA 4.14.



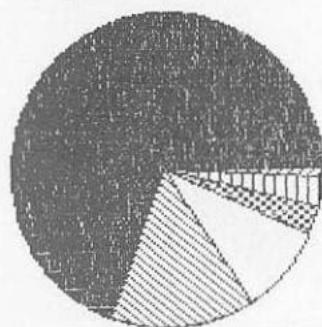
33	D.A. EN CIRCUNS
29	EN DESACUERDO
28	EN TOTAL DESACU
5	DE ACUERDO
3	N.C.
2	MUY DE ACUERDO

PREGUNTA 4.15.



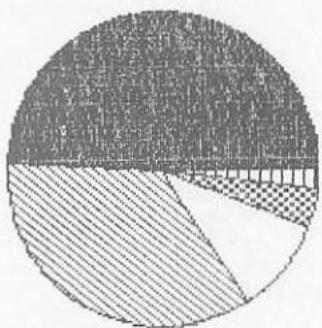
53	MUY DE ACUERDO
29	DE ACUERDO
7	N.C.
5	EN DESACUERDO
4	EN TOTAL DESACU
2	D.A. EN CIRCUNS

PREGUNTA 4.16.



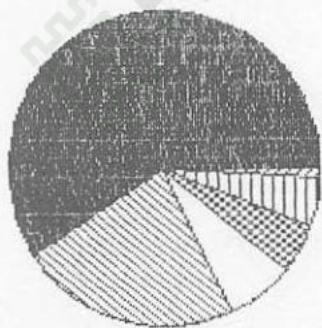
69	D.A. EN CIRCUNS
15	DE ACUERDO
9	EN DESACUERDO
3	MUY DE ACUERDO
3	N.C.
1	EN TOTAL DESACU

PREGUNTA 4.17.



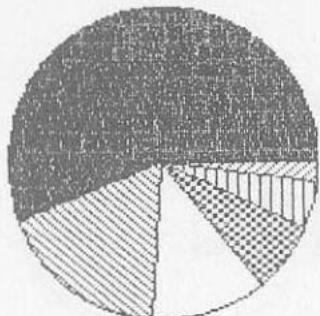
49	EN TOTAL DESACU
35	EN DESACUERDO
10	D.A. EN CIRCUNS
4	N.C.
2	MUY DE ACUERDO
8	DE ACUERDO

PREGUNTA 4.18.



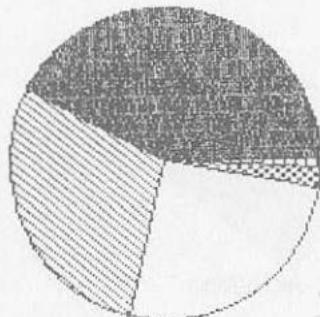
59	EN TOTAL DESACU
23	EN DESACUERDO
7	N.C.
5	MUY DE ACUERDO
5	D.A. EN CIRCUNS
1	DE ACUERDO

PREGUNTA 4.19.



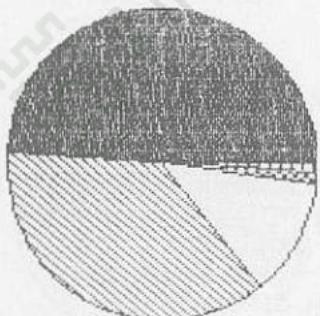
56	D.A. EN CIRCUNS
18	EN DESACUERDO
12	EN TOTAL DESACU
7	DE ACUERDO
5	N.C.
2	MUY DE ACUERDO

PREGUNTA 4.20.



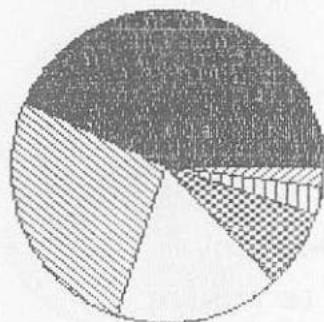
42	DE ACUERDO
29	D.A. EN CIRCUNS
26	MUY DE ACUERDO
2	N.C.
1	EN DESACUERDO
0	EN TOTAL DESACU

PREGUNTA 4.21.



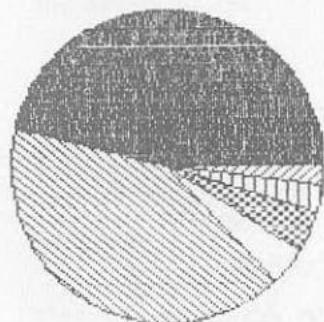
49	MUY DE ACUERDO
37	DE ACUERDO
12	D.A. EN CIRCUNS
1	EN DESACUERDO
1	N.C.
0	EN TOTAL DESACU

PREGUNTA 4.22.



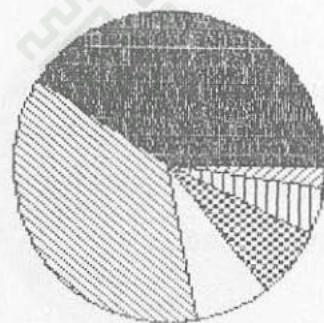
43	D.A. EN CIRCUNS.
27	DE ACUERDO
17	MUY DE ACUERDO
8	EN DESACUERDO
3	N.C.
2	EN TOTAL DESACU

PREGUNTA 4.23.



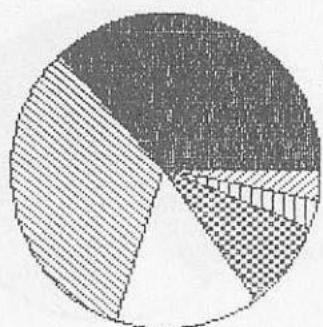
46	EN TOTAL DESACU
41	EN DESACUERDO
4	D.A. EN CIRCUNS
4	N.C.
3	DE ACUERDO
2	MUY DE ACUERDO

PREGUNTA 4.24.



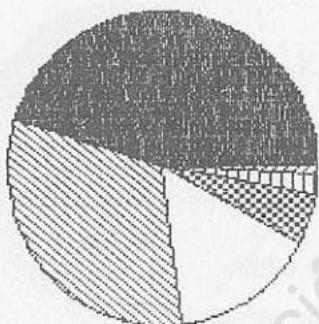
41	EN TOTAL DESACU
37	EN DESACUERDO
8	N.C.
7	DE ACUERDO
5	D.A. EN CIRCUNS
2	MUY DE ACUERDO

PREGUNTA 4.25.



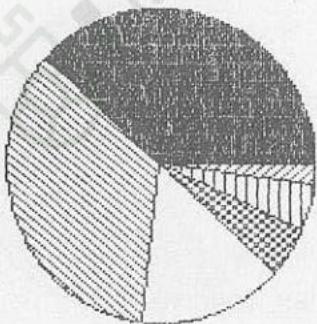
37	EN TOTAL DESACU
33	EN DESACUERDO
15	D.A. EN CIRCUNS
9	DE ACUERDO
3	MUY DE ACUERDO
3	N.C.

PREGUNTA 4.26.



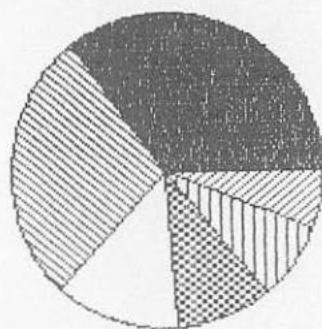
45	EN DESACUERDO
32	EN TOTAL DESACU
15	D.A. EN CIRCUNS
5	DE ACUERDO
2	MUY DE ACUERDO
1	N.C.

PREGUNTA 4.27.



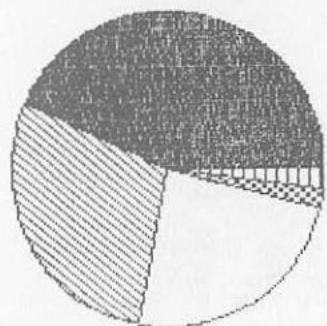
38	DE ACUERDO
35	D.A. EN CIRCUNS
15	MUY DE ACUERDO
5	EN DESACUERDO
5	N.C.
2	EN TOTAL DESACU

PREGUNTA 4.28.



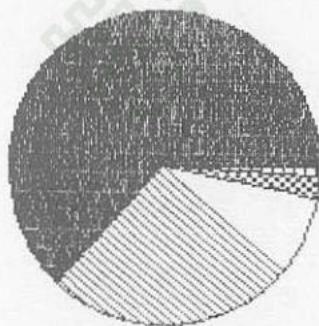
35	DE ACUERDO
28	MUY DE ACUERDO
13	EN DESACUERDO
10	EN TOTAL DESACU
8	D.A. EN CIRCUNS
6	N.C.

PREGUNTA 4.29.



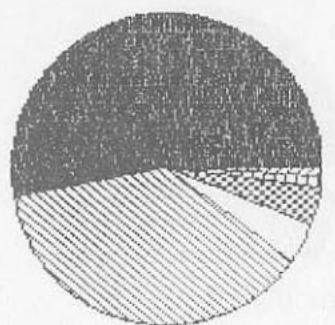
43	DE ACUERDO
29	D.A. EN CIRCUNS
24	MUY DE ACUERDO
2	EN DESACUERDO
2	N.C.
8	EN TOTAL DESACU

PREGUNTA 4.30.



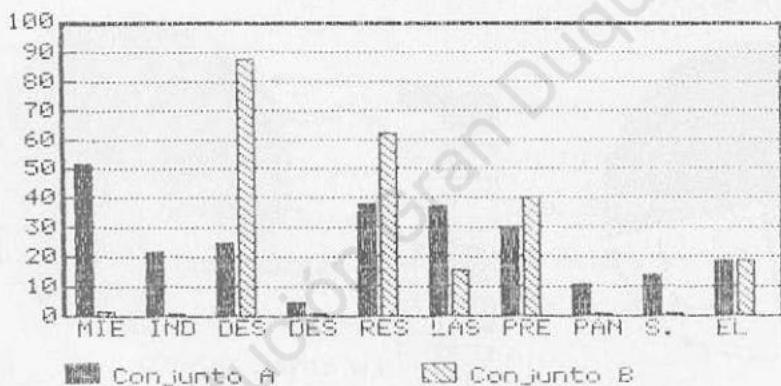
63	EN TOTAL DESACU
26	EN DESACUERDO
8	N.C.
2	D.A. EN CIRCUNS
1	MUY DE ACUERDO
0	DE ACUERDO

PREGUNTA 4.31.

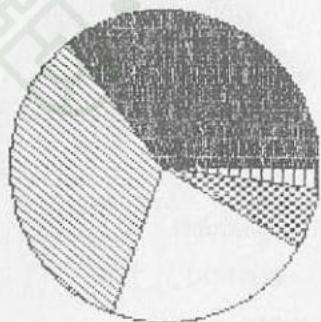


■	53	EN TOTAL DESACU
▨	37	EN DESACUERDO
□	4	D.A. EN CIRCUNS
▨	4	N.C.
▨	1	MUY DE ACUERDO
▨	1	DE ACUERDO

PREGUNTA 5.

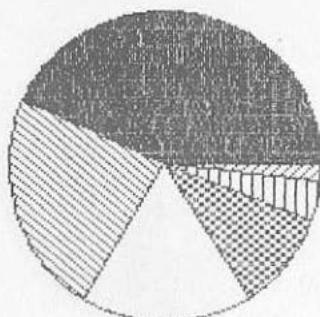


PREGUNTA 6.



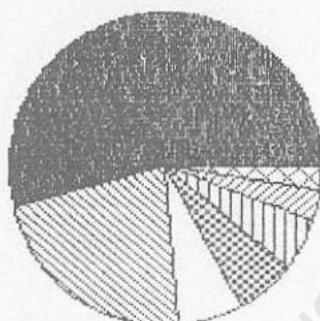
■	81	AYUDA COCIAL
▨	78	AYUDA PSICOLOGI
□	50	MEDICAMENTOS
▨	14	OTROS
▨	5	N.C.

PREGUNTA 7.



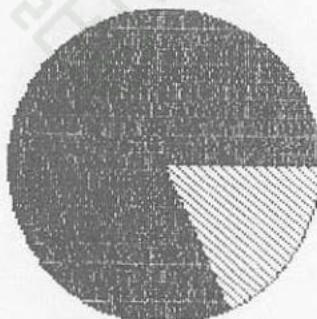
76	EN SU CASA
40	HOSPITAL PSIQUI
31	EN UN PISO O.E.
18	SALA PSIQUI. H.
7	N.C.
3	CLINICA PRIVADA

PREGUNTA 8.



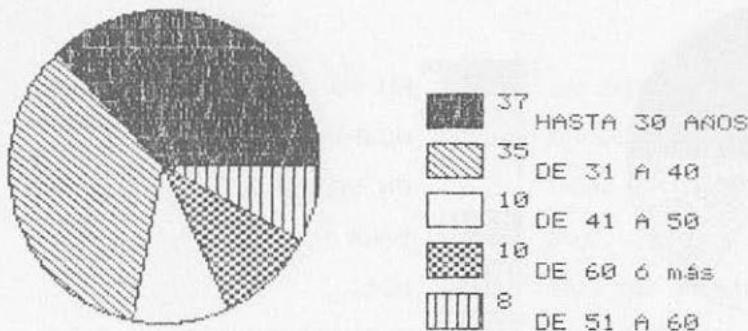
71	EN SU CASA
29	HOSPITAL PSIQUI
9	SALA PSIQUIATRI
8	HOSPITAL PRIVAD
7	N.C.
4	SALA PSIQUI.NO
3	SALA PSI.H.UNIV

CUESTIONARIO C. 1.

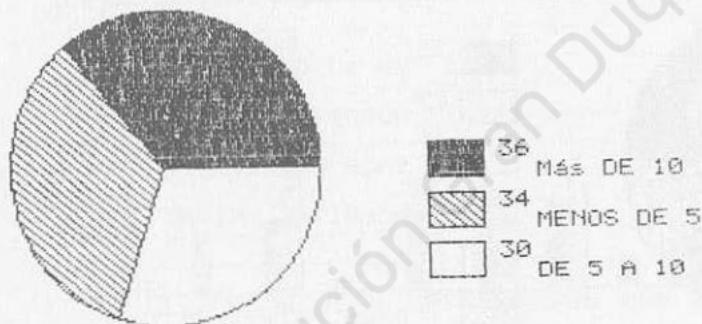


82	VARON
18	MUJER

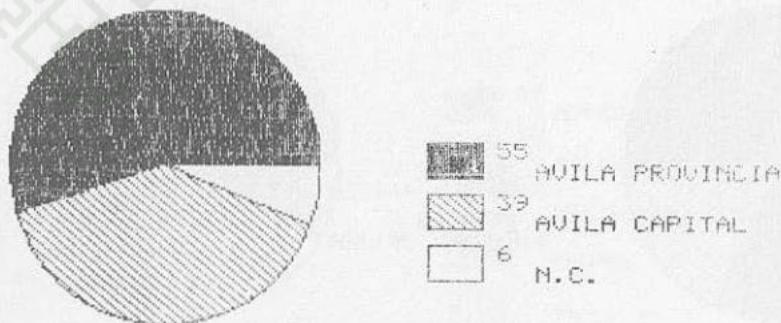
CUESTIONARIO C. 2.



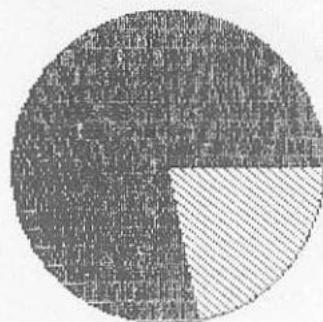
CUESTIONARIO C. 3.



CUESTIONARIO C. 4.

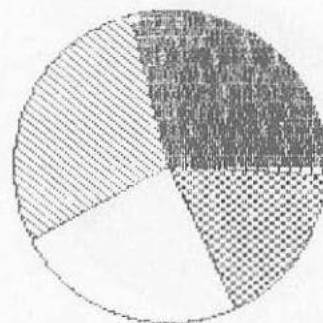


CUESTIONARIO C. 5.



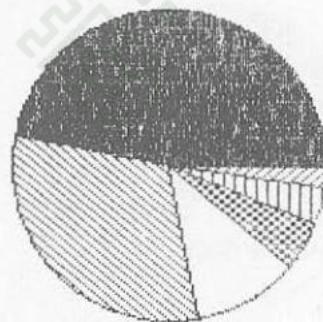
■	78	MÉDICO GENERAL
▨	22	ESPECIALISTA

CUESTIONARIO C. 6.



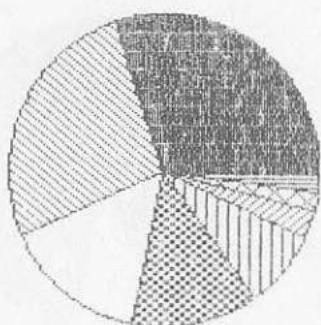
■	29	SOLO DATOS GENE
▨	29	DE MANERA ELEMENTAL
□	24	CASI NO CONOCE
▨▨	17	SUFICIENTEMENTE
	1	PERFECTAMENTE

CUESTIONARIO C. 7.



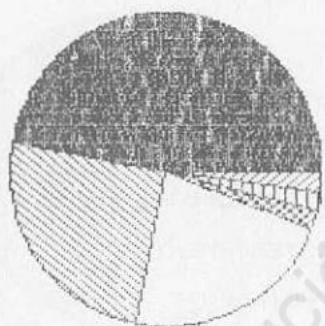
■	47	ACEPTABLE
▨	31	HALA
□	11	BUENA
▨▨	5	N.C.
	4	MUY MALA
▨▨	2	MUY BUENA

CUESTIONARIO C. 8.



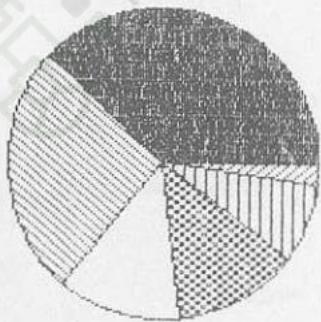
38	DEL 11 AL 25%
27	DEL 5 AL 10%
15	DEL 26 AL 40%
13	MENOS DEL 5%
8	DEL 41 AL 55%
3	DEL 56 AL 70%
2	MAS DEL 70%
2	N.C.

CUESTIONARIO C. 9.



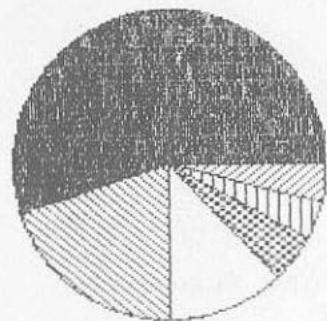
47	ALGUNOS CASOS
25	BASTANTES CASOS
22	POCOS CASOS
2	MAYORIA DE CASOS
2	NINGUN CASO
2	N.C.

CUESTIONARIO C. 10.



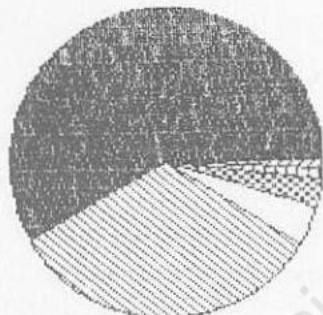
38	DE A. CIERTAS O
26	EN DESACUERDO
13	DE ACUERDO
13	TOTAL DESACUERDO
8	N.C.
2	MUY DE ACUERDO

CUESTIONARIO C. 11-1.



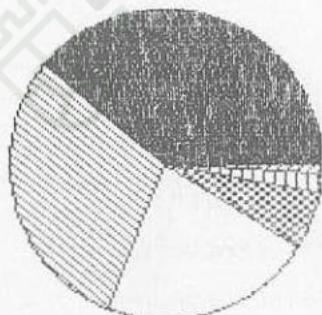
55	MUY DE ACUERDO
20	DE ACUERDO
12	DE A. CIERTAS O
5	EN DESACUERDO
4	TOTAL DESACUERDO
4	N.C.

CUESTIONARIO C. 11-2.



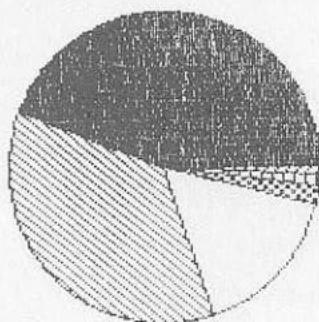
53	MUY DE ACUERDO
33	DE ACUERDO
4	DE A. CIERTAS O
3	EN DESACUERDO
1	TOTAL DESACUERDO
1	N.C.

CUESTIONARIO C. 11-3.



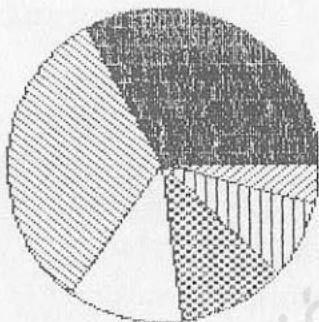
39	DE A. CIERTAS O
30	DE ACUERDO
22	MUY DE ACUERDO
6	EN DESACUERDO
2	TOTAL DESACUERDO
1	N.C.

CUESTIONARIO C. 11-4.



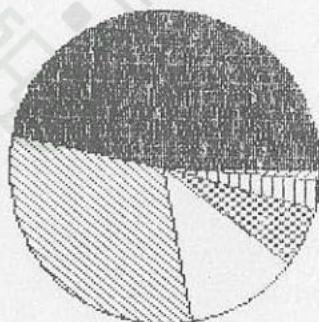
44	DE ACUERDO
36	MUY DE ACUERDO
16	DE A. CIERTAS O
2	EN DESACUERDO
1	TOTAL DESACUERDO
1	N.C.

CUESTIONARIO C. 11-5.



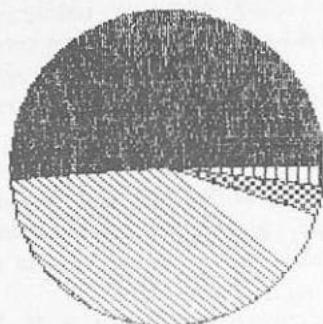
33	DE A. CIERTAS O
32	DE ACUERDO
12	MUY DE ACUERDO
11	EN DESACUERDO
8	TOTAL DESACUERDO
4	N.C.

CUESTIONARIO C. 11-6.



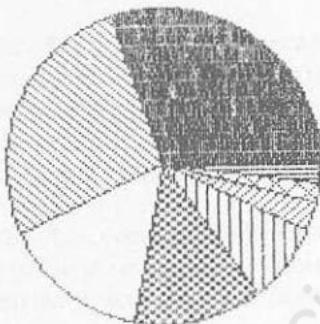
47	DE ACUERDO
31	MUY DE ACUERDO
12	DE A. CIERTAS O
6	EN DESACUERDO
3	TOTAL DESACUERDO
1	N.C.

CUESTIONARIO C. 11-7.



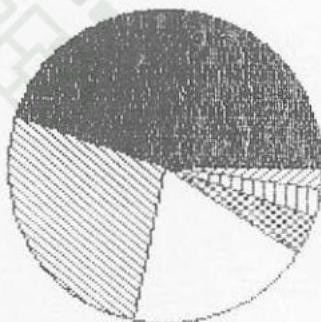
■	51	DE ACUERDO
▨	38	MUY DE ACUERDO
□	6	DE A. CIERTAS O
▨	3	N.C.
	2	TOTAL DESACUERDO
▨	8	EN DESACUERDO

CUESTIONARIO C. 8.



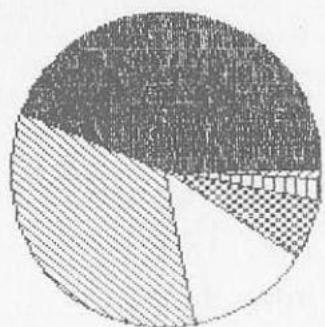
■	30	DEL 11 AL 25%
▨	27	DEL 5 AL 10%
□	15	DEL 26 AL 40%
▨	13	MENOS DEL 5%
	8	DEL 41 AL 55%
▨	3	DEL 56 AL 70%
▨	2	MAS DEL 70%
▨	2	N.C.

CUESTIONARIO C. 11-9.



■	45	DE ACUERDO
▨	27	MUY DE ACUERDO
□	19	DE A. CIERTAS O
▨	4	N.C.
	3	EN DESACUERDO
▨	2	TOTAL DESACUERDO

CUESTIONARIO C. 11-10.



44	DE ACUERDO
34	MUY DE ACUERDO
13	DE A. CIERTAS O
6	EN DESACUERDO
2	N.C.
1	TOTAL DESACUERDO



21. El continuo contacto con el enfermo mental ha provocado en los trabajadores un cambio de actitud. Antes de trabajar en el hospital psiquiátrico el sentimiento más frecuente era el miedo y a bastante distancia el respeto y la lástima. Ahora refieren que lo primordial es el deseo de ayudar y luego respeto y preocupación. Hay que señalar que el temor de padecer una enfermedad psiquiátrica no ha variado al tratar a estos enfermos y sigue teniendo la misma intensidad antes que ahora.

Podemos decir entonces que el trabajo con enfermos mentales ayuda a modificar la idea que se tiene de ellos, pero no el temor a la propia locura. El trato con estos pacientes hace que la persona supuestamente sana le pierda el miedo y tenga una visión más humana y positiva de la enfermedad mental.

22. Preguntando el personal a cerca de qué tratamiento consideran más adecuado, responden que la "ayuda social" porque, por propia experiencia, saben que la mayoría de los internos del psiquiátrico lo están por problemas sociales. El hecho de que además sean patologías crónicas más o menos compensadas, ha motivado la segunda respuesta, "ayuda psicológica", y en tercer lugar los tratamientos medicamentosos.

23. Los lugares más adecuados para que viva el enfermo mental son a juicio de los encuestados primero su casa con su familia y luego los hospitales psiquiátricos; en tercer lugar un piso con otros enfermos. Es decir, aunque son partidarios de la reinserción social de los enfermos, siguen considerando el psiquiátrico como lugar más idóneo que los pisos protegidos.

24. Los encuestados desean lo mismo para sí en caso de enfermedad psíquica. Les gustaría ser tratados primero en su casa con su familia, luego en el hospital psiquiátrico y después en la Seguridad Social y hospitales privados.

5.3. RESUMEN DE RESULTADOS Y REPRESENTACION GRAFICA DEL Q. C.

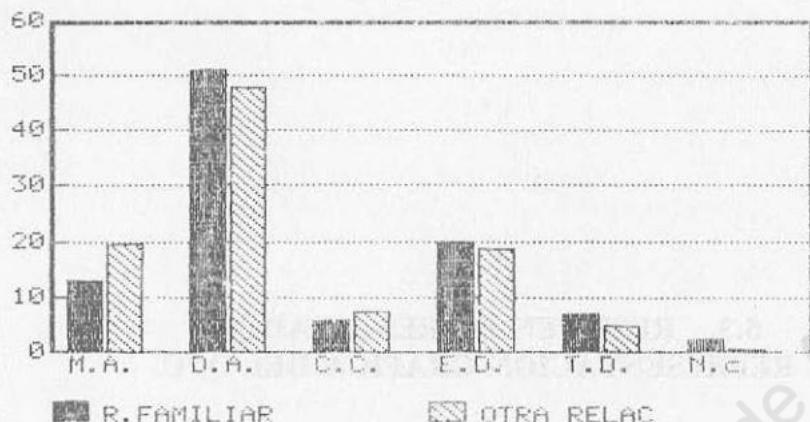
Q. C.: RESUMEN

1. En Avila, capital y provincia, hay más médicos varones que mujeres, en una proporción de 4,5 a 1 a favor de los primeros. Son jóvenes en su mayoría, menores de 40 años, sin embargo un 10 por ciento cuenta con 60 años o más.
2. Los años de experiencia profesional se reparten en tres tercios casi iguales: los que llevan menos de 5 años ejerciendo; los que llevan de 5 a 10; y, por último, los que llevan en activo más de 10 años.
3. Sólo un 55 por ciento asiste sanitariamente a la provincia. El resto se ocupa de la capital. Menos de la cuarta parte de nuestros facultativos ejercen alguna especialidad.

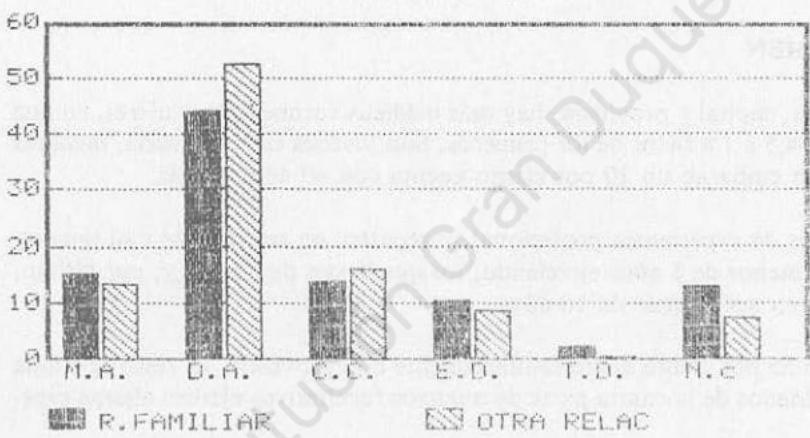
El médico abulense y el enfermo mental

1. La información que poseen los médicos que no son especialistas a cerca de la problemática de la enfermedad mental es deficiente y escasa, y en consecuencia, es una parcela de actuación necesaria a la hora de efectuar la reforma. Sólo un 1 por ciento dice conocerla perfectamente como para poder opinar y un 17 por ciento la conoce de un modo suficiente.
2. Consecuencia de este escaso conocimiento es la opinión que la asistencia en Avila en materia de salud mental, es aceptable. Y no porque no lo sea, o no pueda llegar a serlo, sino porque es una opinión indocumentada. Un 30 por ciento de los facultativos encuestados opina que es mala. Y no llega a un 5 por ciento los que dicen que es muy buena o muy mala.

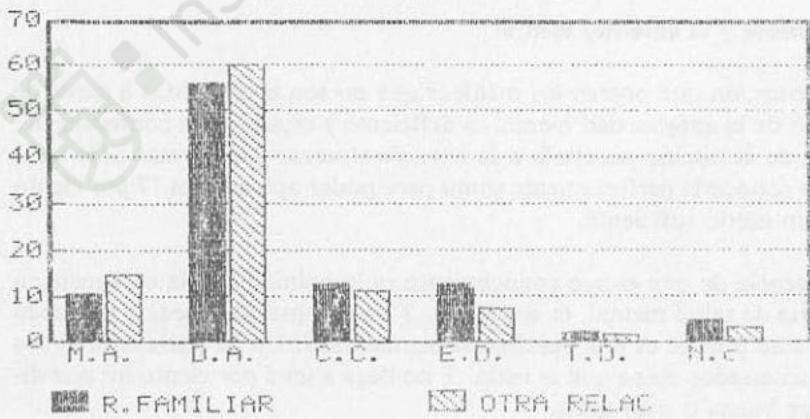
Q-A- PREGUNTA 11-1.



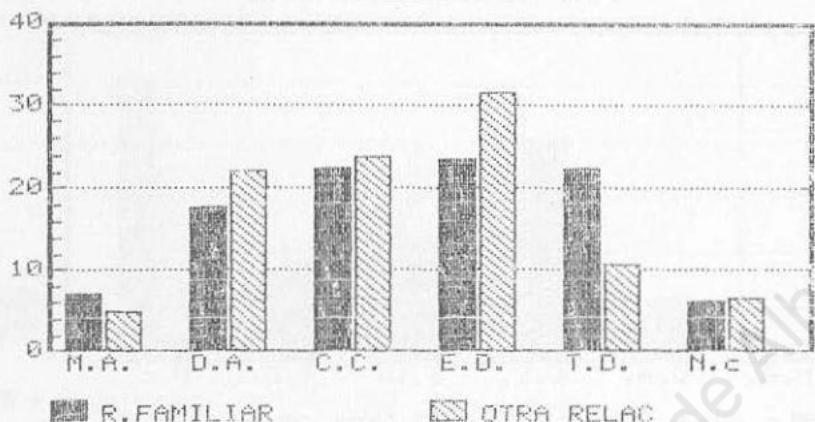
Q-A- PREGUNTA 11-2.



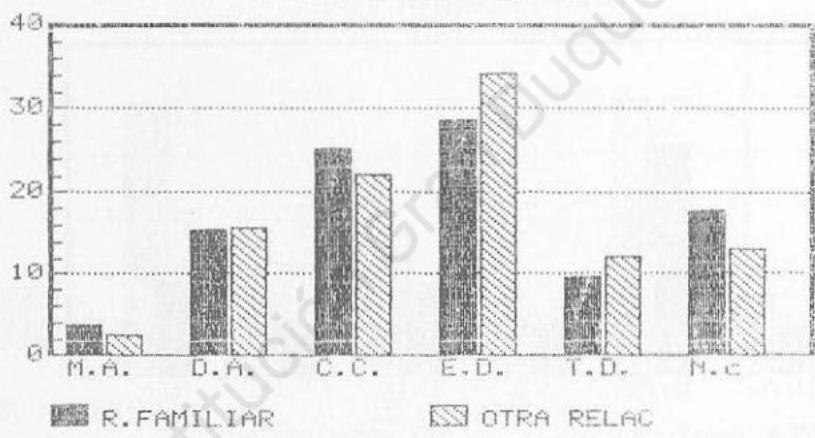
Q-A- PREGUNTA 11-3.



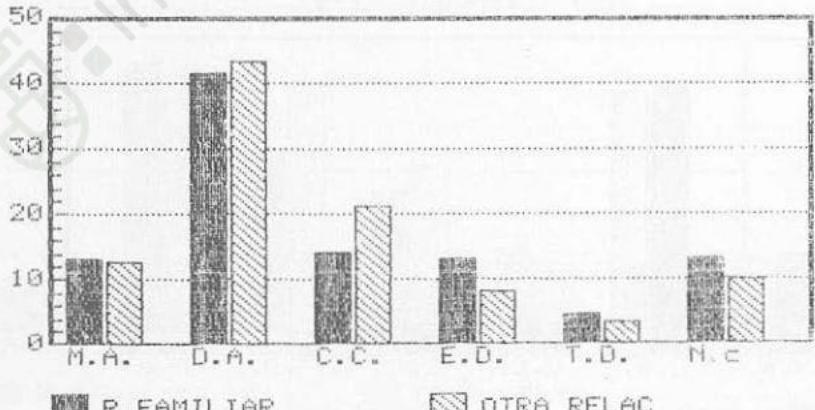
Q-A- PREGUNTA 11-4.



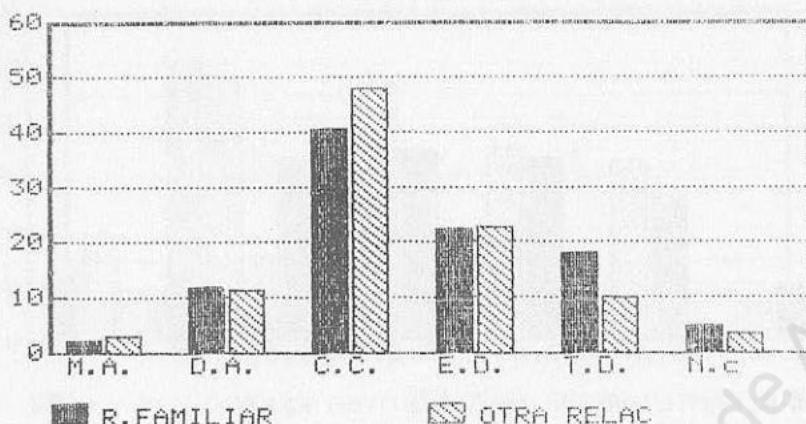
Q-A- PREGUNTA 11-5.



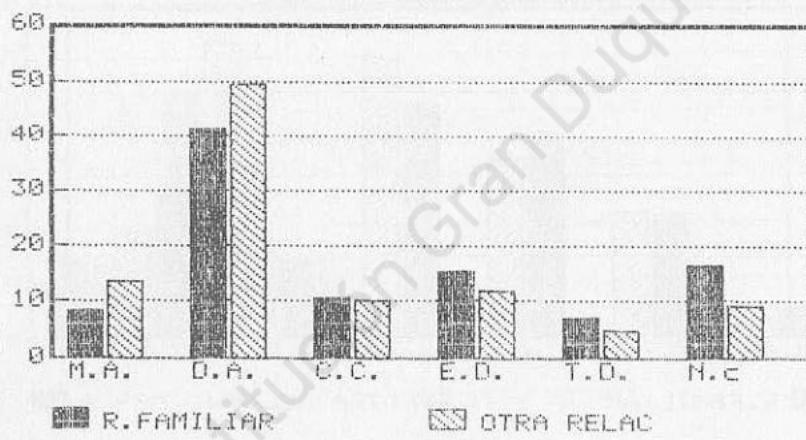
Q-A- PREGUNTA 11-6.



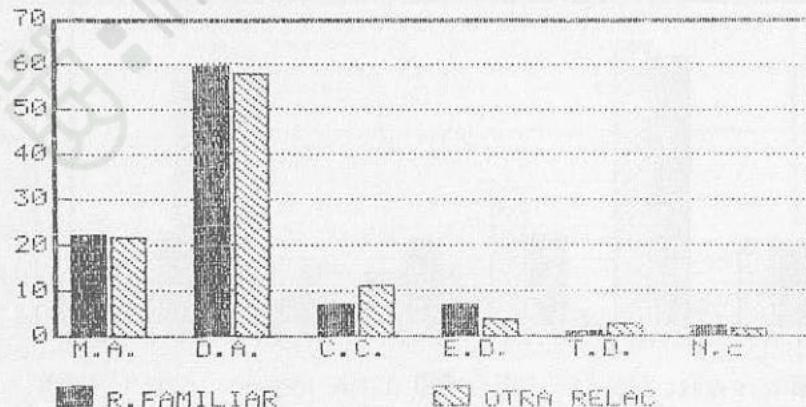
Q-A-- PREGUNTA 11-7.



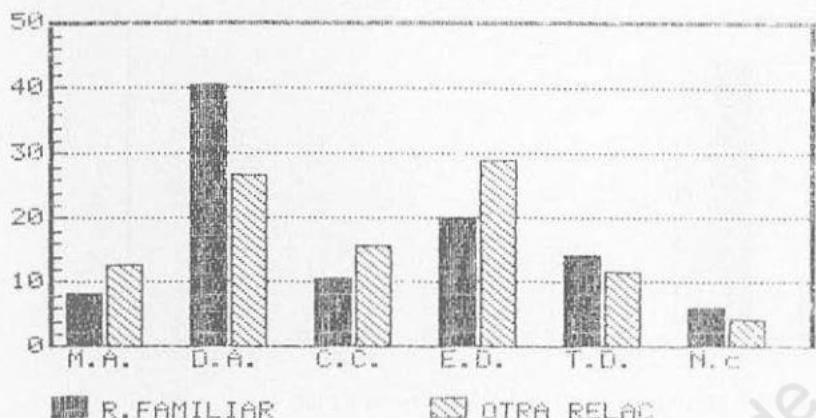
Q-A-- PREGUNTA 11-8.



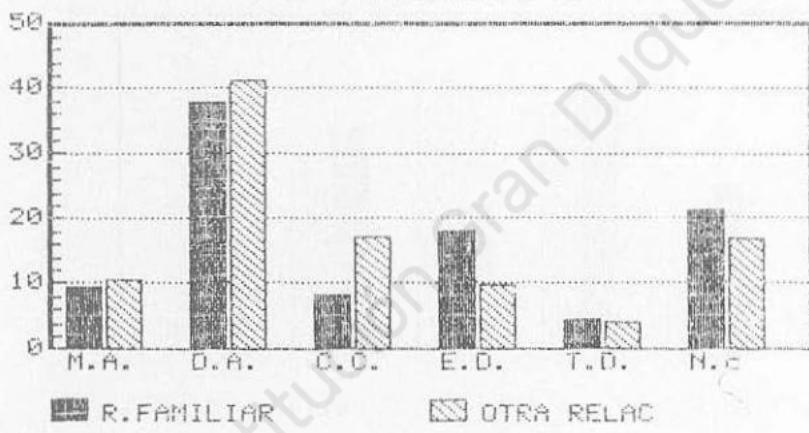
Q-A-- PREGUNTA 11-9.



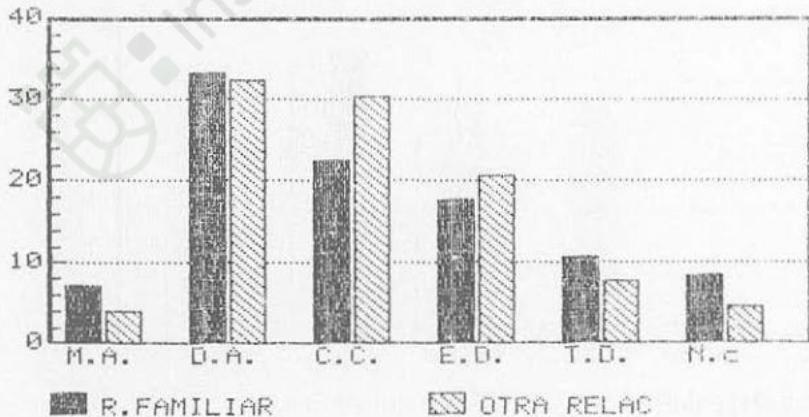
Q-A- PREGUNTA 11-10.



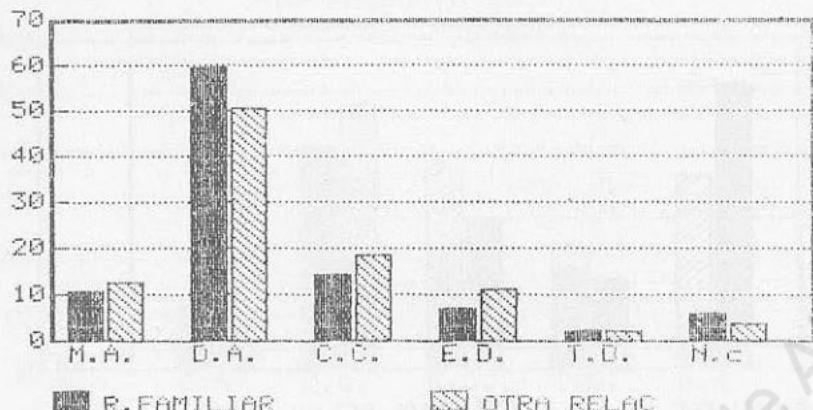
Q-A- PREGUNTA 11-11.



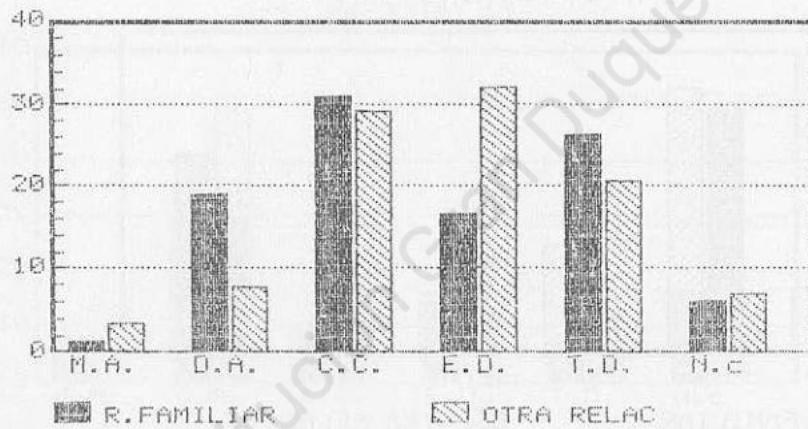
Q-A- PREGUNTA 11-12.



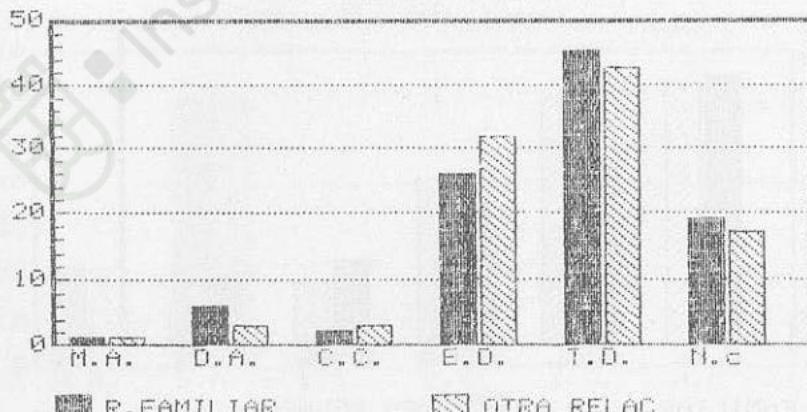
Q-A- PREGUNTA 11-13.



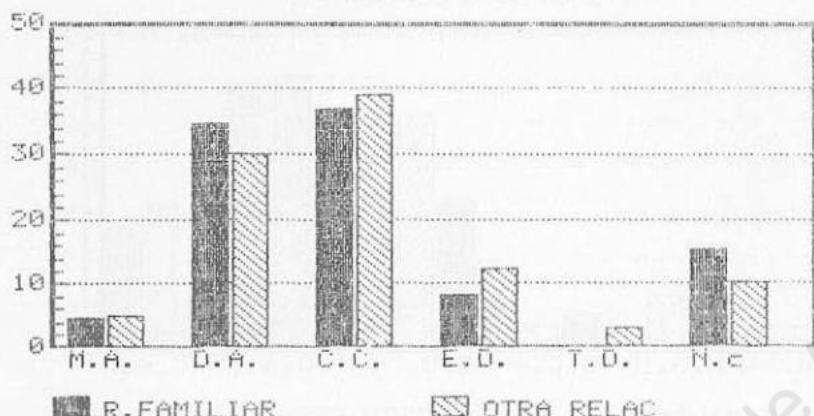
Q-A- PREGUNTA 11-14.



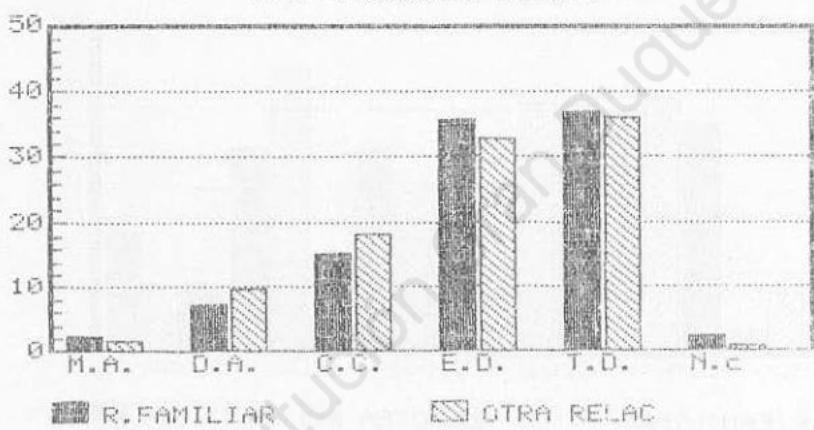
Q-A- PREGUNTA 11-15.



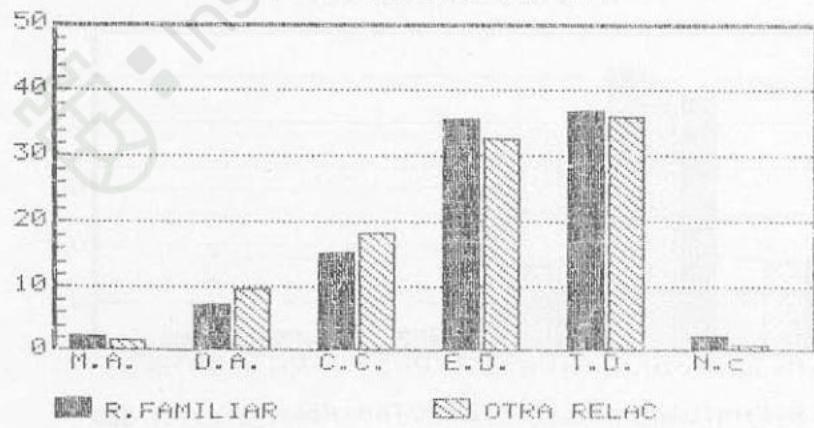
Q-A- PREGUNTA 11-16.



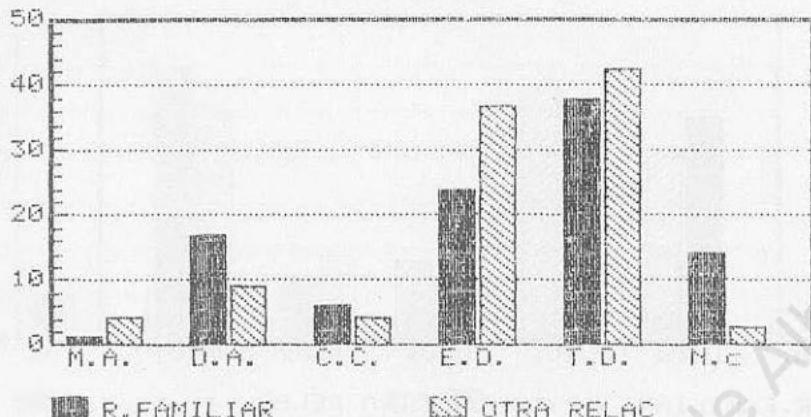
Q-A- PREGUNTA 11-17.



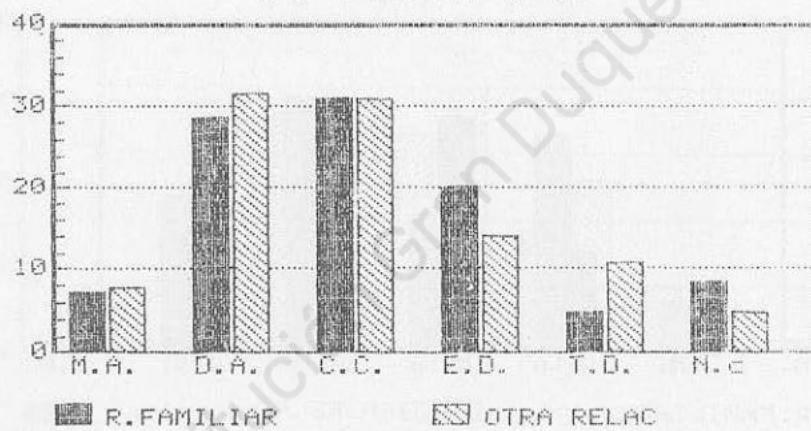
Q-A- PREGUNTA 11-17.



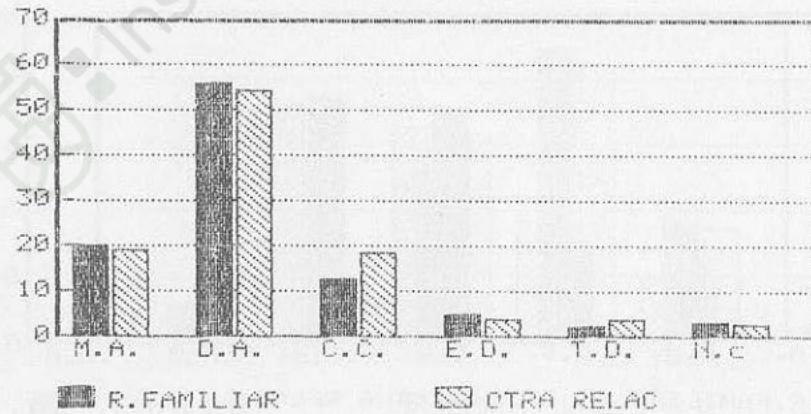
Q-A- PREGUNTA 11-18.



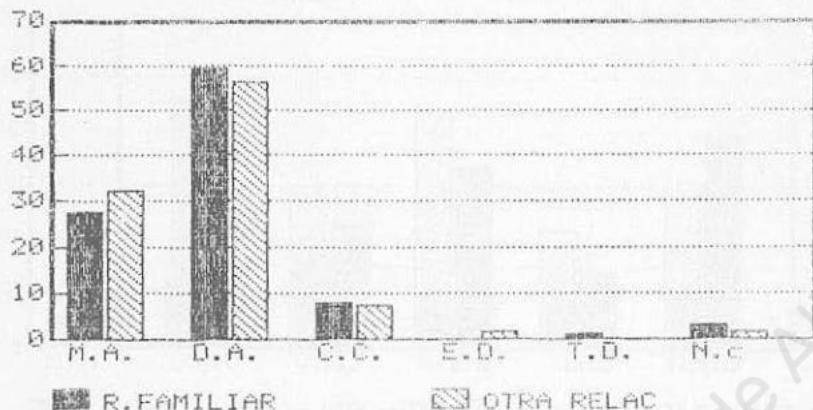
Q-A- PREGUNTA 11-19.



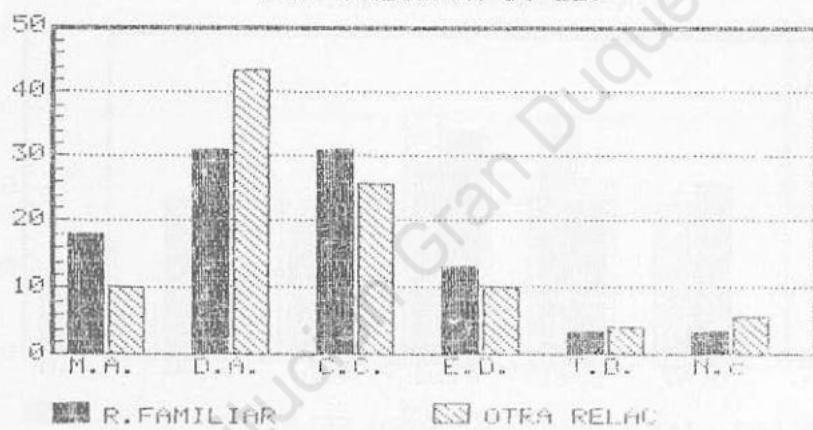
Q-A- PREGUNTA 11-20.



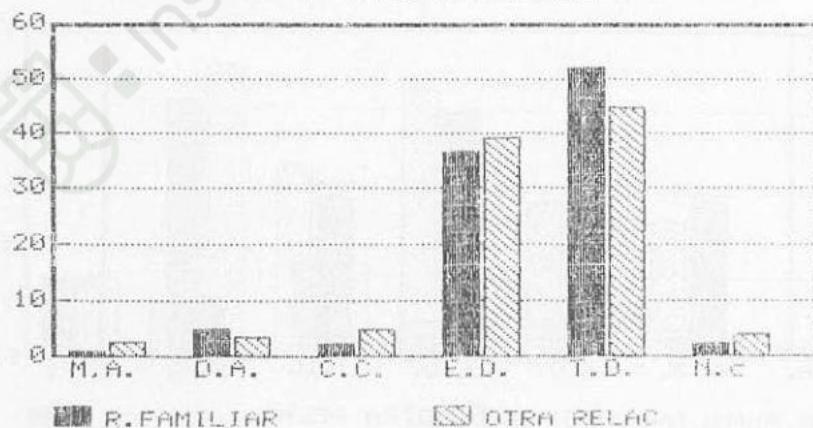
Q-A- PREGUNTA 11-21.



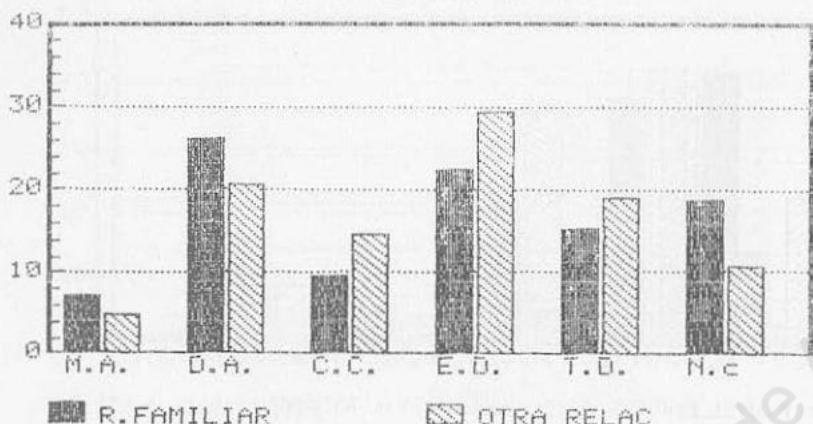
Q-A- PREGUNTA 11-22.



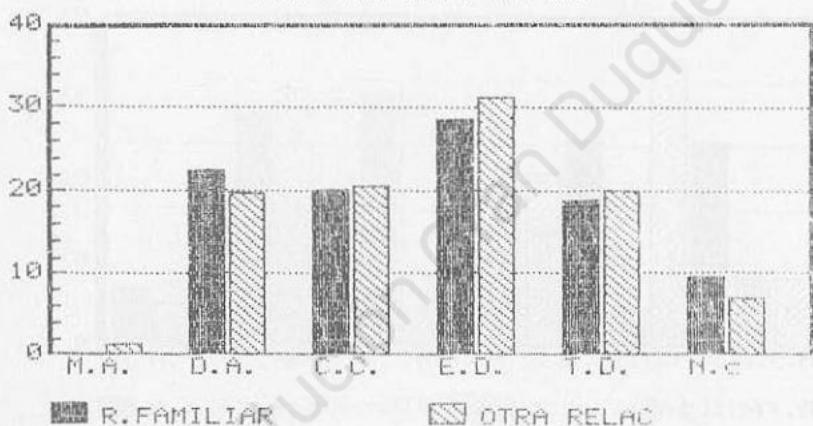
Q-A- PREGUNTA 11-23.



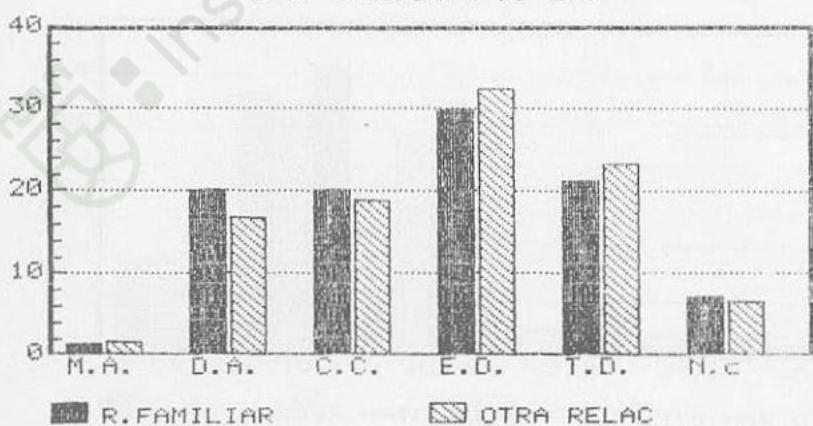
Q-A- PREGUNTA 11-24.



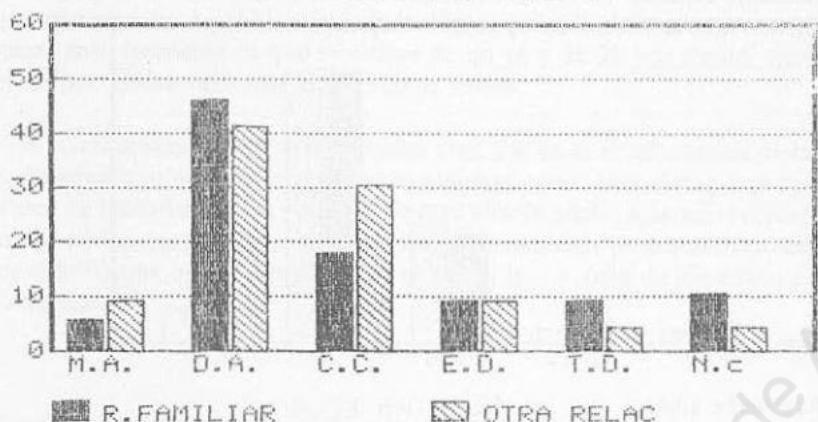
Q-A- PREGUNTA 11-25.



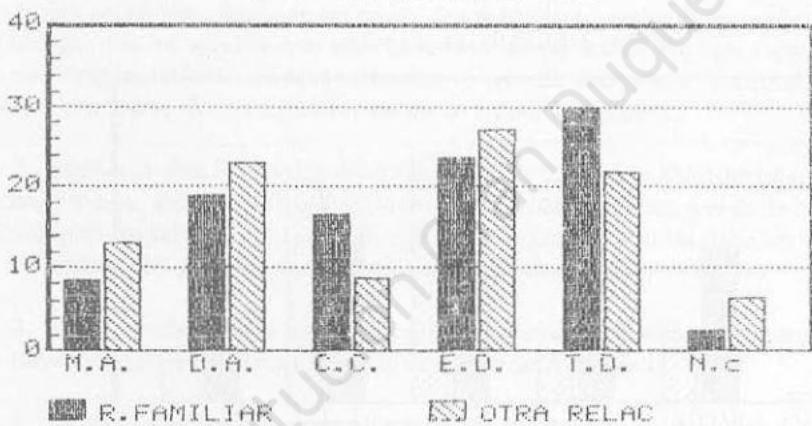
Q-A- PREGUNTA 11-26.



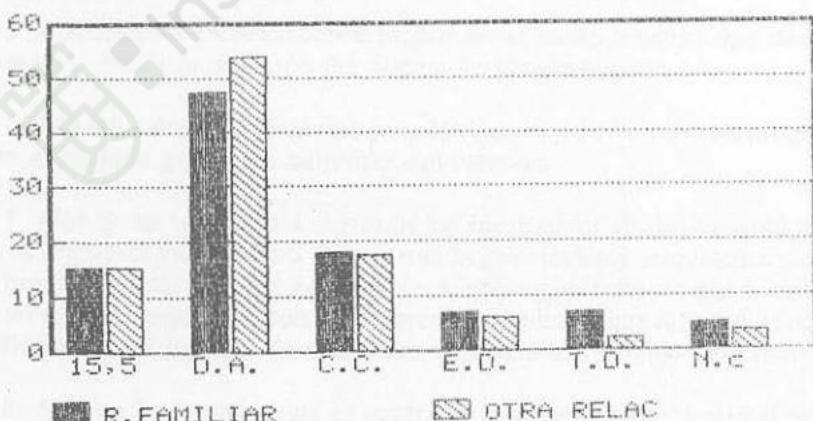
Q-A- PREGUNTA 11-27.



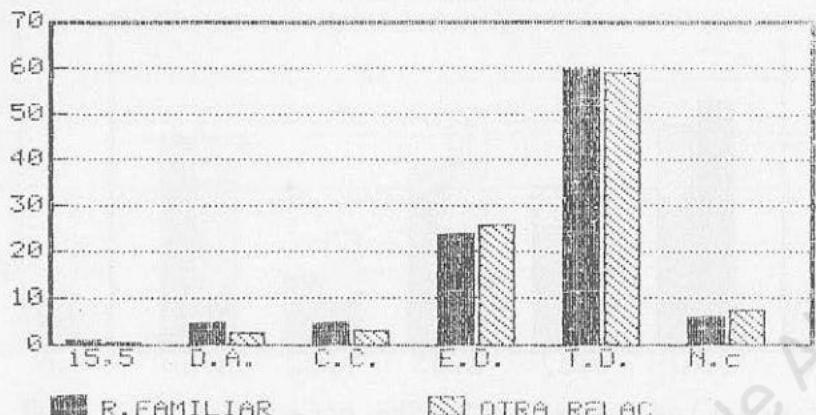
Q-A- PREGUNTA 11-28.



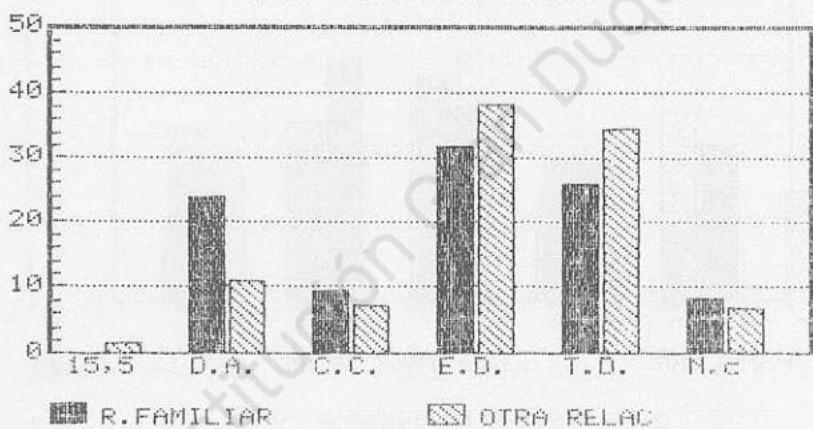
Q-A- PREGUNTA 11-29.



Q-A- PREGUNTA 11-36.



Q-A- PREGUNTA 11-31.



3. El porcentaje aproximado de consultas que estos médicos atienden y que estiman que se debe a problemática psicológico-psiquiátrica, es muy variable. La respuesta más frecuente es que se estima de un 11 a un 25 por ciento, aunque más de un 10 por ciento cree que es más de la mitad.

4. Casi la mitad de los encuestados cree que en el estado actual de la psiquiatría se obtienen resultados satisfactorios en algunos casos. La cuarta parte opina que esto ocurre en bastantes casos y menos de otra cuarta parte, que los resultados son buenos en pocos casos. Como siempre, hay una pequeña proporción de extremistas (2 por ciento) que opinan, o bien que se curan la mayoría de los enfermos psíquicos o ninguno.

El médico abulense y los cambios recientes en la psiquiatría

1. En un 40 por ciento de los casos, los médicos no están de acuerdo con la fórmula legal que ha adquirido el internamiento involuntario. No creen que sea positivo este desplazamiento de competencias, lo que de nuevo nos remite al desconocimiento por parte de los facultativos de la nueva normativa.

2. Siguiendo los Principios del Informe de la Comisión Ministerial ofrecidos en el cuestionario, tres cuartas partes de los médicos encuestados son de la opinión que el enfermar psíquico es una parcela más de la salud y como tal debe ser incluida en la red asistencial general. La mayoría de ellos son médicos rurales.

3. El 90 por ciento está a favor de que el enfermo mental sea contemplado como un paciente más del sistema general de atención a la salud.

4. La mayoría de los encuestados admiten la atención psiquiátrica fuera del ámbito hospitalarios pero aquí ofrecen sus reservas.

5. Los criterios médicos deben primar sobre cualquier otro tipo de opinión, a la hora de decidir la duración del tiempo de hospitalización.

6. El hecho de que los ingresos psiquiátricos vayan realizándose progresivamente en el hospital general es admitido con reservas.

7. Más de las tres cuartas partes de los facultativos abulenses están de acuerdo con la responsabilidad futura de la atención psicológica y psiquiátrica por parte de los hospitales generales. Pero dada la decadencia y las reservas que se vienen observando en las anteriores respuestas, habremos de admitir que el hecho de colocar esta medida en el futuro hace de ansiolítico aún para los propios profesionales.

8. Sólo un 2 por ciento está en contra de la integración del hospital psiquiátrico

como un elemento más de la unidad de salud mental del área y con las mismas funciones.

9. Más de un 80 por ciento de los encuestados está a favor de la transformación de los psiquiátricos y la promoción de acciones alternativas.

10. Un 70 por ciento está a favor de la reinserción social del enfermo mental y la reducción del número de camas de los hospitales psiquiátricos. Pero hay todavía un 20 por ciento de facultativos que tienen sus reservas.

11. Más de las tres cuartas partes de los médicos encuestados están a favor de que se incluyan profesionales de salud mental en los servicios de urgencia.

En resumen, y como idea general de la información obtenida en este capítulo podemos decir que:

1. Los médicos encuestados no están en contra de la reforma sanitaria en lo tocante a salud mental, lo que parece es no estar capacitados para asumir el papel que les corresponde en la misma.

2. Los que dicen estar en contra, a través de sus comentarios, hemos podido percibir, que ante todo, están mal informados. Las opiniones erróneas más frecuentes son que:

- Los médicos generales van a hacer todo el trabajo.
- Se van a dejar los pacientes "sueltos en la calle".
- Van a ser víctimas de intrusismo profesional sobre todo por parte de los jueces.
- O incluso que se van a reducir los puestos de trabajo.

En consecuencia, la desinformación entre los médicos acarrea las mismas consecuencias que entre la población en general: rechazo por el mal entendimiento.

3. En los comentarios que adjuntan al cuestionario los facultativos abulenses hacen una gran demanda de actividades docentes.

6. PERSPECTIVAS

La literatura sobre el desarrollo rural en América Latina es escasa y poco sistemática. Los estudios que existen se han centrado en la problemática rural de países con una larga tradición rural.

En el caso de Argentina, los estudios que existen se han centrado en la problemática rural de provincias con una larga tradición rural.

Los estudios que existen se han centrado en la problemática rural de provincias con una larga tradición rural.

En el caso de Argentina, los estudios que existen se han centrado en la problemática rural de provincias con una larga tradición rural.

En el caso de Argentina, los estudios que existen se han centrado en la problemática rural de provincias con una larga tradición rural.

En el caso de Argentina, los estudios que existen se han centrado en la problemática rural de provincias con una larga tradición rural.

En el caso de Argentina, los estudios que existen se han centrado en la problemática rural de provincias con una larga tradición rural.

En el caso de Argentina, los estudios que existen se han centrado en la problemática rural de provincias con una larga tradición rural.

En el caso de Argentina, los estudios que existen se han centrado en la problemática rural de provincias con una larga tradición rural.

En el caso de Argentina, los estudios que existen se han centrado en la problemática rural de provincias con una larga tradición rural.

En el caso de Argentina, los estudios que existen se han centrado en la problemática rural de provincias con una larga tradición rural.

PERSPECTIVAS

La base de toda acción sanitaria es el conocimiento de la realidad de la forma más exacta posible; conocer un problema es ya empezar a resolverlo.

Hemos trabajado sobre un terreno inexplorado en este sentido y, por tanto, no contaminado frente a estos métodos.

Recordando cómo se modificó nuestra forma de acercarnos al enfermo mental, el temor inicial cuando éramos estudiantes, y cómo se modificaba por la experiencia del contacto diario.

¿Por qué no podría ocurrir lo mismo que a nosotros y a los trabajadores de nuestro hospital, como hemos visto, a la población en general?

En el informe técnico 177 de la OMS sobre Psiquiatría Social y Actitudes de la Colectividad, podemos ver que una gran parte de la población no tiene ideas claras sobre la enfermedad mental, tendiendo a clasificarlas en dos grandes grupos: las que precisan internamiento y las que son tratables de forma ambulatoria.

Sabemos que la psiquiatría es vista con prevención en muchos casos por el resto de la medicina. Pues bien, el horizonte que deseamos para este trabajo, es que sea útil para todos y especialmente para quienes más cerca están del enfermo. Tenemos una imagen a través de sus respuestas de lo que nuestros vecinos piensan de nosotros y de nuestros pacientes. De cómo ven estos aspectos los que, como nosotros, pasan buena parte de su vida con el enfermo mental.

Y especialmente conocemos algunos datos de gran interés sobre cómo ven la psiquiatría nuestros propios compañeros y los cambios que se prevén.

Estos datos pueden ser de utilidad en planificación de campañas, en tareas de tipo preventivo y en la práctica diaria.

El material obtenido no agota en absoluto sus posibilidades y queda abierto a otras investigaciones. Las posibilidades de cruces son múltiples: con lugar de nacimiento, nivel de estudios, actividad profesional, estado civil, posición política o religiosa, etc., algunos de los cuales trataremos de realizar.

Nuestra aportación al conocimiento que supone este estudio nos permite esbozar unas líneas generales de actuación que se desprenden de los datos obtenidos.

Para los propios pacientes

Conociendo que la mayoría admite tener algo de "loco", es posible utilizar terapéuticamente este dato tanto para acercarnos al paciente, como para apoyarle en otras ocasiones. Así como el hecho de ser muchos más los que necesitarían ayuda psiquiátrica que los que la solicitan.

La integración en los mismos centros se irá imponiendo progresivamente, ya que los avances en los tratamientos farmacológicos han cambiado el porvenir de estos enfermos, aunque sean menos aceptados que las intervenciones psicológicas o sociales.

El general, los abulenses están dispuestos a ofrecer su amistad, aceptarlos como compañeros de trabajo y ven la ocupación laboral como factor de mejoría, sintiéndoles como personas útiles.

Para los familiares

Juegan un papel etiológico: la herencia, los conflictos infantiles, las actuales condiciones de vida, y la falta de amor; siendo este último de importancia decisiva para los humanos, como se ha demostrado en los estudios de separación temprana de la madre, casos de hospitalismo, etcétera.

Pensamos que prestar una mayor atención a los familiares es una necesidad terapéutica, ya que el que posean una mayor información sobre la enfermedad y sus causas, sobre la posible auto y heteroagresividad y cómo afrontarla, permiten una mejor comprensión del enfermo y colaboración en el tratamiento, especialmente cuando hoy han mejorado los pronósticos sustancialmente, por las aportaciones de la psicofarmacología.

En el futuro, pensamos que se podrá contar con asociaciones de familiares como existen en otras regiones y con algunas actividades específicas, diseñadas para aceptar los familiares al paciente con el adecuado asesoramiento. E incluso incrementar las terapéuticas específicamente orientadas a las familias.

Para los trabajadores del hospital

Parece que se avista, en el caso de un hospital joven como el nuestro, una mayor exigencia de cualificación y formación para hacer frente a un trabajo más orientado hacia el trabajo en equipo en tratamientos extrahospitalarios. Como hace pensar la división del hospital en tres áreas: una hospitalaria (agudos), una segunda extrahospitalaria (sectores, etc.), y una tercera de residencia asistida.

Para la población en general

Existen una serie de actitudes y sentimientos positivos, que se van abriendo paso sobre otros aún muy tradicionales; los cambios en estas cuestiones, tan arraigadas

en un entorno social, no se pueden producir de manera brusca, no se pueden hacer por un cambio legislativo simplemente, sino que precisan de planificación a largo plazo, con mejor información y medidas encaminadas a superar viejos perjuicios.

Para los médicos

Hemos de mejorar en la medida de nuestras posibilidades, la relación y contactos con ellos, lo que redundará en una mejor información y colaboración. Hemos iniciado algunas actividades de tipo docente y esperamos incrementarlas en el futuro con el conocimiento de que son los primeros en atender al enfermo y en muchos casos ven un considerable número de pacientes de nuestra especialidad en sus consultas.

Para las Facultades de Medicina y la Universidad

La importante demanda de los médicos de formación no puede ser cubierta únicamente por el reciclaje postgraduado, sino que pasaría a nuestro juicio por un incremento notable en horas e importancia de las asignaturas relacionadas con la salud mental (la Psiquiatría, la Psicología y Sociología Médica).

El volumen de consultas por estas causas y el deseo de los profesionales, de mejorar su formación, merecen ser tenidos en cuenta, como ya se hace en otros países de nuestro entorno.

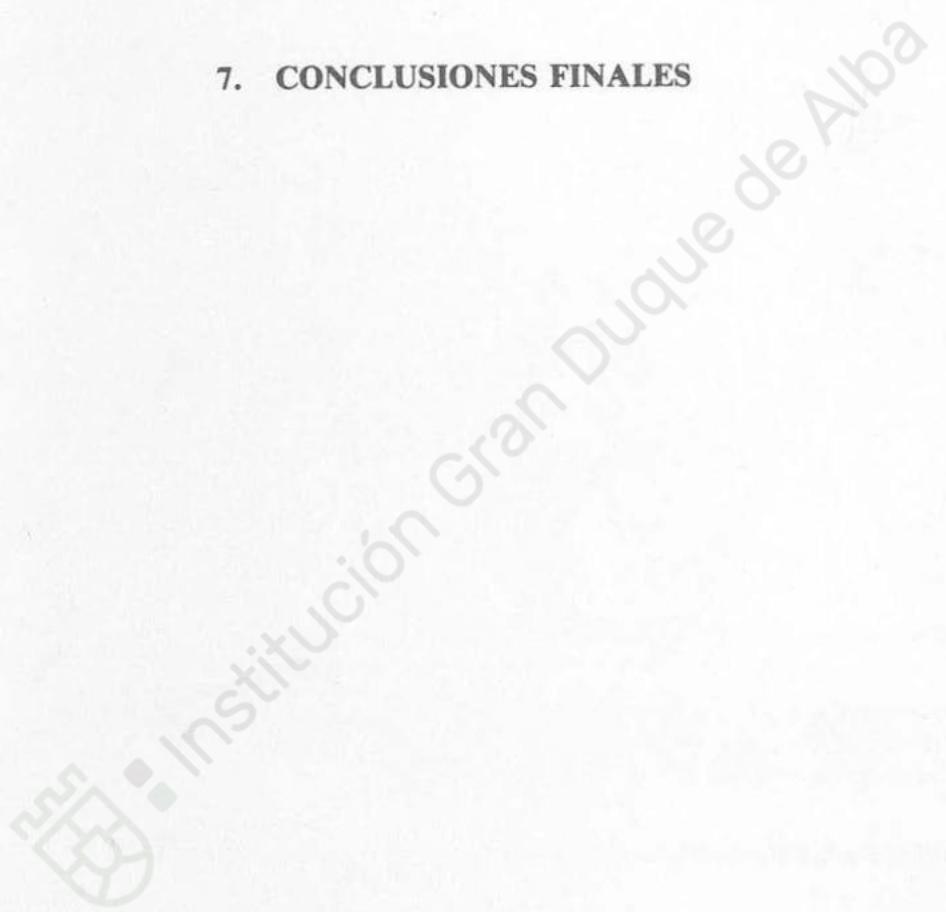
Para la Administración

Estos datos se le ofrecen como esperanza de un futuro mejor. A pesar de la opinión de la población general, los trabajadores y técnicos, conocemos de la escasez de medios, de la secular discriminación de la psiquiatría que se dio en llamar, por esta razón por algunos, la cenicienta de la Medicina. Deseamos que esto deje de ser así, y parece que la Ley de Sanidad abre las puertas al optimismo.

Para finalizar, se han tomado ya iniciativas, como consecuencia de este estudio para acercarnos a la población, como: las jornadas de puertas abiertas, el establecimiento de pisos protegidos, el incremento de la asistencia extrahospitalaria a través de los sectores.

Deseamos que nos conozcan mejor para evitar sentimientos y temores injustificados.

7. CONCLUSIONES FINALES



CONCLUSIONES

Q. A.: La población general

Primera.—La enfermedad mental sigue considerándose distinta de las demás.

Segunda.—Los enfermos mentales son vividos como peligrosos.

Tercera.—La población acepta a estos enfermos como amigos, compañeros de trabajo y admite que son seres útiles a la sociedad.

Cuarta.—Consideran estas enfermedades como de etiología fundamentalmente orgánica y admiten la importancia de los factores infantiles.

Quinta.—La mayoría considera que todos tenemos algo de locos.

Sexta.—Los enfermos pueden trabajar, votar y casarse, dependiendo de las circunstancias concretas.

Séptima.—Un pequeño porcentaje los considera incurables; las familias son más pesimistas en el pronóstico.

Octava.—La mayor parte de la población está más a favor de los tratamientos psicológicos y sociales que de los biológicos, con la enorme trascendencia que esto supone para nosotros. Nuestra realidad es muy otra. Los trabajadores ponen en primer lugar la ayuda social.

Novena.—Consideran que no se deben dedicar más recursos económicos a la Psiquiatría.

Esta opinión social es de enorme importancia.

Décima.—Respecto al lugar de tratamiento, la mayor parte de la población opina que deben de persistir los manicomios y una tercera parte, incluso, que los enfermos deben estar encerrados. Señalaremos la discrepancia que esto supone sobre las tendencias actuales, pero ahí está la realidad.

El lugar de elección para ser tratados en caso de padecer una enfermedad psíquica, es el propio domicilio.

Undécima.—El sentimiento más frecuente es el deseo de ayudar, seguido de lástima y preocupación. Sin embargo, los familiares, tal vez por impotencia, siente primero lástima, después deseo de ayudar y preocupación.

Los hombres admiten menos sentir miedo frente al enfermo psíquico. En una proporción casi doble lo admiten las mujeres. El grupo de familiares admite sentir miedo en una proporción mayor que el de no familiares, con todas las implicaciones que esto trae consigo.

Q. B.: El personal asistencial

Duodécima.—Se distingue significativamente de la población general por poseer una mejor información y como consecuencia una actitud más positiva especialmente en cuanto a pronóstico.

Consideran que los recursos económicos son insuficientes y están de acuerdo en la superación del manicomio.

Decimotercera.—La conclusión más significativa y sincera es que, como en otro trabajo similar, no publicado del profesor Ledesma, los sentimientos respecto a los enfermos, antes de trabajar con ellos eran sobre todo, y por este orden, miedo, respeto y lástima. Tras la experiencia directa, ahora son por este orden: deseos de ayudar, respeto y preocupación.

El contacto y conocimiento pueden cambiar los sentimientos, lo que nos parece la conclusión más trascendente de este trabajo. De especial aplicación en programas de modificación de actitud respecto al enfermo mental y la Psiquiatría en general.

Q. C.: Los médicos de Avila

Decimocuarta.—Poseen una escasa información sobre la enfermedad mental. Ven un considerable número de pacientes con problemática psicológico-psiquiátrica.

Cambiar o reformar la Psiquiatría es para ellos una imperiosa necesidad. Están de acuerdo, en general, con los principios del Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica sobre los que se les consultaba y que luego se han recogido en el capítulo III de la Ley de Sanidad.

Piden, a pesar de no preguntarles sobre ello, mejorar la cantidad y calidad de docencia de estas materias en la carrera y fuera de ella. Del total de médicos que hacen comentarios en el espacio reservado a tal fin, casi la tercera parte (30,6 por ciento) solicitan más docencia e información.

8. APENDICE

8.1. Modelo de cuestionarios

ESTUDIO SOCIOLOGICO SOBRE LAS ENFERMEDADES MENTALES EN AVILA

El Servicio de Psiquiatría del Hospital Psiquiátrico de Avila está realizando una ENCUESTA sobre la enfermedad mental (entendida *esta enfermedad como los trastornos de aquellas personas que tienen que ingresar en Hospitales Psiquiátricos*). Este estudio pretende conocer las opiniones de usted sobre el tema. De antemano le garantizamos la confidencialidad de sus respuestas. Rogamos conteste al cuestionario con plena libertad. Gracias por su colaboración.

		No escribir en este margen	
1. Sexo:	(1) Hombre	<input type="checkbox"/>	(6)
	(2) Mujer	<input type="checkbox"/>	
2. Edad (Años cumplidos):	(1) 18-27 años	<input type="checkbox"/>	(7)
	(2) 28-37 años	<input type="checkbox"/>	
	(3) 38-47 años	<input type="checkbox"/>	
	(4) 48-57 años	<input type="checkbox"/>	
	(5) 58-67 años	<input type="checkbox"/>	
	(6) 68-77 años	<input type="checkbox"/>	
	(7) 78 y más años	<input type="checkbox"/>	
3. Estado Civil:	(1) Soltero/a	<input type="checkbox"/>	(8)
	(2) Casado/a	<input type="checkbox"/>	
	(3) Viudo/a	<input type="checkbox"/>	
	(4) Otras situaciones	<input type="checkbox"/>	
4. Lugar de nacimiento:	(1) Avila capital	<input type="checkbox"/>	(9)
	(2) Avila provincia	<input type="checkbox"/>	
	(3) Otra capital de provincia	<input type="checkbox"/>	
	(4) Pueblos de otra provincia	<input type="checkbox"/>	
	(5) Extranjero	<input type="checkbox"/>	
5. ¿Qué clase de estudios tiene terminados?	(1) Titulado superior	<input type="checkbox"/>	(10)
	(2) Titulado medio	<input type="checkbox"/>	
	(3) Bachiller superior	<input type="checkbox"/>	
	(4) Bachiller elemental	<input type="checkbox"/>	
	(5) Formación profesional	<input type="checkbox"/>	
	(6) Primaria	<input type="checkbox"/>	
	(7) No escolaridad	<input type="checkbox"/>	

		No escribir en este margen	
6.	<i>Situación laboral:</i>		
(1)	Estudia	<input type="checkbox"/>	(11)
(2)	Trabaja (activo)	<input type="checkbox"/>	
(3)	Vive del paro cobrando	<input type="checkbox"/>	
(4)	Está en paro sin cobrar	<input type="checkbox"/>	
(5)	Jubilado	<input type="checkbox"/>	
(6)	Sus labores	<input type="checkbox"/>	
7.	<i>Actividad profesional:</i>		(12)
(1)	Propietario agrícola (grande o mediano)	<input type="checkbox"/>	
(2)	Empresario, directivo, alto personal de la industria o servicios	<input type="checkbox"/>	
(3)	Profesión liberal	<input type="checkbox"/>	
(4)	Pequeño empresario, comerciante	<input type="checkbox"/>	
(5)	Trabajador por cuenta propia	<input type="checkbox"/>	
(6)	Cuadro medio (técnico, perito, etc.)	<input type="checkbox"/>	
(7)	Propietario agrícola (pequeño)	<input type="checkbox"/>	
(8)	Empleado, administrativo, funcionario	<input type="checkbox"/>	
(9)	Obrero (no cualificado) de Industria, Agricultura o Servicios	<input type="checkbox"/>	
(10)	En paro	<input type="checkbox"/>	
(11)	Pensionista o jubilado	<input type="checkbox"/>	
(12)	Sus labores	<input type="checkbox"/>	
(13)	Nc/Nd	<input type="checkbox"/>	
8.	<i>¿Conoce usted personalmente algún/os enfermo/s mental/es?</i>		
(1)	Si	<input type="checkbox"/>	(13)
(2)	No	<input type="checkbox"/>	
9.	<i>¿Qué relación tiene con ellos?</i>		
(1)	Es un familiar	<input type="checkbox"/>	(14)
(2)	Es un amigo/a	<input type="checkbox"/>	
(3)	Es un vecino/a	<input type="checkbox"/>	
(4)	Solamente es un conocido/a	<input type="checkbox"/>	
(5)	Otras relaciones (especificar)	<input type="checkbox"/>	
10.	<i>La información que usted posee sobre las enfermedades mentales son a través de:</i> (M)		
(1)	Lecturas (libros, prensa)	<input type="checkbox"/>	(15)
(2)	La radio, el cine, la televisión	<input type="checkbox"/>	
(3)	Por conversaciones y comentarios de otras personas	<input type="checkbox"/>	
(4)	Por profesionales sanitarios (médicos, psicólogos, ATS)	<input type="checkbox"/>	
(5)	Por experiencia vivida	<input type="checkbox"/>	
(6)	Por "casos" que he conocido	<input type="checkbox"/>	

No escribir
en este margen

11. Sinceramente, ¿cuál es su grado de ACUERDO o DESACUERDO con cada una de las afirmaciones siguientes?:

	Muy de acuerdo	De acuerdo	De acuerdo en ciertas circunstancias	En desacuerdo	En total desacuerdo	Nc/Nd
11. 1. La enfermedad mental es diferente a las demás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. 2. La enfermedad mental en definitiva es un trastorno del sistema nervioso ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. 3. Todas las personas tenemos algo de "locos"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. 4. Los enfermos mentales pueden casarse como cualquier otra persona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. 5. La locura es una enfermedad que se hereda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. 6. Sin embargo, la enfermedad mental se puede prevenir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. 7. Los enfermos mentales son personas peligrosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. 8. En realidad hay más "locos" fuera que dentro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. 9. Personalmente no me importa ser amigo de un enfermo mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.10. Los enfermos mentales deberían tratarse en las mismas clínicas y hospitales como los demás enfermos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.11. Es cierto el "dicho" de que "un loco está más cerca de un genio que de un tonto"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.12. Los enfermos mentales deben votar como cualquier otro ciudadano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.13. Personalmente no me importaría trabajar al lado de un enfermo mental.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.14. Los enfermos mentales son incurables.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.15. Son suficientes los recursos económicos que se emplean para la asistencia psiquiátrica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(16-34)

							No escribir en este margen
11.16. Las enfermedades mentales están causadas por los conflictos de la infancia .	<input type="checkbox"/>						
11.17. Lo mejor es tener <i>encerrados</i> a quienes padecen enfermedades mentales	<input type="checkbox"/>						
11.18. La enfermedad mental es un castigo	<input type="checkbox"/>						
11.19. Las causas de las enfermedades mentales son las actuales condiciones de vida	<input type="checkbox"/>						
11.20. Los enfermos mentales deben trabajar porque mejorarán	<input type="checkbox"/>	(35-46)					
11.21. Los enfermos mentales, después que salen del hospital deberían vivir en la sociedad como cualquier otra persona.	<input type="checkbox"/>						
11.22. Una causa de la enfermedad mental es la falta de amor	<input type="checkbox"/>						
11.23. A los enfermos mentales se les debería prohibir los actos religiosos	<input type="checkbox"/>						
11.24. Los manicomios deberían estar fuera de las ciudades	<input type="checkbox"/>						
11.25. Alguien que ha estado en un manicomio no podrá volver a ser la misma persona que antes	<input type="checkbox"/>						
11.26. Aún más, quien haya sido tratado en un Servicio Psiquiátrico tampoco podrá volver a ser la misma persona .	<input type="checkbox"/>						
11.27. Los enfermos mentales son seres útiles a la sociedad	<input type="checkbox"/>						
11.28. Los "manicomios" deberían desaparecer	<input type="checkbox"/>						
11.29. Muchos enfermos mentales trabajarian como cualquier otra persona si encontraran trabajo	<input type="checkbox"/>						
11.30. ¿Cuál es su postura sobre el dicho "los locos por el palo se vuelven cuerdos"?	<input type="checkbox"/>						
11.31. Estar loco es haber perdido la inteligencia	<input type="checkbox"/>						
12. ¿Cuál es su sentimiento frente a un enfermo mental?: (M)							
(1) Miedo	<input type="checkbox"/>						
(2) Indiferencia	<input type="checkbox"/>						
(3) Deseo de Ayudarle	<input type="checkbox"/>						
(4) Desprecio	<input type="checkbox"/>						
(5) Respeto	<input type="checkbox"/>						
(6) Lástima	<input type="checkbox"/>						
(7) Preocupación	<input type="checkbox"/>						
(8) Pánico o terror	<input type="checkbox"/>						

No escribir
en este margen

- (9) Simplemente malestar
(10) El temor a que me pase a mí lo mismo

13. A su juicio, ¿cuál debería ser el tratamiento mejor para los enfermos mentales?

- (1) Con medicamentos
(2) Ayuda psicológica
(3) Ayuda social
(4) Otros (especificar)
(5) Nc/Nd

(48)

14. ¿Dónde debería vivir habitualmente un enfermo mental?

- (1) En casa con su familia
(2) En un hospital psiquiátrico
(3) En una clínica privada
(4) En una sala de psiquiatría de un hospital general
(5) En un piso con otros enfermos

(49)

15. En el caso de que usted padeciese una enfermedad mental, ¿dónde preferiría que le tratasen?

- (1) En su domicilio con su familia
(2) En un hospital psiquiátrico
(3) En una sala de psiquiatría perteneciente a la Seguridad Social
(4) En una sala de psiquiatría de un hospital general no de la Seguridad Social
(5) En una sala de psiquiatría de un hospital universitario
(6) En un hospital privado

(50)

(Y ahora dos preguntas sobre su persona,
recordándole que es confidencial)

16. Autoposición política:

- (1) Extrema derecha
(2) Centro derecha
(3) Centro
(4) Centro izquierda
(5) Extrema izquierda
(6) Apolítico
(7) Izquierda
(8) Derecha
(9) Anarquista
(10) Nc/Nd

(51)

No escribir
en este margen

17. Autocalificación religiosa:

- | | | |
|--|--------------------------|------|
| (1) Indiferente | <input type="checkbox"/> | (52) |
| (2) Católico y no practicante | <input type="checkbox"/> | |
| (3) Católico no muy practicante | <input type="checkbox"/> | |
| (4) Católico practicante | <input type="checkbox"/> | |
| (5) Muy buen católico | <input type="checkbox"/> | |
| (6) De otra religión no católica | <input type="checkbox"/> | |
| (7) No creyente | <input type="checkbox"/> | |
| (8) Nc/Nd | <input type="checkbox"/> | |

¿Qué desea añadir acerca de lo que le hemos preguntado?

Muchas gracias por su atención

DATOS DE IDENTIFICACION Y CONTROL

ENTREVISTADOR:

FECHA (Día, mes, año):

LUGAR:

HORA DE COMIENZO:

HORA DE TERMINACION:

DURACION:

CIRCUNSTANCIAS:

OBSERVACIONES:



Institución Gran Duque de Alba

**ESTUDIO SOCIOLOGICO
SOBRE LAS ENFERMEDADES MENTALES EN AVILA**

Q. B.

El Servicio de Psiquiatría del Hospital Psiquiátrico de Avila está realizando una ENCUESTA sobre la enfermedad mental (entendida *esta enfermedad como los trastornos de aquellas personas que tienen que ingresar en Hospitales Psiquiátricos*). Este estudio pretende conocer las opiniones de usted sobre el tema. De antemano le garantizamos la confidencialidad de sus respuestas. Rogamos conteste al cuestionario con plena libertad. Gracias por su colaboración.

1. Sexo:

- (1) Hombre
(2) Mujer

2. Edad (Años cumplidos):

- (1) 18-27 años
(2) 28-37 años
(3) 38-47 años
(4) 48-57 años
(5) 58-67 años
(6) 68-77 años
(7) 78 y más años

3. ¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en psiquiatría?:

- (1) De 1 a 6 meses
(2) De 6 meses a 1 año
(3) Más de 1 año
(4) Más de 2 años
(5) Más de 3 años

	Muy de acuerdo	De acuerdo	De acuerdo en ciertas circunstancias	En desacuerdo	En total desacuerdo	No/Nd
4. Sinceramente, ¿cuál es su grado de ACUERDO o DESACUERDO con cada una de las afirmaciones siguientes?:						
4. 1. La enfermedad mental es diferente a las demás ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 2. La enfermedad mental en definitiva es un trastorno del sistema nervioso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 3. Todas las personas tenemos algo de "locos"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 4. Los enfermos mentales pueden casarse como cualquier otra persona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 5. La locura es una enfermedad que se hereda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 6. Sin embargo, la enfermedad mental se puede prevenir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 7. Los enfermos mentales son personas peligrosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 8. En realidad hay más "locos" fuera que dentro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 9. Personalmente no me importa ser amigo de un enfermo mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.10. Los enfermos mentales deberían tratarse en las mismas clínicas y hospitales como los demás enfermos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.11. Es cierto el "dicho" de que "un loco está más cerca de un genio que de un tonto"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.12. Los enfermos mentales deben votar como cualquier otro ciudadano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.13. Personalmente no me importaría trabajar al lado de un enfermo mental.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.14. Los enfermos mentales son incurables.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.15. Son suficientes los recursos económicos que se emplean para la asistencia psiquiátrica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.16. Las enfermedades mentales están causadas por los conflictos de la infancia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.17. Lo mejor es tener <i>encerrados</i> a quienes padecen enfermedades mentales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.18. La enfermedad mental es un castigo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.19. Las causas de las enfermedades mentales son las actuales condiciones de vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.20. Los enfermos mentales deben trabajar porque mejorarán	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.21. Los enfermos mentales, después que salen del hospital deberían vivir en la sociedad como cualquier otra persona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.22. Una causa de la enfermedad mental es la falta de amor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.23. A los enfermos mentales se les debería prohibir los actos religiosos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.24. Los manicomios deberían estar fuera de las ciudades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- | | Muy de acuerdo | De acuerdo | De acuerdo en ciertas circunstancias | En desacuerdo | En total desacuerdo | Nc/Nd |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 4.25. Alguien que ha estado en un manicomio no podrá volver a ser la misma persona que antes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4.26. Aún más, quien haya sido tratado en un Servicio Psiquiátrico tampoco podrá volver a ser la misma persona | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4.27. Los enfermos mentales son seres útiles a la sociedad | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4.28. Los "manicomios" deberían desaparecer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4.29. Muchos enfermos mentales trabajarían como cualquier otra persona si encontraran trabajo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4.30. ¿Cuál es su postura sobre el dicho "los locos por el palo se vuelven cierdos"? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4.31. Estar loco es haber perdido la inteligencia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

5. *Reflexione y señale cuáles eran sus sentimientos frente a un enfermo mental previos a su trabajo en el hospital y actualmente:*

(M)

	Antes	Ahora
(1) Miedo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) Indiferencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) Deseo de Ayudarle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4) Desprecio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5) Respeto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(6) Lástima	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(7) Preocupación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(8) Pánico o terror	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(9) Simplemente malestar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(10) El temor a que me pase a mí lo mismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. *A su juicio, ¿cuál debería ser el tratamiento mejor para los enfermos mentales?*

- | | |
|-------------------------------|--------------------------|
| (1) Con medicamentos | <input type="checkbox"/> |
| (2) Ayuda psicológica | <input type="checkbox"/> |
| (3) Ayuda social | <input type="checkbox"/> |
| (4) Otros (especificar) | <input type="checkbox"/> |
| (5) Nc/Nd | <input type="checkbox"/> |

7. ¿Dónde debería vivir habitualmente un enfermo mental?

- (1) En casa con su familia
- (2) En un hospital psiquiátrico
- (3) En una clínica privada
- (4) En una sala de psiquiatría de un hospital general
- (5) En un piso con otros enfermos

8. En el caso de que usted padeciese una enfermedad mental, ¿dónde preferiría que le tratasen?

- (1) En su domicilio con su familia
- (2) En un hospital psiquiátrico
- (3) En una sala de psiquiatría perteneciente a la Seguridad Social
- (4) En una sala de psiquiatría de un hospital general no de la Seguridad Social
- (5) En una sala de psiquiatría de un hospital universitario
- (6) En un hospital privado

¿Qué desea añadir acerca de lo que le hemos preguntado?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Muchas gracias por su atención

DATOS DE IDENTIFICACION Y CONTROL

ENTREVISTADOR:

FECHA (Día, mes, año):

LUGAR:

HORA DE COMIENZO:

HORA DE TERMINACION:

DURACION:

CIRCUNSTANCIAS:

OBSERVACIONES:



Q. C.

1. Sexo:

- (1) Hombre
(2) Mujer

2. Grupos de edad (años):

- (1) Hasta 30
(2) De 31 a 40
(3) De 41 a 50
(4) De 51 a 60
(5) 60 o más

3. Años que lleva ejerciendo:

- (1) Menos de 5
(2) De 5 a 10
(3) Más de 10

4. Residencia profesional en la actualidad:

- (1) Avila capital
(2) Avila provincia

5. Ejerce usted como:

- (1) Médico General
(2) Especialista (especificar si se desea)

6. Personalmente y con absoluta sinceridad, ¿cómo cree usted conocer la problemática de la enfermedad mental en Avila y su provincia?

- (1) Perfectamente
(2) La conozco suficientemente para poder opinar
(3) Conozco sólo datos generales
(4) La conozco de manera elemental
(5) En realidad casi no la conozco

7. *Desde su perspectiva profesional, ¿cuál es la situación actual de la asistencia a los enfermos mentales en Ávila?*

- (1) Muy buena
- (2) Buena
- (3) Aceptable
- (4) Mala
- (5) Muy mala

8. *¿Qué porcentaje aproximado de sus consultas estima que se deben a problemática psicológico-psiquiátrica preferentemente?*

- (1) Menos del 5%
- (2) Del 5% al 10%
- (3) Del 11% al 25%
- (4) Del 26% al 40%
- (5) Del 41% al 55%
- (6) Del 56% al 70%
- (7) Más del 70%

9. *¿Cree usted que en el estado actual de la Psiquiatría se obtiene un resultado terapeútico satisfactorio?*

- (1) En la mayoría de los casos
- (2) En bastantes casos
- (3) En algunos casos
- (4) En pocos casos
- (5) En ningún caso

Muy de acuerdo
De acuerdo
De acuerdo en ciertas circunstancias
En desacuerdo
En total desacuerdo
Nc/Nd

10. *Sinceramente: ¿cuál es su grado de ACUERDO o DESACUERDO con cada uno de los cambios ya en marcha o de próxima implantación?:*

- 10.1. Ley 13/1983 publicada en el *BOE* del 26 de octubre del mismo año, que pone en manos del juez el internamiento involuntario que antes podía ser por orden facultativa, judicial o gubernativa
- 10.2. Principios del Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica:
- I. El sistema general de la salud debe integrar la atención psiquiátrica y la promoción de la salud mental, asumiendo los aspectos bio-psico-sociales del enfermar

Muy de acuerdo	<input type="checkbox"/>					
De acuerdo	<input type="checkbox"/>					
De acuerdo en ciertas circunstancias	<input type="checkbox"/>					
En desacuerdo	<input type="checkbox"/>					
En total desacuerdo	<input type="checkbox"/>					
Nc/Nd	<input type="checkbox"/>					

- VI. El enfermo mental debe ser contemplado como un paciente más del sistema general de atención a la salud
- XVII. La atención psiquiátrica se realizará, preferentemente, fuera del ámbito hospitalario
- XIX. La duración de la hospitalización estará siempre en función de criterios terapéuticos
- XX. Los ingresos por causa psíquica han de ir realizándose progresivamente en el hospital general
- XXI. Los hospitales generales han de ir contemplando la atención psicológica y psiquiátrica como un elemento más de sus prestaciones asistenciales
- XXIV. La unidad psiquiátrica del hospital general formará parte de la unidad de salud mental del área, cubriendo las funciones asistenciales, docentes e investigadoras que le correspondan
- XXV. Es preciso incentivar la puesta en marcha de los planes específicos para los hospitales psiquiátricos, orientados hacia su transformación y progresiva superación, simultaneados con acciones alternativas fuera de los mismos y dentro de las áreas de salud
- XXVII. Los hospitales psiquiátricos deben reducir progresivamente su número de camas; preparar a sus pacientes institucionalizados mediante el desarrollo de programas interdisciplinares, para una futura externación y actualizar y formar a sus profesionales en otras formas de atención psiquiátrica
- XXX. La atención psiquiátrica de urgencia estará integrada en el sistema general de urgencias, como apoyatura de dichos servicios

Si desea añadir algo puede hacerlo en este espacio o continuar en folios aparte.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

POR FAVOR: No olvide enviar sus respuestas cuanto antes a la dirección indicada.

Hospital Psiquiátrico Provincial.
A la atención del Doctor Domínguez.
05003 AVILA.



**INSTITUTO NEUROPSQUIATRICO PROVINCIAL
DE AVILA
SERVICIO DE PSIQUIATRIA
Jefe de Servicio
Dr. P. Domínguez González**

Estimado compañero:

El Servicio de Psiquiatría del Hospital Psiquiátrico está realizando un estudio sobre la enfermedad mental en Avila.

Creemos que Usted puede, de manera especial, ayudarnos aportando un autorizado criterio para enriquecer lo que por diversos procedimientos técnicos estamos recopilando en relación con los temas de esta investigación que será fundamental para la planificación de la asistencia a estos enfermos en nuestra provincia.

Buscamos a través del cuestionario adjunto facilitar que Usted responda con plena libertad y confidencialidad si lo desea.

Agradecemos de antemano su colaboración y atención según le dicte su experiencia profesional y su recto criterio.

Rogamos que nos envíe sus respuestas en el sobre adjunto previamente franqueado y preparado a tal efecto, antes del fin del presente año, 1985.

Reciba un cordial saludo.

8.2. Textos motivadores: radiofónico y prensa local

TEXTO

Los Servicios de Psiquiatría y Psicología del Hospital Psiquiátrico Provincial de Avila están realizando un estudio sobre la enfermedad mental y la droga.

¡AYUDANOS EN ESTE TRABAJO UTIL PARA TODOS!

Música: "Sinfonía Nuevo Mundo", de Dvorak (Tercer Movimiento).

Por los servicios del Hospital Psiquiátrico

**Estudio sobre la enfermedad mental
y el problema de la droga**

Los Servicios de Psicología y Psiquiatría del Hospital Psiquiátrico Provincial de Avila están realizando un estudio sobre enfermedad mental y el problema de la droga, en nuestra capital y provincia. Para llevar a cabo el estudio se está efectuando una encuesta entre cerca de 1.000 personas. El estudio lo están realizando los doctores Pedro

Domínguez González, jefe del Servicio de Psiquiatría del Hospital Psiquiátrico, que se ocupa del tema de la enfermedad mental y Carmen Muñoz Martín, psicóloga del Hospital, que se encarga de los aspectos relativos a la problemática de la droga.

Del estudio se espera que se puedan obtener importantes conclusiones.

8.3. TABLAS

8.3.1. TABLAS Q. A.

% VERTICALES

SEXO

EDAD

RELACION

	TOTAL	Hombre	Mujer	18 a 27	28 a 37	38 a 47	48 a 57	58 a 67	68 a 77	78 y más	Familiar	Otra relac.
TOTAL	565	276	289	137	108	94	90	65	50	21	84	243
P.1.—SEXO												
Hombre	48,8	100,0	—	48,2	48,1	51,1	51,1	47,7	48,0	42,9	41,7	55,1
Mujer	51,2	—	100,0	51,8	51,9	48,9	48,9	52,3	52,0	57,1	58,3	44,9
P.2.—EDAD												
18 a 27	24,2	23,9	24,6	100,0	—	—	—	—	—	—	19,0	25,1
28 a 37	19,1	18,8	19,4	—	100,0	—	—	—	—	—	20,2	23,0
38 a 47	16,6	17,4	15,9	—	—	100,0	—	—	—	—	16,7	16,5
48 a 57	15,9	16,7	15,2	—	—	—	100,0	—	—	—	17,9	16,9
58 a 67	11,5	11,2	11,8	—	—	—	—	100,0	—	—	8,3	7,0
68 a 77	8,8	8,7	9,0	—	—	—	—	—	100,0	—	13,1	9,1
78 y más	3,7	3,3	4,2	—	—	—	—	—	—	100,0	4,8	2,5
P.3.—ESTADO CIVIL												
Soltero	32,9	34,8	31,1	80,3	29,6	17,0	12,2	13,8	12,0	9,5	23,8	36,6
Casado	56,5	56,9	56,1	19,7	68,5	79,8	83,3	61,5	50,0	14,3	63,1	54,3
Viudo	9,9	7,6	12,1	—	0,9	2,1	4,4	21,5	38,0	76,2	13,1	8,2
Otra situación	0,7	0,7	0,7	—	0,9	1,1	—	3,1	—	—	—	0,8
P.4.—LUGAR DE NACIMIENTO												
Avila capital	46,4	50,0	42,9	59,9	51,9	52,1	36,7	38,5	28,0	14,3	47,6	45,3
Avila provincia	36,3	34,4	38,1	26,3	25,9	28,7	44,4	47,7	64,0	52,4	34,5	38,3
Otra capital prov.	11,5	9,8	13,1	11,7	16,7	11,7	13,3	9,2	—	9,5	11,9	11,5
Pblos. otr. prov.	5,5	5,8	5,2	1,5	5,6	7,4	5,6	4,6	8,0	19,0	6,0	4,9
Extranjero	0,2	—	0,3	0,7	—	—	—	—	—	—	—	—
Nc/Nd	0,2	—	0,3	—	—	—	—	—	—	4,8	—	—

% VERTICALES

	SEXO		EDAD						RELACION			
	TOTAL	Hombre	Mujer	18 a 27	28 a 37	38 a 47	48 a 57	58 a 67	68 a 77	78 y más	Familiar	Otra relac.
TOTAL	565	276	289	137	108	94	90	65	50	21	84	243
P.5.—ESTUDIOS TERMINADOS												
Titul. superior	9,7	9,4	10,0	8,8	20,4	12,8	4,4	4,6	4,0	—	10,7	11,5
Titul. medio	9,9	11,6	8,3	9,5	13,0	18,1	4,4	3,1	10,0	4,8	8,3	12,8
Bach. superior	15,2	15,6	14,9	40,1	16,7	4,3	6,7	3,1	2,0	—	13,1	17,7
Bach. elemental	9,9	10,9	9,0	17,5	13,0	5,3	8,9	4,6	4,0	—	8,3	9,1
Formación prof.	3,0	3,6	2,4	5,8	3,7	3,2	1,1	1,5	—	—	2,4	3,7
Primaria	39,3	37,7	40,8	18,2	27,8	47,9	61,1	49,2	54,0	38,1	35,7	36,6
No escolaridad	12,9	11,2	14,5	—	5,6	8,5	13,3	33,8	26,0	57,1	21,4	8,6
P.6.—SITUACION LABORAL												
Estudia	13,8	11,6	15,9	51,8	3,7	1,1	2,2	—	—	—	8,3	17,3
Trabaja (activo)	40,7	58,0	24,2	30,7	62,0	63,8	44,4	24,6	10,0	—	39,3	45,7
Paro cobrando	3,0	5,1	1,0	2,9	2,8	3,2	5,6	3,1	—	—	—	3,3
Paro sin cobrar	6,9	5,8	8,0	15,3	10,2	3,2	1,1	1,5	2,0	4,8	6,0	8,6
Jubilado	15,8	19,6	12,1	—	0,9	1,1	12,2	40,0	66,0	81,0	20,2	11,5
Sus labores	21,6	0,4	41,9	2,2	23,1	28,7	34,4	33,8	22,0	14,3	27,4	15,6
Nc/Nd	0,4	0,7	—	0,7	—	—	1,1	—	—	—	—	0,4
P.7.—ACTIVIDAD PROFESIONAL												
Prop. agric. gr.	0,9	1,4	0,3	1,5	0,9	—	1,1	1,5	—	—	—	1,6
Empresar./direct.	1,4	1,4	1,4	0,7	1,9	3,2	1,1	1,5	—	—	—	2,5
Profes. liberal	4,4	5,1	3,8	4,4	7,4	7,4	2,2	3,1	—	—	4,8	5,3
Peq. empresario	3,7	5,1	2,4	4,4	3,7	6,4	3,3	3,1	—	—	6,0	4,5
Trabaj. c./propia	1,8	2,9	0,7	1,5	3,7	1,1	3,3	—	—	—	—	1,6
Cuadro medio	2,3	4,0	0,7	1,5	4,6	4,3	1,1	1,5	—	—	—	3,3
Prop. agric. peq.	0,7	1,4	—	—	0,9	1,1	1,1	—	2,0	—	1,2	0,8

(pasa a página siguiente)

% VERTICALES

	SEXO			EDAD						RELACION		
	TOTAL	Hombre	Mujer	18 a 27	28 a 37	38 a 47	48 a 57	58 a 67	68 a 77	78 y más	Familiar	Otra relac.
TOTAL	565	276	289	137	108	94	90	65	50	21	84	243
Empleado/admin.	18,2	25,7	11,1	14,6	26,9	22,3	18,9	13,8	14,0	—	13,1	21,0
Obrero no cualif.	12,0	19,6	4,8	8,8	13,0	1,1	18,9	6,2	8,0	14,3	14,3	11,5
En paro	6,0	4,7	7,3	8,8	9,3	4,3	4,4	4,6	2,0	—	6,0	7,4
Pensionist/jubil.	9,7	12,3	7,3	4,4	—	—	4,4	21,5	38,0	57,1	8,3	8,6
Sus labores	6,4	2,2	10,4	—	4,6	7,4	5,6	13,8	16,0	9,5	8,3	4,5
Nc/Nd	32,4	14,1	49,8	49,6	23,1	27,7	34,4	29,2	20,4	19,0	38,1	27,2

P.8.—¿CONOCE PERSONALMENTE ALGUN ENFERMO MENTAL?

Sí	51,5	54,0	49,1	49,6	59,3	55,3	56,7	30,8	54,0	42,9	97,6	85,2
No	48,1	45,7	50,5	50,4	40,7	43,6	42,2	69,2	46,0	57,1	2,4	14,8
Nc/Nd	0,4	0,4	0,3	—	—	1,1	1,1	—	—	—	—	—

P.9.—RELACION CON ELLOS

Familiar	14,9	12,7	17,0	11,7	15,7	14,9	16,7	10,8	22,0	19,0	100,0	—
Amigo	6,4	7,6	5,2	12,4	5,6	8,5	3,3	3,1	—	—	—	14,8
Vecino	6,0	6,5	5,5	3,6	5,6	7,4	10,0	1,5	12,0	—	—	14,0
Sólo conocido	21,4	25,7	17,3	18,2	25,9	17,0	25,6	16,9	26,0	23,8	—	49,8
Otras relaciones	9,2	8,7	9,7	10,2	14,8	9,6	6,7	4,6	6,0	4,8	—	21,4
Nc/Nd	42,1	38,8	45,2	43,8	32,4	42,6	37,8	63,1	34,0	52,4	—	—

P.10.—LA INFORMACION QUE POSEE SOBRE ENFERMEDADES MENTALES SON A TRAVES DE...

Lecturas	31,9	33,0	30,8	43,1	49,1	35,1	15,6	18,5	14,0	9,5	29,8	37,4
Radio/cine/tv.	45,3	43,1	47,4	40,1	49,1	51,1	43,3	55,4	40,0	23,8	36,9	34,2
Convers. otr. per.	36,5	34,8	38,1	38,7	38,0	38,3	32,2	30,8	38,0	38,1	26,2	37,4
Prof. sanitarios	12,6	13,0	12,1	17,5	16,7	13,8	11,1	6,2	4,0	—	13,1	19,3

(pasa a página siguiente)

	SEXO		EDAD						RELACION			
	TOTAL	Hombre	Mujer	18 a 27	28 a 37	38 a 47	48 a 57	58 a 67	68 a 77	78 y más	Familiar	Otra relac.
TOTAL	565	276	289	137	108	94	90	65	50	21	84	243
Experienc. vivida	14,2	12,3	15,9	12,4	16,7	13,8	16,7	10,8	12,0	19,0	41,7	16,0
Casos he conocid.	25,1	26,4	23,9	19,7	20,4	21,3	38,9	21,5	34,0	33,3	40,5	39,5
Nc/Nd	3,5	5,1	2,1	4,4	0,9	3,2	1,1	4,6	6,0	14,3	1,2	1,6

P.11.—GRADO DE ACUERDO O DESACUERDO
CON LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES

1. *La enfermedad mental es diferente a las demás*

Muy de acuerdo	17,3	19,2	15,6	13,9	17,6	18,1	11,1	29,2	16,0	28,6	13,1	19,8
De acuerdo	49,2	47,1	51,2	51,8	41,7	47,9	55,6	47,7	56,0	38,1	51,2	48,1
Acuer. ciert. circ.	6,0	5,8	6,2	9,5	9,3	4,3	3,3	3,1	2,0	4,8	6,0	7,4
En desacuerdo	18,6	19,2	18,0	19,0	25,0	19,1	20,0	7,7	16,0	14,3	20,2	18,9
Total desacuerdo	5,7	4,7	6,6	5,1	4,6	9,6	4,4	7,7	4,0	—	7,1	4,9
Nc/Nd	3,2	4,0	2,4	0,7	1,9	1,1	5,6	4,6	6,0	14,3	2,4	0,8

2. *La enfermedad mental en definitiva
es un trastorno de sistema nervioso*

Muy de acuerdo	13,1	12,0	14,2	13,9	8,3	18,1	10,0	20,0	10,0	9,5	15,5	13,6
De acuerdo	54,7	52,2	57,1	48,9	57,4	52,1	64,4	50,8	58,0	2,4	44,0	52,7
Acuer. ciert. circ.	13,8	15,9	11,8	15,3	17,6	17,0	14,4	9,2	4,0	4,8	14,3	16,5
En desacuerdo	6,4	6,5	6,2	11,7	5,6	5,3	5,6	3,1	4,0	—	10,7	9,1
Total desacuerdo	1,1	1,4	0,7	1,5	0,9	1,1	1,1	1,5	—	—	2,4	0,8
Nc/Nd	11,0	12,0	10,0	8,8	10,2	6,4	4,4	15,4	24,0	33,3	13,1	7,4

3. *Todas las personas tenemos algo de "locos"*

Muy de acuerdo	12,7	13,0	12,5	14,6	13,9	9,6	7,8	16,9	20,0	—	10,7	15,2
De acuerdo	58,7	56,2	60,9	65,0	58,3	58,5	60,0	49,2	50,0	61,9	56,0	60,5
Acuer. ciert. circ.	12,4	13,8	11,1	8,8	11,1	12,8	16,7	18,5	10,0	9,5	13,1	11,5

(pasa a página siguiente)

	% VERTICALES											
	SEXO		EDAD						RELACION			
	TOTAL	Hombre	Mujer	18 a 27	28 a 37	38 a 47	48 a 57	58 a 67	68 a 77	78 y más	Familiar Otra relac.	
TOTAL	565	276	289	137	108	94	90	65	50	21	84	243
En desacuerdo	10,1	10,5	9,7	8,0	11,1	13,8	10,0	12,3	6,0	4,8	13,1	7,8
Total desacuerdo	2,3	3,3	1,4	2,2	1,9	1,1	2,2	1,5	6,0	4,8	2,4	1,6
Nc/Nd	3,9	3,3	4,5	1,5	3,7	4,3	3,3	1,5	8,0	19,0	4,8	3,3
<i>4. Los enfermos mentales pueden casarse como cualquier otra persona</i>												
Muy de acuerdo	4,1	6,9	1,4	8,0	1,9	4,3	1,1	3,1	2,0	9,5	7,1	4,9
De acuerdo	26,5	27,9	25,3	32,8	33,3	28,7	15,6	23,1	16,0	23,8	17,9	22,2
Acuer. ciert. circ.	25,0	21,7	28,0	28,5	29,6	19,1	28,9	18,5	22,0	14,3	22,6	23,9
En desacuerdo	26,7	26,1	27,3	19,0	18,5	35,1	32,2	30,8	34,0	28,6	23,8	31,7
Total desacuerdo	11,2	10,1	12,1	5,8	12,0	35,1	12,2	16,9	18,0	14,3	22,6	10,7
Nc/Nd	6,5	7,2	5,9	5,8	4,6	8,5	10,0	7,7	8,0	9,5	6,0	6,6
<i>5. La locura es una enfermedad que se hereda</i>												
Muy de acuerdo	2,5	1,4	3,5	2,9	1,9	2,1	3,3	3,1	2,0	—	3,6	2,5
De acuerdo	17,2	15,2	19,0	8,0	11,1	19,1	25,6	27,7	20,0	23,8	15,5	15,6
Acuer. ciert. circ.	22,1	20,7	23,5	21,9	28,7	31,9	13,3	15,4	16,0	19,0	25,0	22,2
En desacuerdo	31,0	33,7	28,4	42,3	34,3	26,6	30,0	23,1	18,0	19,0	28,6	34,2
Total desacuerdo	10,4	12,7	8,3	14,6	13,0	4,3	6,7	13,8	12,0	—	9,6	12,3
Nc/Nd	16,8	16,3	17,3	10,2	11,1	16,0	21,1	16,9	32,0	38,1	17,9	13,2
<i>6. Sin embargo, la enfermedad mental se puede prevenir</i>												
Muy de acuerdo	10,3	10,1	10,4	13,1	11,1	10,6	6,7	7,7	14,0	—	13,1	12,8
De acuerdo	43,5	41,7	45,3	46,0	48,1	39,4	4,3	44,6	30,0	52,4	41,7	43,6
Acuer. ciert. circ.	22,1	25,0	19,4	19,7	22,2	30,9	24,4	21,5	16,0	4,8	14,3	21,4
En desacuerdo	8,3	9,4	7,3	8,8	8,3	7,4	6,7	7,7	10,0	14,3	13,1	8,2
Total desacuerdo	3,4	4,3	2,4	3,6	2,4	1,1	4,4	3,1	6,0	4,8	4,8	3,7
Nc/Nd	12,4	9,4	15,2	8,8	7,4	10,6	14,4	15,4	24,0	23,8	13,1	10,3

(pasa a página siguiente)

	% VERTICALES										
SEXO	EDAD					RELACION					
	TOTAL	Hombre	Mujer	18 a 27	28 a 37	38 a 47	48 a 57	58 a 67	68 a 77	78 y más	Familiar Otra relac.
TOTAL	565	276	289	137	108	94	90	65	50	21	84 243
<i>7. Los enfermos mentales son personas peligrosas</i>											
Muy de acuerdo	3,7	2,9	4,5	1,5	1,9	1,1	6,7	7,7	8,0	4,8	2,4 3,3
De acuerdo	14,3	13,0	15,6	5,1	13,0	16,0	23,3	13,8	22,0	19,0	11,9 11,5
Acuer. ciert. circ.	47,1	49,6	44,6	43,1	38,0	47,9	52,2	58,5	48,0	57,1	40,5 48,1
En desacuerdo	20,9	22,8	19,0	31,4	36,1	18,1	7,8	9,2	10,0	4,8	22,6 23,0
Total desacuerdo	10,1	8,3	11,8	13,1	8,3	16,0	7,8	6,2	8,0	—	17,9 10,3
Nc/Nd	3,9	3,3	4,5	5,8	2,8	1,1	2,2	4,6	4,0	14,3	4,8 3,7
<i>8. En realidad hay más "locos" fuera que dentro</i>											
Muy de acuerdo	12,6	13,0	12,1	15,3	11,1	11,7	8,9	20,0	8,0	9,5	8,3 13,6
De acuerdo	47,3	46,7	47,8	42,3	46,3	44,7	56,7	47,7	46,0	57,1	41,7 49,8
Acuer. ciert. circ.	8,5	9,4	7,6	13,1	7,4	10,6	4,4	6,2	8,0	—	10,7 10,3
En desacuerdo	14,5	14,1	14,9	15,3	14,8	17,0	13,3	12,3	16,0	4,8	15,5 11,9
Total desacuerdo	5,5	5,8	5,2	2,9	4,6	6,4	7,8	3,1	14,0	—	7,1 4,9
Nc/Nd	11,7	10,9	12,5	10,9	15,7	9,6	8,9	10,8	8,0	28,6	16,7 9,5
<i>9. Personalmente no me importaría ser amigo de un enfermo mental</i>											
Muy de acuerdo	19,3	18,5	20,1	24,1	17,6	24,5	14,4	13,8	20,0	9,5	22,6 21,8
De acuerdo	59,5	61,2	57,8	59,9	63,9	66,0	58,9	56,9	48,0	42,9	59,5 58,4
Acuer. ciert. circ.	11,7	12,0	11,4	10,9	9,3	7,4	13,3	18,5	14,0	14,3	7,1 11,5
En desacuerdo	5,1	4,3	5,9	3,6	3,7	2,1	7,8	6,2	6,0	19,0	7,1 3,7
Total desacuerdo	2,5	1,4	3,5	—	4,6	—	1,1	4,6	10,0	—	1,2 2,9
Nc/Nd	1,9	2,5	1,4	1,5	0,9	—	4,4	—	2,0	14,3	2,4 1,6
<i>10. Los enfermos mentales deberían tratarse en las mismas clínicas y hospitales como los demás enfermos</i>											
Muy de acuerdo	10,8	12,3	9,3	8,8	9,3	13,8	11,1	18,5	8,0	—	8,3 12,8
											(pasa a página siguiente)

	% VERTICALES											
SEXO	EDAD						RELACION					
	TOTAL	Hombre	Mujer	18 a 27	28 a 37	38 a 47	48 a 57	58 a 67	68 a 77	78 y más	Familiar Otra relac.	
TOTAL	565	276	289	137	108	94	90	65	50	21	84	243
En desacuerdo	10,6	9,8	11,4	9,5	6,5	5,3	16,7	9,2	18,0	23,8	7,1	11,1
Total desacuerdo	3,5	2,9	4,2	1,5	1,9	5,3	3,3	4,6	8,0	4,8	2,4	2,5
Nc/Nd	4,8	3,6	5,9	1,5	5,6	4,3	2,2	4,6	12,0	19,0	6,0	3,7
<i>14. Los enfermos mentales son incurables</i>												
Muy de acuerdo	2,8	2,9	2,8	1,5	3,7	—	4,4	3,1	6,0	4,8	1,2	3,3
De acuerdo	10,8	10,9	10,7	6,6	10,2	11,7	8,9	16,9	12,0	23,8	19,0	7,8
Acuer. ciert. circ.	27,8	28,3	27,3	19,7	25,0	26,6	37,8	33,8	34,0	23,8	31,0	29,2
En desacuerdo	31,7	30,4	32,9	40,1	32,4	29,8	32,2	29,2	18,0	19,0	16,7	32,1
Total desacuerdo	18,9	17,8	20,1	27,0	25,0	19,1	8,9	10,8	20,0	—	26,2	20,6
Nc/Nd	8,0	9,8	6,2	5,1	3,7	12,8	7,8	6,2	10,0	28,6	6,0	7,0
<i>15. Son insuficientes los recursos económicos que se emplean para la asistencia psiquiátrica</i>												
Muy de acuerdo	1,1	1,8	0,3	1,5	0,9	2,1	—	1,5	—	—	1,2	1,2
De acuerdo	3,9	5,1	2,8	2,2	6,5	1,1	4,4	4,6	4,0	9,5	6,0	3,3
Acuer. ciert. circ.	3,0	3,3	2,8	3,6	1,9	2,1	3,3	6,2	2,0	—	2,4	3,3
En desacuerdo	34,2	33,3	34,9	36,5	30,6	35,1	38,9	30,8	34,0	23,8	26,2	32,1
Total desacuerdo	37,0	35,5	38,4	36,5	42,6	42,6	32,2	38,5	30,0	19,0	45,2	42,8
Nc/Nd	20,9	21,0	20,8	19,7	17,6	17,0	21,1	18,5	30,0	47,6	19,0	17,3
<i>16. Las enfermedades mentales están causadas por los conflictos de la infancia</i>												
Muy de acuerdo	4,4	3,6	5,2	4,4	5,6	3,2	6,7	6,2	—	—	4,8	4,9
De acuerdo	31,9	31,5	32,2	36,5	28,7	30,9	27,8	33,8	36,0	23,8	34,5	30,0
Acuer. ciert. circ.	38,2	37,7	38,8	43,1	43,5	40,4	34,4	33,8	26,0	28,6	36,9	39,1
En desacuerdo	10,4	11,6	9,3	9,5	12,0	8,5	13,3	7,7	14,0	4,8	8,3	12,3
Total desacuerdo	2,7	2,9	2,4	1,5	2,8	4,3	3,3	3,1	2,0	—	—	3,3
Nc/Nd	12,4	12,7	12,1	5,1	7,4	12,8	14,4	15,4	22,0	42,9	15,5	10,3

(pasa a página siguiente)

SEXO	EDAD	% VERTICALES											
							RELACION						
		TOTAL	Hombre	Mujer	18 a 27	28 a 37	38 a 47	48 a 57	58 a 67	68 a 77	78 y más	Familiar	Otra relac.
TOTAL		565	276	289	137	108	94	90	65	50	21	84	243
Acuer. ciert. circ.		17,7	20,3	15,2	21,9	13,0	12,8	17,8	21,5	18,0	23,8	13,1	18,9
En desacuerdo		4,1	5,1	3,1	3,6	2,8	5,3	4,4	3,1	8,0	—	4,8	4,1
Total desacuerdo		0,9	0,7	1,0	1,5	0,9	1,1	—	—	2,0	—	2,4	0,4
Nc/Nd		3,2	4,7	1,7	2,9	3,7	2,1	3,3	3,1	2,0	9,5	3,6	2,9
<i>21. Los enfermos mentales, después que salen del hospital deberían vivir en la sociedad como cualquier otra persona</i>													
Muy de acuerdo		28,7	27,5	29,8	33,6	25,0	34,0	24,4	30,8	24,0	14,3	27,4	32,5
De acuerdo		61,8	61,2	62,3	59,1	65,7	58,5	67,8	60,0	56,0	66,7	59,5	56,4
Acuer. ciert. circ.		6,7	6,9	6,6	4,4	8,3	6,4	3,3	9,2	12,0	9,5	8,3	7,8
En desacuerdo		0,9	1,8	—	1,5	—	1,1	1,1	—	2,0	—	—	1,6
Total desacuerdo		0,2	0,4	—	—	—	—	—	—	2,0	—	1,2	—
Nc/Nd		1,8	2,2	1,4	1,5	0,9	—	3,3	—	4,0	9,5	3,6	1,6
<i>22. Una causa de la enfermedad mental es la falta de amor</i>													
Muy de acuerdo		11,7	9,4	13,8	12,4	6,5	12,8	13,3	18,5	12,0	—	17,9	10,3
De acuerdo		42,7	42,4	42,9	46,7	34,3	40,4	40,0	44,6	54,0	47,6	31,0	43,6
Acuer. ciert. circ.		25,7	25,7	25,6	21,9	36,1	29,8	22,2	21,5	20,0	19,0	31,0	25,9
En desacuerdo		10,4	13,4	7,6	11,7	15,7	12,8	8,9	4,6	—	14,3	13,1	10,3
Total desacuerdo		3,7	4,0	3,5	2,2	2,8	3,2	8,9	3,1	4,0	—	3,6	4,1
Nc/Nd		5,8	5,1	6,6	5,1	4,6	1,1	6,7	7,7	10,0	19,0	3,6	5,8
<i>23. A los enfermos mentales se les debería prohibir los actos religiosos</i>													
Muy de acuerdo		1,6	1,8	1,4	2,9	0,9	3,2	—	—	2,0	—	1,2	2,9
De acuerdo		3,2	2,9	3,5	5,1	1,9	3,2	—	3,1	8,0	—	4,8	3,7
Acuer. ciert. circ.		3,7	3,6	3,8	2,2	2,8	2,1	6,7	7,7	2,0	4,8	2,4	4,9
En desacuerdo		40,4	41,7	39,1	46,7	43,5	38,3	45,6	35,4	20,0	33,3	36,9	39,5
Total desacuerdo		45,8	44,6	47,1	40,1	45,4	51,1	41,1	49,2	58,0	42,9	52,4	44,9
Nc/Nd		5,3	5,4	5,2	2,9	5,6	2,1	6,7	4,6	10,0	19,0	2,4	4,1

(pasa a página siguiente)

SEXO		% VERTICALES											
		EDAD					RELACION						
		TOTAL	Hombre	Mujer	18 a 27	28 a 37	38 a 47	48 a 57	58 a 67	68 a 77	78 y más	Familiar	Otra relac.
TOTAL		565	276	289	137	108	94	90	65	50	21	84	243
<i>24. Los manicomios deberían estar fuera de las ciudades</i>													
Muy de acuerdo		6,9	9,1	4,8	2,9	3,7	5,3	6,7	18,5	12,0	9,5	7,1	4,9
De acuerdo		24,4	26,1	22,8	8,8	13,9	24,5	36,7	32,3	44,0	57,1	26,2	20,6
Acuer. ciert. circ.		11,2	10,9	11,4	11,7	17,6	11,7	11,1	3,1	8,0	4,8	9,5	14,8
En desacuerdo		28,5	26,8	30,1	40,9	33,3	34,0	23,3	15,4	10,0	4,8	22,6	29,6
Total desacuerdo		15,4	15,6	15,2	24,1	17,6	16,0	10,0	13,8	2,0	4,8	15,5	19,3
Nc/Nd		13,6	11,6	15,6	11,7	13,9	8,5	12,2	16,9	24,0	19,0	19,0	10,7
<i>25. Alguien que ha estado en un manicomio no podrá volver a ser la misma persona que antes</i>													
Muy de acuerdo		1,6	1,8	1,4	2,2	0,9	1,1	—	6,2	—	—	—	1,2
De acuerdo		21,6	24,6	18,7	20,4	22,2	21,3	17,8	24,6	28,0	19,0	22,6	19,8
Acuer. ciert. circ.		19,6	18,8	20,4	14,6	24,1	19,1	16,7	24,6	26,0	14,3	20,2	20,6
En desacuerdo		30,3	29,0	31,5	32,8	27,8	33,0	38,9	21,5	22,0	23,8	28,6	31,3
Total desacuerdo		18,6	17,8	19,4	23,4	16,7	18,1	15,6	16,9	16,0	23,8	19,0	20,2
Nc/Nd		8,3	8,0	8,7	6,6	8,3	7,4	11,1	6,2	8,0	19,0	9,5	7,0
<i>26. Aún más, quien haya sido tratado en un servicio psiquiátrico tampoco podrá volver a ser la misma persona</i>													
Muy de acuerdo		2,7	2,9	2,4	2,2	1,9	3,2	1,1	7,7	2,0	—	1,2	1,6
De acuerdo		17,3	19,2	15,6	12,4	14,8	20,2	15,6	18,5	32,0	19,0	20,2	16,9
Acuer. ciert. circ.		16,5	17,4	15,6	10,9	16,7	20,2	20,0	23,1	12,0	9,5	20,2	18,9
En desacuerdo		34,0	30,8	37,0	39,4	37,0	33,0	37,8	26,2	24,0	19,0	29,8	32,5
Total desacuerdo		20,4	20,7	20,1	27,0	23,1	16,0	15,6	16,9	14,0	28,6	21,4	23,5
Nc/Nd		9,2	9,1	9,3	8,0	6,5	7,4	10,0	7,7	16,0	23,8	7,1	6,6
<i>27. Los enfermos mentales son seres útiles a la sociedad</i>													
Muy de acuerdo		7,4	8,7	6,2	8,0	9,3	9,6	5,6	6,2	4,0	4,8	6,0	9,5
De acuerdo		42,1	38,8	45,3	50,4	44,4	40,4	38,9	44,6	28,0	23,8	46,4	41,6

(pasa a página siguiente)

SEXO		EDAD	% VERTICALES									
						RELACION						
			TOTAL	Hombre	Mujer	18 a 27	28 a 37	38 a 47	48 a 57	58 a 67	68 a 77	78 y más
TOTAL	565	276	289	137	108	94	90	65	50	21	84	243
Acuer. ciert. circ.	26,7	27,2	26,3	22,6	28,7	27,7	27,8	21,5	34,0	33,3	17,9	30,5
En desacuerdo	9,7	10,9	8,7	5,8	5,6	10,6	13,3	12,3	14,0	19,0	9,5	9,5
Total desacuerdo	6,4	8,3	4,5	2,9	4,6	7,4	5,6	10,8	14,0	4,8	9,5	4,5
Nc/Nd	7,6	6,2	9,0	10,2	7,4	4,3	8,9	4,6	6,0	14,3	10,7	4,5
28. Los "manicomios" deberían desaparecer												
Muy de acuerdo	9,6	12,7	6,6	12,4	12,0	9,6	6,7	6,2	8,0	4,8	8,3	13,2
De acuerdo	22,1	20,7	23,5	24,8	34,3	21,3	20,0	15,4	8,0	9,5	19,0	23,0
Acuer. ciert. circ.	9,9	10,1	9,7	15,3	8,3	12,8	5,6	7,7	8,0	—	16,7	8,6
En desacuerdo	28,8	26,1	31,5	24,8	23,1	31,9	37,8	29,2	24,0	42,9	23,8	27,2
Total desacuerdo	24,4	24,3	24,6	16,8	19,4	21,3	24,4	38,5	46,0	19,0	29,8	21,8
Nc/Nd	5,1	6,2	4,2	5,8	2,8	3,2	5,6	3,1	6,0	23,8	2,4	6,2
29. Muchos enfermos mentales trabajarían como cualquier otra persona si encontraran trabajo												
Muy de acuerdo	13,5	11,6	15,2	17,5	8,3	12,8	10,0	20,0	14,0	9,5	15,5	15,6
De acuerdo	56,1	52,2	59,9	53,3	64,8	64,9	55,6	46,2	50,0	38,1	47,9	54,3
Acuer. ciert. circ.	15,6	16,7	14,5	16,8	15,7	14,9	12,2	21,5	8,0	23,8	17,9	17,7
En desacuerdo	7,1	10,1	4,2	5,1	5,6	4,3	12,2	7,7	10,0	9,5	7,1	6,2
Total desacuerdo	4,1	5,1	3,1	2,9	2,8	3,2	4,4	4,6	12,0	—	7,1	2,5
Nc/Nd	3,7	4,3	3,1	4,4	2,8	—	5,6	—	6,0	19,0	4,8	3,7
30. ¿Cuál es su postura sobre el "dicho" "los locos por el palo se vuelven ciegos"?												
Muy de acuerdo	0,5	0,7	0,3	0,7	0,9	—	—	1,5	—	—	1,2	0,8
De acuerdo	3,5	3,3	3,8	2,9	0,9	3,2	6,7	4,6	6,0	—	4,8	2,9
Acuer. ciert. circ.	4,1	4,3	3,8	2,2	2,8	1,1	5,6	10,8	6,0	4,8	4,8	3,3
En desacuerdo	26,2	25,7	26,6	23,4	25,9	27,7	32,2	23,1	22,0	33,3	23,8	26,3
Total desacuerdo	55,8	54,3	57,1	62,8	59,3	57,4	47,8	47,7	60,0	33,3	59,5	59,3
Nc/Nd	9,9	11,6	8,3	8,0	10,2	10,6	7,8	12,3	6,0	28,6	6,0	7,4

(pasa a página siguiente)

SEXO	EDAD	% VERTICALES		RELACION									
		TOTAL	Hombre	Mujer	18 a 27	28 a 37	38 a 47	48 a 57	58 a 67	68 a 77	78 y más	Familiar	Otra relac.
TOTAL		565	276	289	137	108	94	90	65	50	21	84	243

31. *Estar loco es haber perdido la inteligencia*

Muy de acuerdo	2,8	1,1	4,5	0,7	0,9	2,1	3,3	10,8	4,0	—	—	1,6
De acuerdo +	15,8	15,6	15,9	3,6	6,5	12,8	21,1	26,2	40,0	42,9	23,8	11,1
Acuer. ciert. circ.	8,3	9,4	7,3	4,4	4,6	9,6	8,9	10,8	16,0	19,0	9,5	7,4
En desacuerdo	36,8	34,8	38,8	39,4	44,4	34,0	44,4	27,7	26,0	14,3	32,1	38,3
Total desacuerdo	28,5	31,2	26,0	47,4	35,2	34,0	13,3	13,8	8,0	4,8	26,2	34,6
Nc/Nd	7,8	8,0	7,6	4,4	8,3	7,4	8,9	10,8	6,0	19,0	8,3	7,0

P.12.—¿CUAL ES SU SENTIMIENTO FRENTE A UN ENFERMO MENTAL?

Miedo												
Indiferencia	11,9	8,3	15,2	6,6	11,1	10,6	7,8	21,5	20,0	23,8	13,1	9,9
Deseo de ayudar	3,4	4,0	2,8	6,6	2,8	2,1	2,2	3,1	2,0	—	2,4	2,9
Desprecio	53,3	51,8	54,7	53,3	51,9	61,7	56,7	47,7	52,0	28,6	48,8	57,2
Respeto	1,4	1,1	1,7	2,2	—	2,1	—	1,5	4,0	—	2,4	1,6
Lástima	33,8	33,0	34,6	32,1	39,8	27,7	36,7	29,2	40,0	28,6	26,2	39,9
Preocupación	42,7	43,1	42,2	33,6	30,6	35,1	55,6	52,3	64,0	61,9	52,4	36,6
Pánico/terror	31,2	28,6	33,6	37,2	42,6	33,0	24,4	20,0	22,0	9,5	34,5	32,9
Simpl. malestar	1,2	—	2,4	—	—	3,2	—	4,6	2,0	—	1,2	0,8
Temor pase	4,6	4,7	4,5	5,1	4,6	5,3	1,1	6,2	6,0	4,8	1,2	4,1
mismo	13,8	13,4	14,2	9,5	14,8	16,0	17,8	10,8	12,0	23,8	11,9	14,8
Nc/Nd	1,2	1,8	0,7	1,5	1,9	—	1,1	1,5	—	4,8	2,4	0,8

P.13.—A SU JUICIO, ¿CUAL DEBERIA SER EL TRATAMIENTO MEJOR PARA LOS ENFERMOS MENTALES?

Medicamentos	30,6	31,2	30,1	27,7	27,8	30,9	35,6	23,1	36,0	52,4	28,6	31,3
Ayuda psicológica	56,8	54,7	58,8	69,3	63,9	60,6	52,2	35,4	46,0	33,3	48,8	60,5
Ayuda social	53,6	54,7	52,6	67,9	58,3	52,1	46,7	38,5	48,0	33,3	54,8	53,9

(pasa a página siguiente)

% VERTICALES

SEXO	EDAD							RELACION				
	TOTAL	Hombre	Mujer	18 a 27	28 a 37	38 a 47	48 a 57	58 a 67	68 a 77	78 y más	Familiar	Otra relac.
TOTAL	565	276	289	137	108	94	90	65	50	21	84	243
Otros	9,2	9,4	9,0	5,1	11,1	12,8	10,0	13,8	6,0	—	10,7	12,3
Nc/Nd	9,6	9,8	9,3	5,1	2,8	3,2	10,0	23,1	18,0	38,1	14,3	5,8

P.14.—¿DONDE DEBERIA VIVIR ACTUALMENTE UN ENFERMO MENTAL?

Casa con familia	52,0	46,7	57,1	56,9	53,7	56,4	45,6	43,1	56,0	38,1	63,1	54,3
Hospital psiq.	34,9	38,8	31,1	29,2	32,4	28,7	45,6	38,5	40,0	42,9	31,0	34,6
Clínica privada	3,7	3,6	3,8	2,2	6,5	2,1	5,6	3,1	2,0	4,8	6,0	2,9
Sala psiq. hosp.	6,0	4,7	7,3	8,0	5,6	9,6	1,1	4,6	6,0	4,8	3,6	4,9
Piso con otr. enf.	3,2	2,5	3,8	6,6	2,8	2,1	2,2	3,1	—	—	3,6	3,7
Nc/Nd	7,6	10,1	5,2	6,6	8,3	8,5	5,6	10,8	6,0	9,5	7,1	7,0

P.15.—EN EL CASO DE QUE PADECIESE UNA ENFERMEDAD MENTAL,
¿DONDE PREFERIRIA QUE LE TRATASEN?

Dom. con familia	52,2	48,2	56,1	54,0	55,6	53,2	44,4	49,2	62,0	38,1	57,1	52,7
Hospital psiq.	25,3	27,5	23,2	22,6	21,3	19,1	35,6	24,6	32,0	33,3	32,1	25,1
Sala psiq. SS	11,3	11,2	11,4	8,0	10,2	17,0	11,1	15,4	6,0	14,3	3,6	9,9
Sala psiq. hosp.	2,8	4,7	1,0	3,6	2,8	5,3	2,2	1,5	—	—	—	3,7
S. psq. hosp. unv.	2,1	1,8	2,4	4,4	2,8	2,1	1,1	—	—	—	2,4	2,9
Hospital privado	4,4	4,0	4,8	7,3	4,6	6,4	1,1	4,6	—	—	3,6	4,9
Nc/Nd	7,3	8,0	6,6	6,6	9,3	7,4	4,4	7,7	6,0	14,3	7,1	6,6

(pasa a página siguiente)

% VERTICALES

SEXO

EDAD

RELACION

	TOTAL	Hombre	Mujer	18 a 27	28 a 37	38 a 47	48 a 57	58 a 67	68 a 77	78 y más	Familiar	Otra relac.
--	-------	--------	-------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	----------	----------	-------------

P.16.—AUTOPOSICION POLITICA

Extrema derecha	1,2	0,4	2,1	2,2	—	1,1	2,2	1,5	—	—	—	2,1
Centro derecha	4,4	4,0	4,8	3,6	5,6	3,2	3,3	4,6	6,0	9,5	4,8	4,5
Centro	8,0	10,9	5,2	5,8	7,4	9,6	8,9	7,7	12,0	4,8	9,5	10,3
Centro izquierda	5,5	8,3	2,8	5,8	10,2	7,4	2,2	3,1	—	4,8	7,1	7,0
Extrema izquierda	1,1	2,2	—	1,5	1,9	—	2,2	—	—	—	2,4	1,2
TOTAL	565	276	289	137	108	94	90	65	50	21	84	243
Apolítico	35,8	29,7	41,5	33,6	27,8	45,7	41,1	32,3	36,0	33,3	34,5	30,0
Izquierda	10,6	13,4	8,0	18,2	19,4	5,3	6,7	3,1	2,0	—	10,7	12,3
Derecha	6,5	7,2	5,9	5,8	2,8	3,2	11,1	10,8	8,0	9,5	4,8	5,3
Anarquista	1,8	2,9	0,7	0,7	6,5	2,1	—	—	—	—	1,2	3,7
Nc/Nd	25,1	21,0	29,1	22,6	18,5	22,3	22,2	36,9	36,0	38,1	25,0	23,5

P.17.—AUTOCALIFICACION RELIGIOSA

Indiferente	4,8	6,5	3,1	7,3	7,4	3,2	2,2	3,1	—	9,5	7,1	4,5
Cat. no pract.	14,9	19,6	10,4	19,7	24,1	14,9	12,2	6,2	4,0	—	14,3	16,5
Cat. n/muy pract.	24,6	26,4	22,8	27,0	25,9	25,5	23,3	27,7	16,0	14,3	16,7	24,3
Cat. practicante	42,8	32,6	52,6	32,1	25,0	50,0	54,4	55,4	58,0	47,6	38,1	42,8
Muy buen cat.	4,1	2,5	5,5	1,5	1,9	3,2	5,6	3,1	14,0	9,5	10,7	3,3
Otra relig. n/cat.	0,2	—	0,3	0,7	—	—	—	—	—	—	—	0,4
No creyente	4,4	7,6	1,4	6,6	11,1	1,1	1,1	—	2,0	4,8	8,3	4,9
Nc/Nd	4,2	4,7	3,8	5,1	4,6	2,1	1,1	4,6	6,0	14,3	4,8	3,3

% HORIZONTALES

SEXO	EDAD							RELACION				
	TOTAL	Hombre	Mujer	18 a 27	28 a 37	38 a 47	48 a 57	58 a 67	68 a 77	78 y más	Familiar	Otra relac.
TOTAL	565	48,8	51,2	24,2	19,1	16,6	15,9	11,5	8,8	3,7	14,9	43,0
P.1.—SEXO												
Hombre	276	100,0	—	23,9	18,8	17,4	16,7	11,2	8,7	3,3	12,7	48,6
Mujer	289	—	100,0	24,6	19,4	15,9	15,2	11,8	9,0	4,2	17,0	37,7
P.2.—EDAD												
18 a 27	137	48,2	51,8	100,0	—	—	—	—	—	—	11,7	44,5
28 a 37	108	48,1	51,9	—	100,0	—	—	—	—	—	15,7	51,9
38 a 47	94	51,1	48,9	—	—	100,0	—	—	—	—	14,9	42,6
48 a 57	90	51,1	48,9	—	—	—	100,0	—	—	—	16,7	45,6
58 a 67	65	47,7	52,3	—	—	—	—	100,0	—	—	10,8	26,2
68 a 77	50	48,0	52,0	—	—	—	—	—	100,0	—	22,0	44,0
78 y más	21	42,9	57,1	—	—	—	—	—	—	100,0	19,0	28,6
P.3.—ESTADO CIVIL												
Soltero	186	51,6	48,4	59,1	17,2	8,6	5,9	4,8	3,2	1,1	10,8	47,8
Casado	319	49,2	50,8	8,5	23,2	23,5	23,5	12,5	7,8	0,9	16,6	41,4
Viudo	56	37,5	62,5	—	1,8	3,6	7,1	25,0	33,9	28,6	19,6	35,7
Otra situación	4	50,0	50,0	—	25,0	25,0	—	50,0	—	—	—	50,0
P.4.—LUGAR DE NACIMIENTO												
Avila capital	262	52,7	47,3	31,3	21,4	18,7	12,6	9,5	5,3	1,1	15,3	42,0
Avila provincia	205	46,3	53,7	17,6	13,7	13,2	19,5	15,1	15,6	5,4	14,1	45,4
Otra capital prov.	65	41,5	58,5	24,6	27,7	16,9	18,5	9,2	—	3,1	15,4	43,1
Pblos. otr. prov.	31	51,6	48,4	6,5	19,4	22,6	16,1	9,7	12,9	12,9	16,1	38,7
Extranjero	1	—	100,0	100,0	—	—	—	—	—	—	—	—
Nc/Nd	1	100,0	—	—	—	—	—	—	—	100,0	—	—

(pasa a página siguiente)

SEXO	TOTAL	Hombre	Mujer	EDAD								% HORIZONTALES	
				18 a 27	28 a 37	38 a 47	48 a 57	58 a 67	68 a 77	78 y más	Familiar	Otra relac.	
TOTAL	565	48,8	51,2	24,2	19,1	16,6	15,9	11,5	8,8	3,7	14,9	43,0	
P.5.—ESTUDIOS TERMINADOS													
Titul. superior	55	47,3	52,7	21,8	40,0	21,8	7,3	5,5	3,6	—	16,4	50,9	
Titul. medio	56	57,1	42,9	23,2	25,0	30,4	7,1	3,6	8,9	1,8	12,5	55,4	
Bach. superior	86	50,0	50,0	64,0	20,9	4,7	7,0	2,3	1,2	—	12,8	50,0	
Bach. elemental	56	53,6	46,4	42,9	25,0	8,9	14,3	5,4	3,6	—	12,5	39,3	
Formación prof.	17	58,8	41,2	47,1	23,5	17,6	5,9	5,9	—	—	11,8	52,9	
Primaria	222	46,8	53,2	11,3	13,5	20,3	24,8	14,4	12,2	3,6	13,5	40,1	
No escolaridad	73	42,5	57,5	—	8,2	11,0	16,4	30,1	17,8	16,4	24,7	28,8	
P.6.—SITUACION LABORAL													
Estudia	78	41,0	59,0	91,0	5,1	1,3	2,6	—	—	—	9,0	53,8	
Trabaja (activo)	230	69,6	30,4	18,3	29,1	26,1	17,4	7,0	2,2	—	14,3	48,3	
Paro cobrando	17	82,4	17,6	23,5	17,6	17,6	29,4	11,8	—	—	—	47,1	
Paro sin cobrar	39	41,0	59,0	53,8	28,2	7,7	2,6	2,6	2,6	2,6	12,8	53,8	
Jubilado	89	60,7	39,3	—	1,1	1,1	12,4	29,2	37,1	19,1	19,1	31,5	
Sus labores	122	0,8	99,2	2,5	20,5	22,1	25,4	18,0	9,0	2,5	18,9	31,1	
Nc/Nd	21	100,0	—	50,0	—	—	50,0	—	—	—	—	50,0	
P.7.—ACTIVIDAD PROFESIONAL													
Prop. agríc. gr.	5	80,0	20,0	40,0	20,0	—	20,0	20,0	—	—	—	80,0	
Empresar./direct.	8	50,0	50,0	12,5	25,0	37,5	12,5	12,5	—	—	—	75,0	
Profes. liberal	25	56,0	44,0	24,0	32,0	28,0	8,0	8,0	—	—	16,0	52,0	
Peq. empresario	21	66,7	33,3	28,6	19,0	28,6	14,3	9,5	—	—	23,8	52,4	
Trabaj. c./propia	10	80,0	20,0	20,0	40,0	10,0	30,0	—	—	—	—	40,0	
Cuadro medio	13	84,6	15,4	15,4	38,5	30,8	7,7	7,7	—	—	—	61,5	
Prop. agríc. peq.	4	100,0	—	—	25,0	25,0	25,0	—	25,0	—	25,0	50,0	

% HORIZONTALES

	SEXO		EDAD						RELACION			
	TOTAL	Hombre	Mujer	18 a 27	28 a 37	38 a 47	48 a 57	58 a 67	68 a 77	78 y más	Familiar	Otra relac.
TOTAL	565	48,8	51,2	24,2	19,1	16,6	15,9	11,5	8,8	3,7	14,9	43,0
Empleado/admin.	103	68,9	31,1	19,4	28,2	20,4	16,5	8,7	6,8	—	10,7	49,5
Obrero no cualif.	68	79,4	20,6	17,6	20,6	20,6	25,0	5,9	5,9	4,4	17,6	41,2
En paro	34	38,2	61,8	35,3	29,4	11,8	11,8	8,8	2,9	—	14,7	52,9
Pensionist/jubil.	55	61,8	38,2	10,9	—	—	7,3	25,5	34,5	21,8	12,7	38,2
Sus labores	36	16,7	83,3	—	13,9	19,4	13,9	25,0	22,2	5,6	19,4	30,6
Nc/Nd	183	21,3	78,7	37,2	13,7	14,2	16,9	10,4	5,5	2,2	17,5	36,1

P.8.—¿CONOCE PERSONALMENTE ALGUN ENFERMO MENTAL?

Si	291	51,2	48,8	23,4	22,0	17,9	17,5	6,9	9,3	3,1	28,2	71,1
No	272	46,3	53,7	25,4	16,2	15,1	14,0	16,5	8,5	4,4	0,7	13,2
Nc/Nd	2	50,0	50,0	—	—	50,0	50,0	—	—	—	—	—

P.9.—RELACION CON ELLOS

Familiar	84	41,7	58,3	19,0	20,2	16,7	17,9	8,3	13,1	4,8	100,0	—
Amigo	36	58,3	41,7	47,2	16,7	22,2	8,3	5,6	—	—	—	100,0
Vecino	34	52,9	47,1	14,7	17,6	20,6	26,5	2,9	17,6	—	—	100,0
Sólo conocido	121	58,7	41,3	20,7	23,1	13,2	19,0	9,1	10,7	4,1	—	100,0
Otras relaciones	52	46,2	53,8	26,9	30,8	17,3	11,5	5,8	5,8	1,9	—	100,0
Nc/Nd	238	45,0	55,0	25,2	14,7	16,8	14,3	17,2	7,1	4,6	—	—

P.10.—LA INFORMACION QUE POSEE SOBRE ENFERMEDADES MENTALES SON A TRAVES DE...

Lecturas	180	50,6	49,4	32,8	29,4	18,3	7,8	6,7	3,9	1,1	13,9	50,6
Radio/cine/tv.	276	46,5	53,5	21,5	20,7	18,8	15,2	14,1	7,8	2,0	12,1	32,4
Convers. otr. per.	206	46,6	53,4	25,7	19,9	17,5	14,1	9,7	9,2	3,9	10,7	44,2
Prof. sanitarios	71	50,7	49,3	33,8	25,4	18,3	14,1	5,6	2,8	—	15,5	66,2

SEXO	EDAD							RELACION				
	TOTAL	Hombre	Mujer	18 a 27	28 a 37	38 a 47	48 a 57	58 a 67	68 a 77	78 y más	Familiar	Otra relac.
TOTAL	565	48,8	51,2	24,2	19,1	16,6	15,9	11,5	8,8	3,7	14,9	43,0
Experienc. vivida	80	42,5	57,5	21,3	22,5	16,3	18,8	8,8	7,5	4,0	43,8	48,8
Casos he conocid.	142	51,4	48,6	19,0	15,5	14,1	24,6	9,9	12,0	4,9	23,9	67,6
Nc/Nd	20	70,0	30,0	30,0	5,0	15,0	5,0	15,0	15,0	15,0	5,0	20,0

P.11.—GRADO DE ACUERDO O DESACUERDO
CON LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES

1. *La enfermedad mental es diferente a las demás*

Muy de acuerdo	98	54,1	45,9	19,4	19,4	17,3	10,2	19,4	8,2	6,1	11,2	49,0
De acuerdo	278	46,8	53,2	25,5	16,2	16,2	18,0	11,2	10,1	2,9	15,5	42,1
Acuer. ciert. circ.	34	47,1	52,9	38,2	29,4	11,8	8,8	5,9	2,9	2,9	14,7	52,9
En desacuerdo	105	50,5	49,5	24,8	25,7	17,1	17,1	4,8	7,6	2,9	16,2	43,8
Total desacuerdo	32	40,6	59,4	21,9	15,6	28,1	12,5	15,6	6,3	—	18,8	37,5
Nc/Nd	18	61,1	38,9	5,6	11,1	5,6	27,8	16,7	16,7	16,7	11,1	11,1

2. *La enfermedad mental en definitiva
es un trastorno del sistema nervioso*

Muy de acuerdo	74	44,6	55,4	25,7	12,2	23,0	12,2	17,6	6,8	2,7	17,6	44,6
De acuerdo	309	46,6	53,4	21,7	20,1	15,9	18,8	10,7	9,4	3,6	12,0	41,4
Acuer. ciert. circ.	78	56,4	43,6	26,9	24,4	20,5	16,7	7,7	2,6	1,3	15,4	51,3
En desacuerdo	36	50,0	50,0	44,4	16,7	13,9	13,9	5,6	5,6	—	25,0	61,1
Total desacuerdo	6	66,7	33,3	33,3	16,7	16,7	16,7	16,7	—	—	33,3	33,3
Nc/Nd	62	53,2	46,8	19,4	17,7	9,7	6,5	16,1	19,4	11,3	17,7	29,0

3. *Todas las personas tenemos algo de "locos"*

Muy de acuerdo	72	50,0	50,0	27,8	20,8	12,5	9,7	15,3	13,9	—	12,5	51,4
De acuerdo	331	46,8	53,2	26,9	19,0	16,6	16,3	9,7	7,6	3,9	14,2	44,4
Acuer. ciert. circ.	70	54,3	45,7	17,1	17,1	17,1	21,4	17,1	7,1	2,9	15,7	40,0

% HORIZONTALES

SEXO	EDAD								RELACION			
	TOTAL	Hombre	Mujer	18 a 27	28 a 37	38 a 47	48 a 57	58 a 67	68 a 77	78 y más	Familiar	Otra relac.
TOTAL	565	48,8	51,2	24,2	19,1	16,6	15,9	11,5	8,8	3,7	14,9	43,0
En desacuerdo	57	50,9	49,1	19,3	21,1	22,8	15,8	14,0	5,3	1,8	19,3	33,3
Total desacuerdo	13	69,2	30,8	23,1	15,4	7,7	15,4	7,7	23,1	7,7	15,4	30,8
Nc/Nd	22	40,9	59,1	9,1	18,2	18,2	13,6	4,5	18,2	18,2	18,2	36,4
<i>4. Los enfermos mentales pueden casarse como cualquier otra persona</i>												
Muy de acuerdo	23	82,6	17,4	47,8	8,7	17,4	4,3	8,7	4,3	8,7	26,1	52,2
De acuerdo	150	51,3	48,7	30,0	24,0	18,0	9,3	10,0	5,3	3,3	10,0	36,0
Acuer. ciert. circ.	141	42,6	57,4	27,7	22,7	12,8	18,4	8,5	7,8	2,1	13,5	41,1
En desacuerdo	151	47,7	52,3	17,2	13,2	21,9	19,2	13,2	11,3	4,0	13,2	51,0
Total desacuerdo	63	44,4	55,6	12,7	20,6	12,7	17,5	17,5	14,3	4,8	30,2	41,3
Nc/Nd	37	54,1	45,9	21,6	13,5	10,8	24,3	13,5	10,8	5,4	13,5	43,2
<i>5. La locura es una enfermedad que se hereda</i>												
Muy de acuerdo	14	28,6	71,4	28,6	14,3	14,3	21,4	14,3	7,1	—	21,4	42,9
De acuerdo	97	43,3	56,7	11,3	12,4	18,6	23,7	18,6	10,3	5,2	13,4	39,2
Acuer. ciert. circ.	125	45,6	54,4	24,0	24,8	24,0	9,6	8,0	6,4	3,2	16,8	43,2
En desacuerdo	175	53,1	46,9	33,1	21,1	14,3	15,4	8,6	5,1	2,3	13,7	47,4
Total desacuerdo	59	59,3	40,7	33,9	23,7	6,8	10,2	15,3	10,2	—	13,6	50,8
Nc/Nd	95	47,4	52,6	14,7	12,6	15,8	20,0	11,6	16,8	8,4	15,8	33,7
<i>6. Sin embargo, la enfermedad mental se puede prevenir</i>												
Muy de acuerdo	58	48,3	51,7	31,0	20,7	17,2	10,3	8,6	12,1	—	19,0	53,4
De acuerdo	246	46,7	53,3	25,6	21,1	15,0	15,9	11,8	6,1	4,5	14,2	43,1
Acuer. ciert. circ.	125	55,2	44,8	21,6	19,2	23,2	17,6	11,2	6,4	0,8	9,6	41,6
En desacuerdo	47	55,2	44,7	25,5	19,1	14,9	12,8	10,6	10,6	6,4	23,4	42,6
Total desacuerdo	19	63,2	36,8	26,3	15,8	5,3	21,1	10,5	15,8	5,3	21,1	47,4
Nc/Nd	70	37,1	62,9	17,1	11,4	14,3	18,6	14,3	17,1	7,1	15,7	35,7

SEXO	% HORIZONTALES											
	TOTAL	Hombre	Mujer	18 a 27	28 a 37	38 a 47	48 a 57	58 a 67	68 a 77	78 y más	RELACION	
TOTAL	565	48,8	51,2	24,2	19,1	16,6	15,9	11,5	8,8	3,7	14,9	43,0
<i>7. Los enfermos mentales son personas peligrosas</i>												
Muy de acuerdo	21	38,1	61,9	9,5	9,5	4,8	28,6	23,8	19,0	4,8	9,5	38,1
De acuerdo	81	44,4	55,6	8,6	17,3	18,5	25,9	11,1	13,6	4,9	12,3	34,6
Acuer. ciert. circ.	266	51,5	48,5	22,2	15,4	16,9	17,7	14,3	9,0	4,5	12,8	44,0
En desacuerdo	118	53,4	46,6	36,4	33,1	14,4	5,9	5,1	4,2	0,8	16,1	47,5
Total desacuerdo	57	40,4	59,6	31,6	15,8	26,3	12,3	7,0	7,0	—	26,3	43,9
Nc/Nd	22	40,9	59,1	36,4	13,6	4,5	9,1	13,6	9,1	13,6	18,2	40,9
<i>8. En realidad, hay más "locos" fuera que dentro</i>												
Muy de acuerdo	71	50,7	49,3	29,6	16,9	15,5	11,3	18,3	5,6	2,8	9,9	46,5
De acuerdo	267	48,3	51,7	21,7	18,7	15,7	19,1	11,6	8,6	4,5	13,1	45,3
Acuer. ciert. circ.	48	54,2	45,8	37,5	16,7	20,8	8,3	8,3	8,3	—	18,8	52,1
En desacuerdo	82	47,6	52,4	25,6	19,5	19,5	14,6	9,8	9,8	1,2	15,9	35,4
Total desacuerdo	31	51,6	48,4	12,9	16,1	19,4	22,6	6,5	22,6	—	19,4	38,7
Nc/Nd	66	45,5	54,5	22,7	25,8	13,6	12,1	10,6	6,1	9,1	21,2	34,8
<i>9. Personalmente no me importaría ser amigo de un enfermo mental</i>												
Muy de acuerdo	109	46,8	53,2	30,3	17,4	21,1	11,9	8,3	9,2	1,8	17,4	48,6
De acuerdo	336	50,3	49,7	24,4	20,5	18,5	15,8	11,0	7,1	2,7	14,9	42,3
Acuer. ciert. circ.	66	50,0	50,0	22,7	15,2	10,6	18,2	18,2	10,6	4,5	9,1	42,4
En desacuerdo	29	41,4	58,6	17,2	13,8	6,9	24,1	13,8	10,3	13,8	20,7	31,0
Total desacuerdo	14	28,6	71,4	—	35,7	—	7,1	21,4	35,7	—	7,1	50,0
Nc/Nd	11	63,6	36,4	18,2	9,1	—	36,4	—	9,1	27,3	18,2	36,4
<i>10. Los enfermos mentales deberían tratarse en las mismas clínicas y hospitales como los demás enfermos</i>												
Muy de acuerdo	61	55,7	44,3	19,7	16,4	21,3	16,4	19,7	6,6	—	11,5	50,8

% HORIZONTALES

SEXO	EDAD							RELACION				
	TOTAL	Hombre	Mujer	18 a 27	28 a 37	38 a 47	48 a 57	58 a 67	68 a 77	78 y más	Familiar	Otra relac.
TOTAL	565	48,8	51,2	24,2	19,1	16,6	15,9	11,5	8,8	3,7	14,9	43,0
De acuerdo	180	46,1	53,9	27,2	17,8	15,0	16,1	12,2	8,9	2,8	18,9	36,1
Acuer. ciert. circ.	83	44,6	55,4	24,1	21,7	25,3	10,8	9,6	6,0	2,4	10,8	45,8
En desacuerdo	148	50,7	49,3	25,7	24,3	9,5	20,9	8,1	4,7	6,8	11,5	48,0
Total desacuerdo	64	51,6	48,4	21,9	15,6	18,8	14,1	14,1	14,1	1,6	18,8	43,8
Nc/Nd	29	48,3	51,7	13,8	6,9	24,1	6,9	6,9	31,0	10,3	17,2	34,5

*11. Es cierto el "dicho" de que "un loco
está más cerca de un genio que de un tonto"*

Muy de acuerdo	47	48,9	51,1	27,7	14,9	14,9	17,0	17,0	6,4	2,1	17,0	55,3
De acuerdo	235	47,7	52,3	20,0	19,1	16,2	18,7	13,6	7,7	4,7	13,6	42,6
Acuer. ciert. circ.	91	51,6	48,4	33,0	24,2	17,6	12,1	4,4	6,6	2,2	7,7	46,2
En desacuerdo	68	52,9	47,1	26,5	20,6	20,6	17,6	7,4	5,9	1,5	22,1	35,3
Total desacuerdo	23	47,8	52,2	43,5	13,0	21,7	—	13,0	4,3	4,3	17,4	43,5
Nc/Nd	101	46,5	53,5	18,8	16,8	13,9	14,9	12,9	17,8	5,0	17,8	40,6

*12. Los enfermos mentales deben votar
como cualquier otro ciudadano*

Muy de acuerdo	28	53,6	46,4	28,6	14,3	17,9	14,3	14,3	7,1	3,6	21,4	35,7
De acuerdo	192	46,9	53,1	25,5	18,2	18,2	15,1	13,0	7,3	2,6	14,6	41,1
Acuer. ciert. circ.	149	47,0	53,0	26,8	21,5	14,8	15,4	10,1	8,1	3,4	12,8	49,7
En desacuerdo	110	47,3	52,7	22,7	20,0	17,3	21,8	10,0	6,4	1,8	13,6	45,5
Total desacuerdo	49	59,2	40,8	18,4	14,3	16,3	14,3	10,2	22,4	4,1	18,4	38,8
Nc/Nd	37	54,1	45,9	16,2	21,6	13,5	8,1	13,5	10,8	16,2	18,9	29,7

SEXO	TOTAL	Hombre	Mujer	EDAD						% HORIZONTALES		
				18 a 27	28 a 37	38 a 47	48 a 57	58 a 67	68 a 77	78 y más	Familiar	Otra relac.
TOTAL	565	48,8	51,2	24,2	19,1	16,6	15,9	11,5	8,8	3,7	14,9	43,0
13. Personalmente no me importaría trabajar al lado de un enfermo mental												
Muy de acuerdo	64	48,4	51,6	29,7	18,8	20,3	15,6	10,9	3,1	1,6	14,1	48,4
De acuerdo	297	50,2	49,8	25,9	23,2	16,8	13,5	11,4	6,4	2,7	16,8	41,8
Acuer. ciert. circ.	97	52,6	47,4	24,7	12,4	17,5	20,6	12,4	10,3	2,1	12,4	47,4
En desacuerdo	60	45,0	55,0	21,7	11,7	8,3	25,0	10,0	15,0	8,3	10,0	45,0
Total desacuerdo	20	40,0	60,0	10,0	10,0	25,0	15,0	15,0	20,0	5,0	10,0	30,0
Nc/Nd	27	37,0	63,0	7,4	22,2	14,8	7,4	11,1	22,2	14,8	18,5	33,3
14. Los enfermos mentales son incurables												
Muy de acuerdo	16	50,0	50,0	12,5	25,0	—	25,0	12,5	18,8	6,3	6,3	50,0
De acuerdo	61	49,2	50,8	14,8	18,0	18,0	13,1	18,0	9,8	8,2	26,2	31,1
Acuer. ciert. circ.	157	49,7	50,3	17,2	17,2	15,9	21,7	14,0	10,8	3,2	16,6	45,2
En desacuerdo	179	46,9	53,1	30,7	19,6	15,6	16,2	10,6	5,0	2,2	7,8	43,6
Total desacuerdo	107	45,8	54,2	34,6	25,2	16,8	7,5	6,5	9,3	—	20,6	46,7
Nc/Nd	45	60,0	40,0	15,6	8,9	26,7	15,6	8,9	11,1	13,3	11,1	37,8
15. Son insuficientes los recursos económicos que se emplean para la asistencia psiquiátrica												
Muy de acuerdo	6	83,3	16,7	33,3	16,7	33,3	—	16,7	—	—	16,7	50,0
De acuerdo	22	63,6	36,4	13,6	31,8	4,5	18,2	13,6	9,1	9,1	22,7	36,4
Acuer. ciert. circ.	17	52,9	47,1	29,4	11,8	11,8	17,6	23,5	5,9	—	11,8	47,1
En desacuerdo	193	47,7	52,3	25,9	17,1	17,1	18,1	10,4	8,8	2,6	11,4	40,4
Total desacuerdo	209	46,9	53,1	23,9	22,0	19,1	13,9	12,0	7,2	1,9	18,2	49,8
Nc/Nd	118	49,2	50,8	22,9	16,1	13,6	16,1	10,2	12,7	8,5	13,6	35,6

Q.A. ABSOLUTOS

	SEXO		EDAD						RELACION			
	TOTAL	Hombre	Mujer	18 a 27	28 a 37	38 a 47	48 a 57	58 a 67	68 a 77	78 y más	Familiar	Otra relac.
TOTAL	565	276	289	137	108	94	90	65	50	21	84	243
16. Las enfermedades mentales están causadas por los conflictos de la infancia												
Muy de acuerdo	25	10	15	6	6	3	6	4	—	—	4	12
De acuerdo	180	87	93	50	31	29	25	22	18	5	29	73
Acuer. ciert. circ.	216	104	112	59	47	38	31	22	13	6	31	95
En desacuerdo	59	32	27	13	13	8	12	5	7	1	7	30
Total desacuerdo	15	8	7	2	3	4	3	2	1	—	—	8
Nc/Nd	70	35	35	7	8	12	13	10	11	9	13	25
17. Lo mejor es tener encerrados a quienes padecen enfermedades mentales												
Muy de acuerdo	12	7	5	2	3	1	1	5	—	—	2	4
De acuerdo	57	27	30	7	7	6	11	15	5	6	6	24
Acuer. ciert. circ.	119	60	59	12	16	24	30	16	14	7	13	45
En desacuerdo	184	89	95	62	40	29	26	14	11	2	30	80
Total desacuerdo	182	86	96	54	41	32	20	14	17	4	31	88
Nc/Nd	11	7	4	—	1	2	2	1	3	2	2	2
18. La enfermedad mental es un castigo												
Muy de acuerdo	18	13	5	4	4	3	—	4	3	—	1	10
De acuerdo	75	34	41	14	10	13	12	17	5	4	14	22
Acuer. ciert. circ.	27	17	10	6	6	4	3	4	3	1	5	11
En desacuerdo	203	102	101	53	40	33	38	21	11	7	20	90
Total desacuerdo	208	96	112	55	42	35	33	17	21	5	32	103
Nc/Nd	34	14	20	5	6	6	4	2	7	4	12	7

Q.A. ABSOLUTOS

SEXO	EDAD								RELACION			
	TOTAL	Hombre	Mujer	18 a 27	28 a 37	38 a 47	48 a 57	58 a 67	68 a 77	78 y más	Familiar Otra relac.	
TOTAL	565	276	289	137	108	94	90	65	50	21	84	243
<i>19. Las causas de las enfermedades mentales son las actuales condiciones de vida</i>												
Muy de acuerdo	41	20	21	10	6	7	5	7	5	1	6	19
De acuerdo	171	80	91	34	25	27	35	28	14	8	24	77
Acuer. ciert. circ.	159	80	79	45	33	29	21	14	14	3	26	75
En desacuerdo	92	43	49	27	21	16	14	6	7	1	17	34
Total desacuerdo	56	27	29	15	15	9	10	2	3	2	4	26
Nc/Nd	46	26	20	6	8	6	5	8	7	6	7	12
<i>20. Los enfermos mentales deben trabajar porque mejorarán</i>												
Muy de acuerdo	103	40	63	28	16	23	13	13	8	2	17	47
De acuerdo	316	151	165	68	70	51	54	34	27	12	47	132
Acuer. ciert. circ.	100	56	44	30	14	12	16	14	9	5	11	46
En desacuerdo	23	14	9	5	3	5	4	2	4	—	4	10
Total desacuerdo	5	2	3	2	1	1	—	—	1	—	2	1
Nc/Nd	18	13	5	4	4	2	3	2	1	2	3	7
<i>21. Los enfermos mentales, después que salen del hospital deberían vivir en la sociedad como cualquier otra persona</i>												
Muy de acuerdo	162	76	86	46	27	32	22	20	12	3	23	79
De acuerdo	349	169	180	81	71	55	61	39	28	14	50	137
Acuer. ciert. circ.	38	19	19	6	9	6	3	6	6	2	7	19
En desacuerdo	5	5	—	2	—	1	1	—	1	—	—	4
Total desacuerdo	1	1	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—
Nc/Nd	10	6	4	2	1	—	3	—	2	2	3	4

Q.A. ABSOLUTOS

	SEXO		EDAD							RELACION		
	TOTAL	Hombre	Mujer	18 a 27	28 a 37	38 a 47	48 a 57	58 a 67	68 a 77	78 y más	Familiar	Otra relac.
TOTAL	565	276	289	137	108	94	90	65	50	21	84	243
<i>22. Una causa de la enfermedad mental es la falta de amor</i>												
Muy de acuerdo	66	26	40	17	7	12	12	12	6	—	15	25
De acuerdo	241	117	124	64	37	38	36	29	27	10	26	106
Acuer. ciert. circ.	145	71	74	30	39	28	20	14	10	4	26	63
En desacuerdo	59	37	22	16	17	12	8	3	—	3	11	25
Total desacuerdo	21	11	10	3	3	3	8	2	2	—	3	10
Nc/Nd	33	14	19	7	5	1	6	5	5	4	3	14
<i>23. A los enfermos mentales se les debería prohibir los actos religiosos</i>												
Muy de acuerdo	9	5	4	4	1	3	—	—	1	—	1	7
De acuerdo	18	8	10	7	2	3	—	2	4	—	4	9
Acuer. ciert. circ.	21	10	11	3	3	2	6	5	1	1	2	12
En desacuerdo	228	115	113	64	47	36	41	23	10	7	31	96
Total desacuerdo	259	123	136	55	49	48	37	32	29	9	44	109
Nc/Nd	30	15	15	4	6	2	6	3	5	4	2	10
<i>24. Los manicomios deberían estar fuera de las ciudades</i>												
Muy de acuerdo	39	25	14	4	4	5	6	12	6	2	6	12
De acuerdo	138	72	66	12	15	23	33	21	22	12	22	50
Acuer. ciert. circ.	63	30	33	16	19	11	10	2	4	1	8	36
En desacuerdo	161	74	87	56	36	32	21	10	5	1	19	72
Total desacuerdo	87	43	44	33	19	15	9	9	1	1	13	47
Nc/Nd	77	32	45	16	5	8	11	11	12	4	16	26
<i>25. Alguien que ha estado en un manicomio no podrá volver a ser la misma persona que antes</i>												
Muy de acuerdo	9	5	4	3	1	1	—	4	—	—	—	3
De acuerdo	122	68	54	28	24	20	16	16	14	4	19	48

Q.A. ABSOLUTOS

SEXO	EDAD								RELACION			
	TOTAL	Hombre	Mujer	18 a 27	28 a 37	38 a 47	48 a 57	58 a 67	68 a 77	78 y más	Familiar	Otra relac.
TOTAL	565	276	289	137	108	94	90	65	50	21	84	243
Acuer. ciert. circ.	111	52	59	20	26	18	15	16	13	3	17	50
En desacuerdo	171	80	91	45	30	31	35	14	11	5	24	76
Total desacuerdo	105	49	56	32	18	17	14	11	8	5	16	49
Nc/Nd	47	22	25	9	9	7	10	4	4	4	8	17

26. Aún más, quien haya sido tratado en un servicio psiquiátrico tampoco podrá volver a ser la misma persona

Muy de acuerdo	15	8	7	3	2	3	1	5	1	—	1	4
De acuerdo	98	53	45	17	16	19	14	12	16	4	17	41
Acuer. ciert. circ.	93	48	45	15	18	19	18	15	6	2	17	46
En desacuerdo	192	85	107	54	40	31	34	17	12	4	25	79
Total desacuerdo	115	57	58	37	25	15	14	11	7	6	18	57
Nc/Nd	52	25	27	11	7	7	9	5	8	5	6	16

27. Los enfermos mentales son seres útiles a la sociedad

Muy de acuerdo	42	24	18	11	10	9	5	4	2	1	5	23
De acuerdo	238	107	131	69	48	38	35	29	14	5	39	101
Acuer. ciert. circ.	151	75	76	31	31	26	25	14	17	7	15	74
En desacuerdo	55	30	25	8	6	10	12	8	7	4	8	23
Total desacuerdo	36	23	13	4	5	7	5	7	7	1	8	11
Nc/Nd	43	17	26	14	8	4	8	3	3	3	9	11

28. Los "manicomios" deberían desaparecer

Muy de acuerdo	54	35	19	17	13	9	6	4	4	1	7	32
De acuerdo	125	57	68	34	37	20	18	10	4	2	16	56
Acuer. ciert. circ.	56	28	28	21	9	12	5	5	4	—	14	21
En desacuerdo	163	72	91	34	25	30	34	19	12	9	20	66
Total desacuerdo	138	67	71	23	21	20	22	25	23	4	25	53
Nc/Nd	29	17	12	8	3	3	5	2	3	5	2	15

% HORIZONTALES

SEXO	EDAD							RELACION				
	TOTAL	Hombre	Mujer	18 a 27	28 a 37	38 a 47	48 a 57	58 a 67	68 a 77	78 y más	Familiar	Otra relac.
TOTAL	565	48,8	51,2	24,2	19,1	16,6	15,9	11,5	8,8	3,7	14,9	43,0

29. *Muchos enfermos mentales trabajarian como cualquier otra persona si encontraran trabajo*

Muy de acuerdo	76	42,1	57,9	31,6	11,8	15,8	11,8	17,1	9,2	2,6	17,1	50,0
De acuerdo	317	45,4	54,6	23,0	22,1	19,2	15,8	9,5	7,9	2,5	12,6	41,6
Acuer. ciert. circ.	88	52,3	47,7	26,1	19,3	15,9	12,5	15,9	4,5	5,7	17,0	48,9
En desacuerdo	40	70,0	30,0	17,5	15,0	10,0	27,5	12,5	12,5	5,0	15,0	37,5
Total desacuerdo	23	60,9	39,1	17,4	13,0	13,0	17,4	13,0	26,1	—	26,1	26,1
Nc/Nd	21	57,1	42,9	28,6	14,3	—	23,8	—	14,3	19,0	19,0	42,9

30. *¿Cuál es su postura sobre el “dicho” “los locos por el palo se vuelven cuerdos”?*

Muy de acuerdo	3	66,7	33,3	33,3	33,3	—	—	33,3	—	—	33,3	66,7
De acuerdo	20	45,0	55,0	20,0	5,0	15,0	30,0	15,0	15,0	—	20,0	35,0
Acuer. ciert. circ.	23	52,2	47,8	13,0	13,0	4,3	21,7	30,4	13,0	4,3	17,4	34,8
En desacuerdo	148	48,0	52,0	21,6	18,9	17,6	19,6	10,1	7,4	4,7	13,5	43,2
Total desacuerdo	315	47,6	52,4	27,3	20,3	17,1	13,7	9,8	9,5	2,2	15,9	45,7
Nc/Nd	56	57,1	42,9	19,6	19,6	17,9	12,5	14,3	5,4	10,7	8,9	32,1

31. *Estar loco es haber perdido la inteligencia*

Muy de acuerdo	16	18,8	81,3	6,3	6,3	12,5	18,8	43,8	12,5	—	—	25,0
De acuerdo	89	48,3	51,7	5,6	7,9	13,5	21,3	19,1	22,5	10,1	22,5	30,3
Acuer. ciert. circ.	47	55,3	44,7	12,8	10,6	19,1	17,0	14,9	17,0	8,5	17,0	38,3
En desacuerdo	208	46,2	53,8	26,0	23,1	15,4	19,2	8,7	6,3	1,4	13,0	44,7
Total desacuerdo	161	53,4	46,6	40,0	23,6	19,9	7,5	5,6	2,5	0,6	13,7	52,2
Nc/Nd	44	50,0	50,0	13,6	20,5	15,9	18,2	15,9	6,8	9,1	15,9	38,6

% HORIZONTALES

	SEXO			EDAD						RELACION		
	TOTAL	Hombre	Mujer	18 a 27	28 a 37	38 a 47	48 a 57	58 a 67	68 a 77	78 y más	Familiar	Otra relac.
TOTAL	565	48,8	51,2	24,2	19,1	16,6	15,9	11,5	8,8	3,7	14,9	43,0
P.12.—¿CUAL ES SU SENTIMIENTO FRENTE A UN ENFERMO MENTAL?												
Miedo	67	34,3	65,7	13,4	17,9	14,9	10,4	20,9	14,9	7,5	16,4	35,8
Indiferencia	19	57,9	42,1	47,4	15,8	10,5	10,5	10,5	5,3	—	10,5	36,8
Deseo de ayudar	301	47,5	52,5	24,3	18,6	19,3	16,9	10,3	8,6	2,0	13,6	46,2
Desprecio	8	37,5	62,5	37,5	—	25,0	—	12,5	25,0	—	25,0	50,0
Respeto	191	47,6	52,4	23,0	22,5	13,6	17,3	9,9	10,5	3,1	11,5	50,8
Lástima	241	49,4	50,6	19,1	13,7	13,7	20,7	14,1	13,3	5,4	18,3	36,9
Preocupación	176	44,9	55,1	29,0	26,1	17,6	12,5	7,4	6,3	1,1	16,5	45,5
Pánico/terror	7	—	100,0	—	—	42,9	—	42,9	14,3	—	14,3	38,6
Simpl. malestar	26	50,0	50,0	26,9	19,2	19,2	3,8	15,4	11,5	3,8	3,8	38,5
Temor pase mismo	78	47,4	52,6	16,7	20,5	19,2	20,5	9,0	7,7	6,4	12,8	46,2
Nc/Nd	7	71,4	28,6	28,6	28,6	—	14,3	14,3	—	14,3	28,6	28,6
P.13.—A SU JUICIO, ¿CUAL DEBERIA SER EL TRATAMIENTO MEJOR PARA LOS ENFERMOS MENTALES?												
Medicamentos	173	49,7	50,3	22,0	17,3	16,8	18,5	8,7	10,4	6,4	13,9	43,9
Ayuda psicológica	321	47,0	53,0	29,6	21,5	17,8	14,6	7,2	7,2	2,2	12,8	45,8
Ayuda social	303	49,8	50,2	30,7	20,8	16,2	13,9	8,3	7,9	2,3	15,2	43,2
Otros	52	50,0	50,0	13,5	23,1	23,1	17,3	17,3	5,8	—	17,3	57,7
Nc/Nd	54	50,0	50,0	13,0	5,6	5,6	16,7	27,8	16,7	14,8	22,2	25,9
P.14.—¿DONDE DEBERIA VIVIR ACTUALMENTE UN ENFERMO MENTAL?												
Casa con familia	294	43,9	56,1	26,5	19,7	18,0	13,9	9,5	9,5	2,7	18,0	44,9
Hospital psiq.	197	54,3	45,7	20,3	17,8	13,7	20,8	12,7	10,2	4,6	13,2	42,6
Clinica privada	21	47,6	52,4	14,3	33,3	9,5	23,8	9,5	4,8	4,8	23,8	33,3
Sala psiq. hosp.	34	38,2	61,8	32,4	17,6	26,5	2,9	8,8	8,8	2,9	8,8	35,3
Piso con otr. enf.	18	38,9	61,1	50,0	16,7	11,1	11,1	11,1	—	—	16,7	50,0
Nc/Nd	43	65,1	34,9	20,9	20,9	18,6	11,6	16,3	7,0	4,7	14,0	39,5

Q.A. ABSOLUTOS

	SEXO			EDAD						RELACION		
	TOTAL	Hombre	Mujer	18 a 27	28 a 37	38 a 47	48 a 57	58 a 67	68 a 77	78 y más	Familiar	Otra relac.
TOTAL	565	276	289	137	108	94	90	65	50	21	84	243
Sala psiq. hosp.	34	13	21	11	6	9	1	3	3	1	3	12
Piso con otr. enf.	18	7	11	9	3	2	2	2	—	—	3	9
Nc/Nd	43	28	15	9	9	8	5	7	3	2	6	17

**P.15.—EN EL CASO DE QUE PADECIESE UNA ENFERMEDAD MENTAL,
¿DONDE PREFERIRIA QUE LE TRATASEN?**

Domic. con familia	295	133	162	74	60	50	40	32	31	8	48	128
Hospital psiq.	143	76	67	31	23	18	32	16	16	7	27	61
Sala psiq. SS	64	31	33	11	11	16	10	10	3	3	3	24
Sala psiq. hosp.	16	13	3	5	3	5	2	1	—	—	—	9
S. psq. hosp. unv.	12	5	7	6	3	2	1	—	—	—	2	7
Hospital privado	25	11	14	10	5	6	1	3	—	—	3	12
Nc/Nd	41	22	19	9	10	7	4	5	3	3	6	16

P.16.—AUTOPOSICION POLITICA

Extrema derecha	7	1	6	3	—	1	2	1	—	—	—	5
Centro derecha	25	11	14	5	6	3	3	3	3	2	4	11
Centro	45	30	15	8	8	9	8	5	6	1	8	25
Centro izquierda	31	23	8	8	11	7	2	2	—	1	6	17
Extrema izquierda	6	6	—	2	2	—	2	—	—	—	2	3
Apolítico	202	82	120	46	30	43	37	21	18	7	29	73
Izquierda	60	37	23	25	21	5	6	2	1	—	9	30
Derecha	37	20	17	8	3	3	10	7	4	2	4	13
Anarquista	10	8	2	1	7	2	—	—	—	—	1	9
Nc/Nd	142	58	84	31	20	21	20	24	18	8	21	57

Q.A. ABSOLUTOS

SEXO	EDAD								RELACION		
	TOTAL	Hombre	Mujer	18 a 27	28 a 37	38 a 47	48 a 57	58 a 67	68 a 77	78 y más	Familiar Otra relac.
TOTAL	565	276	289	137	108	94	90	65	50	21	84 243
P.17.—AUTOCALIFICACION RELIGIOSA											
Indiferente	27	18	9	10	8	3	2	2	—	2	6 11
Cat. no pract.	84	54	30	27	26	14	11	4	2	—	12 40
Cat. n/muy pract.	139	73	66	37	28	24	21	18	8	3	14 59
Cat. practicante	242	90	152	44	27	47	49	36	29	10	32 104
Muy buen catól.	23	7	16	2	2	3	5	2	7	2	9 8
Otra relig. n/cat.	1	—	1	1	—	—	—	—	—	—	— 1
No creyente	25	21	4	9	12	1	1	—	1	1	7 12
Nc/Nd	24	13	11	7	5	2	1	3	3	3	4 8

Q.A. ABSOLUTOS

	SEXO		EDAD						RELACION			
	TOTAL	Hombre	Mujer	18 a 27	28 a 37	38 a 47	48 a 57	58 a 67	68 a 77	78 y más	Familiar	Otra relac.
TOTAL	565	276	289	137	108	94	90	65	50	21	84	243
P.1.—SEXO												
Hombre	276	276	—	66	52	48	46	31	24	9	35	134
Mujer	289	—	289	71	56	46	44	34	26	12	49	109
P.2.—EDAD												
18 a 27	137	66	71	137	—	—	—	—	—	—	16	61
28 a 37	108	52	56	—	108	—	—	—	—	—	17	56
38 a 47	94	48	46	—	—	94	—	—	—	—	14	40
48 a 57	90	46	44	—	—	—	90	—	—	—	15	41
58 a 67	65	31	34	—	—	—	—	65	—	—	7	17
68 a 77	50	24	26	—	—	—	—	—	50	—	11	22
78 y más	21	9	12	—	—	—	—	—	—	21	4	6
P.3.—ESTADO CIVIL												
Soltero	186	96	90	110	32	16	11	9	6	2	20	89
Casado	319	157	162	27	74	75	75	40	25	3	53	132
Viudo	56	21	35	—	1	2	4	14	19	16	11	20
Otra situación	4	2	2	—	1	1	—	2	—	—	—	2
P.4.—LUGAR DE NACIMIENTO												
Avila capital	262	138	124	82	56	49	33	25	14	3	40	110
Avila provincia	205	95	110	36	28	27	40	31	32	11	29	93
Otra capital prov.	65	27	38	16	18	11	12	6	—	2	10	28
Pblos. otr. prov.	31	16	15	2	6	7	5	3	4	4	5	12
Extranjero	1	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Nc/Nd	1	—	1	—	—	—	—	—	—	1	—	—

Q.A. ABSOLUTOS

	SEXO			EDAD						RELACION		
	TOTAL	Hombre	Mujer	18 a 27	28 a 37	38 a 47	48 a 57	58 a 67	68 a 77	78 y más	Familiar	Otra relac.
TOTAL	565	276	289	137	108	94	90	65	50	21	84	243
P.5.—ESTUDIOS TERMINADOS												
Titul. superior	55	26	29	12	22	12	4	3	2	—	9	28
Titul. medio	56	32	24	13	14	17	4	2	5	1	7	31
Bach. superior	86	43	43	55	18	4	6	2	1	—	11	43
Bach. elemental	56	30	26	24	14	5	8	3	2	—	7	22
Formación prof.	17	10	7	8	4	3	1	1	—	—	2	9
Primaria	222	104	118	25	30	45	55	32	27	8	30	89
No escolaridad	73	31	42	—	6	8	12	22	13	12	18	21
P.6.—SITUACION LABORAL												
Estudia	78	32	46	71	4	1	2	—	—	—	7	42
Trabaja (activo)	230	160	70	42	67	60	40	16	5	—	33	111
Paro cobrando	17	14	3	4	3	3	5	2	—	—	—	8
Paro sin cobrar	39	41	23	21	11	3	1	1	1	1	5	21
Jubilado	89	54	35	—	1	1	11	26	33	17	17	28
Sus labores	122	1	121	3	25	27	31	22	11	3	23	38
Nc/Nd	2	2	—	1	—	—	1	—	—	—	—	1
P.7.—ACTIVIDAD PROFESIONAL												
Prop. agric. gr.	5	4	1	2	1	—	1	1	—	—	—	4
Empresar./direct.	8	4	4	1	2	3	1	1	—	—	—	6
Profes. liberal	25	14	11	6	8	7	2	2	—	—	4	13
Peq. empresario	21	14	7	6	4	6	3	2	—	—	5	11
Trabaj. c./propia	10	8	2	2	4	1	3	—	—	—	—	4
Cuadro medio	13	11	2	2	5	4	1	1	—	—	—	8

Q.A. ABSOLUTOS

	SEXO		EDAD						RELACION			
	TOTAL	Hombre	Mujer	18 a 27	28 a 37	38 a 47	48 a 57	58 a 67	68 a 77	78 y más	Familiar	Otra relac.
TOTAL	565	276	289	137	108	94	90	65	50	21	84	243
Prop. agríc. peq.	4	4	—	—	1	1	1	—	1	—	1	2
Empleado/admin.	103	71	32	20	29	21	17	9	7	—	11	51
Obrero no cualif.	68	54	14	12	14	14	17	4	4	3	12	28
En paro	34	13	21	12	10	4	4	3	1	—	5	18
Pensionist./jubil.	55	34	21	6	—	—	4	14	19	12	7	21
Sus labores	36	6	30	—	5	7	5	9	8	2	7	11
Nc/Nd	183	39	144	68	25	26	31	19	10	4	32	6
P.8.—¿CONOCE PERSONALMENTE ALGUN ENFERMO MENTAL?												
Sí	291	149	142	68	64	52	51	20	27	9	82	207
No	272	126	146	69	44	41	38	45	23	12	2	36
Nc/Nd	2	1	1	—	—	1	1	—	—	—	—	—
P.9.—RELACION CON ELLOS												
Familiar	84	35	49	16	17	14	15	7	11	4	84	—
Amigo	36	21	15	17	6	8	3	2	—	—	—	36
Vecino	34	18	16	5	6	7	9	1	6	—	—	34
Sólo conocido	121	71	50	25	28	16	23	11	13	5	—	121
Otras relaciones	52	24	28	14	16	9	6	3	3	1	—	52
Nc/Nd	238	107	131	60	35	40	34	41	17	11	—	—

P.10.—LA INFORMACION QUE POSEE SOBRE ENFERMEDADES MENTALES SON A TRAVES DE...

Lecturas	180	91	89	59	53	33	14	12	7	2	25	91
Radio/cine/tv.	256	119	137	55	53	48	39	36	20	5	31	83

Q.A. ABSOLUTOS

SEXO	EDAD										RELACION	
	TOTAL	Hombre	Mujer	18 a 27	28 a 37	38 a 47	48 a 57	58 a 67	68 a 77	78 y más	Familiar	Otra relac.
TOTAL	565	276	289	137	108	94	90	65	50	21	84	243
Convers. otr. per.	206	96	110	53	41	36	29	20	19	8	22	91
Prof. sanitarios	71	36	35	24	18	13	10	4	2	—	11	47
Experienc. vivida	80	34	46	17	18	13	15	7	6	4	35	39
Casos he conocid.	142	73	69	27	22	20	35	14	17	7	34	96
Nc/Nd	20	14	6	6	1	3	1	3	3	3	1	4

P.11.—GRADO DE ACUERDO O DESACUERDO
CON LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES

1. *La enfermedad mental es diferente a las demás*

Muy de acuerdo	98	53	45	19	19	17	10	19	8	6	11	48
De acuerdo	278	130	148	71	45	45	50	31	28	8	43	117
Acuer. ciert. circ.	34	16	18	13	10	4	3	2	1	1	5	18
En desacuerdo	105	53	52	26	27	18	18	5	8	3	17	46
Total desacuerdo	32	13	19	7	5	9	4	5	2	—	6	12
Nc/Nd	18	11	7	1	2	1	5	3	3	3	2	2

2. *La enfermedad mental en definitiva
es un trastorno del sistema nervioso*

Muy de acuerdo	74	33	41	19	9	17	9	13	5	2	13	33
De acuerdo	309	144	165	67	62	49	58	33	29	11	37	128
Acuer. ciert. circ.	78	44	45	21	19	16	13	6	2	1	12	40
En desacuerdo	36	18	18	16	6	5	5	2	2	—	9	22
Total desacuerdo	6	4	2	2	1	1	1	1	—	—	2	2
Nc/Nd	62	33	29	12	11	6	4	10	12	7	11	18

Q.A. ABSOLUTOS

	SEXO		EDAD						RELACION			
	TOTAL	Hombre	Mujer	18 a 27	28 a 37	38 a 47	48 a 57	58 a 67	68 a 77	78 y más	Familiar	Otra relac.
TOTAL	565	276	289	137	108	94	90	65	50	21	84	243
<i>3. Todas las personas tenemos algo de "locos"</i>												
Muy de acuerdo	72	36	36	20	15	9	7	11	10	—	9	37
De acuerdo	331	155	176	89	63	55	54	32	25	13	47	147
Acuer. ciert. circ.	70	38	32	12	12	12	15	12	5	2	11	28
En desacuerdo	57	29	28	11	12	13	9	8	3	1	11	19
Total desacuerdo	13	9	4	3	2	1	2	1	3	1	2	4
Nc/Nd	22	9	13	2	4	4	3	1	4	4	4	8
<i>4. Los enfermos mentales pueden casarse como cualquier otra persona</i>												
Muy de acuerdo	23	19	4	11	2	4	1	2	1	2	6	12
De acuerdo	150	77	73	45	36	27	14	15	8	5	15	54
Acuer. ciert. circ.	141	60	81	39	32	18	26	12	11	3	19	58
En desacuerdo	151	72	79	26	20	33	29	20	17	6	20	77
Total desacuerdo	63	28	35	8	13	8	11	11	9	3	19	26
Nc/Nd	37	20	17	8	5	4	9	5	4	2	5	16
<i>5. La locura es una enfermedad que se hereda</i>												
Muy de acuerdo	14	4	10	4	2	2	3	2	1	—	3	6
De acuerdo	97	42	55	11	12	18	23	18	10	5	13	38
Acuer. ciert. circ.	125	57	68	30	31	30	12	10	8	4	21	54
En desacuerdo	175	93	82	58	37	25	27	15	9	4	24	83
Total desacuerdo	59	35	24	20	14	4	6	9	6	—	8	30
Nc/Nd	95	45	50	14	12	15	19	11	16	8	15	32
<i>6. Sin embargo, la enfermedad mental se puede prevenir</i>												
Muy de acuerdo	58	28	30	18	12	10	6	5	7	—	11	31
De acuerdo	246	115	131	63	52	37	39	29	15	11	35	106

Q.A. ABSOLUTOS

	SEXO		EDAD						RELACION			
	TOTAL	Hombre	Mujer	18 a 27	28 a 37	38 a 47	48 a 57	58 a 67	68 a 77	78 y más	Familiar	Otra relac.
TOTAL	565	276	289	137	108	94	90	65	50	21	84	243
Acuer. ciert. circ.	125	69	56	27	24	29	22	14	8	1	12	52
En desacuerdo	47	26	21	12	9	7	6	5	5	3	11	20
Total desacuerdo	19	12	7	5	3	1	4	2	3	1	4	9
Nc/Nd	70	26	44	12	8	10	13	10	12	5	11	25
<i>7. Los enfermos mentales son personas peligrosas</i>												
Muy de acuerdo	21	8	13	2	2	1	6	5	4	1	2	8
De acuerdo	81	36	45	7	14	15	21	9	11	4	10	28
Acuer. ciert. circ.	266	137	129	59	41	45	47	38	24	12	34	117
En desacuerdo	118	63	55	43	39	17	7	6	5	1	19	56
Total desacuerdo	57	23	34	18	9	15	7	4	4	—	15	25
Nc/Nd	22	9	13	8	3	1	2	3	2	3	4	9
<i>8. En realidad, hay más "locos fuera que dentro"</i>												
Muy de acuerdo	71	36	35	21	12	11	8	13	4	2	7	33
De acuerdo	267	129	138	58	50	42	51	31	23	12	35	121
Acuer. ciert. circ.	48	26	22	18	8	10	4	4	4	—	9	25
En desacuerdo	82	39	43	21	16	16	12	8	8	1	13	29
Total desacuerdo	31	16	15	4	5	6	7	2	7	—	6	12
Nc/Nd	66	30	36	15	17	9	8	7	4	6	14	23
<i>9. Personalmente no me importa ser amigo de un enfermo mental</i>												
Muy de acuerdo	109	51	58	33	19	23	13	9	10	2	19	53
De acuerdo	336	169	167	82	69	62	53	37	24	9	50	142
Acuer. ciert. circ.	66	33	33	15	10	7	12	12	7	3	6	28
En desacuerdo	29	12	17	5	4	2	7	4	3	4	6	9
Total desacuerdo	14	4	10	—	5	—	1	3	5	—	1	7
Nc/Nd	11	7	4	2	1	—	4	—	1	3	2	4

Q.A. ABSOLUTOS

	SEXO		EDAD							RELACION		
	TOTAL	Hombre	Mujer	18 a 27	28 a 37	38 a 47	48 a 57	58 a 67	68 a 77	78 y más	Familiar	Otra relac.
TOTAL	565	276	289	137	108	94	90	65	50	21	84	243
10. Los enfermos mentales deberían tratarse en las mismas clínicas y hospitalares como los demás enfermos												
Muy de acuerdo	61	34	27	12	10	13	10	12	4	—	7	31
De acuerdo	180	83	97	49	32	27	29	22	16	5	34	65
Acuer. ciert. circ.	83	37	46	20	18	21	9	8	5	2	9	38
En desacuerdo	148	75	73	38	36	14	31	12	7	10	17	71
Total desacuerdo	64	33	31	14	10	12	9	9	9	1	12	28
Nc/Nd	29	14	15	4	2	7	2	2	9	3	5	10
11. Es cierto el "dicho" de que "un loco está más cerca de un genio que de un tonto"												
Muy de acuerdo	47	23	24	13	7	7	8	8	3	1	8	26
De acuerdo	235	112	123	47	45	38	44	32	18	11	32	100
Acuer. ciert. circ.	91	47	44	30	22	16	11	4	6	2	7	42
En desacuerdo	68	36	32	18	14	14	12	5	4	1	15	24
Total desacuerdo	23	11	12	10	3	5	—	3	1	1	4	10
Nc/Nd	101	47	54	19	17	14	15	13	18	5	18	41
12. Los enfermos mentales deben votar como cualquier otro ciudadano												
Muy de acuerdo	28	15	13	8	4	5	4	4	2	1	6	10
De acuerdo	192	90	102	49	35	35	29	25	14	5	28	79
Acuer. ciert. circ.	149	70	79	40	32	22	23	15	12	5	19	74
En desacuerdo	110	52	58	25	22	19	24	11	7	2	15	50
Total desacuerdo	49	29	20	9	7	8	7	5	11	2	9	19
Nc/Nd	37	20	17	6	8	5	3	5	4	6	7	11

Q.A. ABSOLUTOS

	SEXO			EDAD						RELACION		
	TOTAL	Hombre	Mujer	18 a 27	28 a 37	38 a 47	48 a 57	58 a 67	68 a 77	78 y más	Familiar	Otra relac.
TOTAL	565	276	289	137	108	94	90	65	50	21	84	243
<i>13. Personalmente no me importaría trabajar al lado de un enfermo mental</i>												
Muy de acuerdo	64	31	33	19	12	13	10	7	2	1	9	31
De acuerdo	297	149	148	77	69	50	40	34	19	8	50	124
Acuer. ciert. circ.	97	51	46	24	12	17	20	12	10	2	12	46
En desacuerdo	60	27	33	13	7	5	15	6	9	5	6	27
Total desacuerdo	20	8	12	2	2	5	3	3	4	1	2	6
Nc/Nd	27	10	17	2	6	4	2	3	6	4	5	9
<i>14. Los enfermos mentales son incurables</i>												
Muy de acuerdo	16	8	8	2	4	—	4	2	3	1	1	8
De acuerdo	61	30	31	9	11	11	8	11	6	5	16	19
Acuer. ciert. circ.	157	78	79	27	27	25	34	22	17	5	26	71
En desacuerdo	179	84	95	55	35	28	29	19	9	4	14	78
Total desacuerdo	107	49	58	37	27	18	8	7	10	—	22	50
Nc/Nd	45	27	18	7	4	12	7	4	5	6	5	17
<i>15. Son insuficientes los recursos económicos que se emplean para la asistencia psiquiátrica</i>												
Muy de acuerdo	6	5	1	2	1	2	—	1	—	—	1	3
De acuerdo	22	14	8	3	7	1	4	3	2	2	5	8
Acuer. ciert. circ.	17	9	8	5	2	2	3	4	1	—	2	8
En desacuerdo	193	92	101	50	33	33	35	20	17	5	22	78
Total desacuerdo	209	98	11	50	46	40	29	25	15	4	38	104
Nc/Nd	118	58	60	27	19	16	19	12	15	10	16	42

% HORIZONTALES

SEXO	EDAD							RELACION			
	TOTAL	Hombre	Mujer	18 a 27	28 a 37	38 a 47	48 a 57	58 a 67	68 a 77	78 y más	Familiar Otra relac.
TOTAL	565	48,8	51,2	24,2	19,1	16,6	15,9	11,5	8,8	3,7	14,9 43,0
<i>16. Las enfermedades mentales están causadas por los conflictos de la infancia</i>											
Muy de acuerdo	25	40,0	60,0	24,0	24,0	12,0	24,0	16,0	—	—	16,0 48,0
De acuerdo	180	48,3	51,7	27,8	17,2	16,1	13,9	12,2	10,0	2,8	16,1 40,6
Acuer. ciert. circ.	216	48,1	51,9	27,3	21,8	17,6	14,4	10,2	6,0	2,8	14,4 44,0
En desacuerdo	59	54,2	45,8	22,0	22,0	13,6	20,3	8,5	11,9	1,7	11,9 50,8
Total desacuerdo	15	53,3	46,7	13,3	20,0	26,7	20,0	13,3	6,7	—	— 53,3
Nc/Nd	70	50,0	50,0	10,0	11,4	17,1	18,6	14,3	15,6	12,9	18,6 35,7
<i>17. Lo mejor es tener encerrados a quienes padecen enfermedades mentales</i>											
Muy de acuerdo	12	58,3	41,7	16,7	25,0	8,3	8,3	41,7	—	—	16,7 33,3
De acuerdo	57	47,3	52,6	12,3	12,3	10,5	19,3	26,3	8,8	10,5	10,5 42,1
Acuer. ciert. circ.	119	50,4	49,6	10,1	13,4	20,2	25,2	13,4	11,8	5,9	10,9 37,8
En desacuerdo	184	48,4	51,6	33,7	21,7	15,8	14,1	7,6	6,0	1,1	16,3 43,5
Total desacuerdo	182	47,3	52,7	29,7	22,5	17,6	11,0	7,7	9,3	2,2	17,0 48,4
Nc/Nd	11	63,6	36,4	—	9,1	18,2	18,2	9,1	27,3	11,8	18,2 18,2
<i>18. La enfermedad mental es un castigo</i>											
Muy de acuerdo	18	72,2	27,8	22,2	22,2	16,7	—	22,2	16,7	—	5,6 55,6
De acuerdo	75	45,3	54,7	18,7	13,3	17,3	16,0	22,7	6,7	5,3	18,7 29,3
Acuer. ciert. circ.	27	63,0	37,0	22,2	22,2	14,8	11,1	14,8	11,1	3,7	18,5 40,7
En desacuerdo	203	50,2	49,8	26,1	19,7	16,3	18,7	10,3	5,4	3,4	9,9 44,3
Total desacuerdo	208	46,2	53,8	26,4	20,2	16,8	15,9	8,2	10,1	2,4	15,4 49,5
Nc/Nd	34	41,2	58,8	14,7	17,6	17,6	11,8	5,9	20,6	11,8	35,3 20,6

% HORIZONTALES

SEXO	EDAD							RELACION				
	TOTAL	Hombre	Mujer	18 a 27	28 a 37	38 a 47	48 a 57	58 a 67	68 a 77	78 y más	Familiar	Otra relac.
TOTAL	565	48,8	51,2	24,2	19,1	16,6	15,9	11,5	8,8	3,7	14,9	43,0
<i>19. Las causas de las enfermedades mentales son las actuales condiciones de vida</i>												
Muy de acuerdo	41	48,8	51,2	24,4	14,6	17,1	12,2	17,1	12,2	2,4	14,6	46,3
De acuerdo	171	46,8	53,2	19,9	14,6	15,8	20,5	16,4	8,2	4,7	14,0	45,0
Acuer. ciert. circ.	159	50,3	49,7	28,3	20,8	18,2	13,2	8,8	8,8	1,9	16,4	47,2
En desacuerdo	92	46,7	53,3	29,3	22,8	17,4	15,2	6,5	7,6	1,1	18,5	37,0
Total desacuerdo	56	48,2	51,8	26,8	26,8	16,1	17,9	3,6	5,4	3,6	7,1	46,4
Nc/Nd	46	56,5	43,5	13,0	17,4	13,0	10,9	17,4	15,2	13,0	15,2	26,1
<i>20. Los enfermos mentales deben trabajar porque mejorarán</i>												
Muy de acuerdo	103	38,8	61,2	27,2	15,5	22,3	12,6	12,6	7,8	1,9	16,5	45,6
De acuerdo	316	47,8	52,2	21,5	22,2	16,1	17,1	10,8	8,5	3,8	14,9	41,8
Acuer. ciert. circ.	100	56,0	44,0	30,0	14,0	12,0	16,0	14,0	9,0	5,0	11,0	46,0
En desacuerdo	23	60,9	39,1	21,7	13,0	21,7	17,4	8,7	17,4	—	17,4	43,5
Total desacuerdo	5	40,0	60,0	40,0	20,0	20,0	—	—	20,0	—	40,0	20,0
Nc/Nd	18	72,2	27,8	22,2	22,2	11,1	16,7	11,1	5,6	11,1	16,7	38,9
<i>21. Los enfermos mentales, después que salen del hospital deberían vivir en la sociedad como cualquier otra persona</i>												
Muy de acuerdo	162	46,9	53,1	28,4	16,7	19,8	13,6	12,3	7,4	1,9	14,2	48,8
De acuerdo	349	48,4	51,6	23,2	20,3	15,8	17,5	11,2	8,0	4,0	14,3	39,3
Acuer. ciert. circ.	38	50,0	50,0	15,8	23,7	15,8	7,9	15,8	15,8	5,3	18,4	50,0
En desacuerdo	5	100,0	—	40,0	—	20,0	20,0	—	20,0	—	—	80,0
Total desacuerdo	1	100,0	—	—	—	—	—	—	100,0	—	100,0	—
Nc/Nd	10	60,0	40,0	20,0	10,0	—	30,0	—	20,0	20,0	30,0	40,0

% HORIZONTALES

SEXO	EDAD							RELACION				
	TOTAL	Hombre	Mujer	18 a 27	28 a 37	38 a 47	48 a 57	58 a 67	68 a 77	78 y más	Familiar Otra relac.	
TOTAL	565	48,8	51,2	24,2	19,1	16,6	15,9	11,5	8,8	3,7	14,9	43,0
22. Una causa de la enfermedad mental es la falta de amor												
Muy de acuerdo	66	39,4	60,6	25,8	10,6	18,2	18,2	18,2	9,1	—	22,7	37,9
De acuerdo	241	48,5	51,5	26,6	15,4	15,8	14,9	12,0	11,1	4,1	10,8	44,0
Acuer. ciert. circ.	145	49,0	51,0	20,7	26,9	19,3	13,8	9,7	6,9	2,8	17,9	43,4
En desacuerdo	59	62,7	37,3	27,1	28,8	20,3	13,6	5,1	—	5,1	18,6	42,4
Total desacuerdo	21	52,4	47,6	14,3	14,3	14,3	38,1	9,5	9,5	—	14,3	47,6
Nc/Nd	33	42,4	57,6	21,2	15,2	3,0	18,2	15,2	15,2	12,1	9,1	42,4
23. A los enfermos mentales se les debería prohibir los actos religiosos												
Muy de acuerdo	9	55,6	44,4	44,4	11,1	33,3	—	—	11,1	—	11,1	77,8
De acuerdo	18	44,4	55,6	38,9	11,1	16,7	—	11,1	22,2	—	22,2	50,0
Acuer. ciert. circ.	21	47,6	52,4	14,3	14,3	9,5	28,6	23,8	4,8	4,8	9,5	57,1
En desacuerdo	228	50,4	49,6	28,1	20,6	15,8	18,0	10,1	4,4	3,1	13,6	42,1
Total desacuerdo	259	47,5	52,5	21,2	18,9	18,5	14,3	12,4	11,2	3,5	17,0	42,1
Nc/Nd	30	50,0	50,0	13,3	20,0	6,7	20,0	10,0	16,7	13,3	6,7	33,3
24. Los manicomios deberían estar fuera de las ciudades												
Muy de acuerdo	39	64,1	35,9	10,3	10,3	12,8	15,4	30,8	15,4	5,1	15,4	30,8
De acuerdo	138	52,2	47,8	8,7	10,9	16,7	23,9	15,2	15,9	8,7	15,9	36,2
Acuer. ciert. circ.	63	47,6	52,4	25,4	30,2	17,5	15,9	3,2	6,3	1,6	12,7	57,1
En desacuerdo	161	46,0	54,0	34,8	22,4	19,9	13,0	6,2	3,1	0,6	11,8	44,7
Total desacuerdo	87	49,4	50,6	37,9	21,8	17,2	10,3	10,3	1,1	1,1	14,9	54,0
Nc/Nd	77	41,6	58,4	20,8	19,5	10,4	14,3	14,3	15,6	5,2	20,8	33,8
25. Alguien que ha estado en un manicomio no podrá volver a ser la misma persona que antes												
Muy de acuerdo	9	55,6	44,4	33,3	11,1	11,1	—	44,4	—	—	—	33,3
De acuerdo	122	55,7	44,3	23,0	19,7	16,4	13,1	13,1	11,5	3,3	15,6	39,3

% HORIZONTALES

	SEXO			EDAD						RELACION		
	TOTAL	Hombre	Mujer	18 a 27	28 a 37	38 a 47	48 a 57	58 a 67	68 a 77	78 y más	Familiar	Otra relac.
TOTAL	565	48,8	51,2	24,2	19,1	16,6	15,9	11,5	8,8	3,7	14,9	43,0
Acuer. ciert. circ.	111	46,8	53,2	18,0	23,4	16,2	13,5	14,4	11,7	2,7	15,3	45,0
En desacuerdo	171	46,8	53,2	26,3	17,5	18,1	20,5	8,2	6,4	2,9	14,0	44,4
Total desacuerdo	105	46,7	53,3	30,5	17,1	16,2	13,3	10,5	7,6	4,8	15,2	46,7
Nc/Nd	47	46,8	53,2	19,1	19,1	14,9	21,3	9,5	8,5	8,5	17,0	36,2
26. Aún más, quien haya sido tratado en un servicio psiquiátrico tampoco podrá volver a ser la misma persona												
Muy de acuerdo	15	53,3	46,7	20,0	13,3	20,0	6,7	23,3	6,7	—	6,7	26,7
De acuerdo	98	54,1	45,9	17,3	16,3	19,4	14,3	12,2	16,3	4,1	17,3	41,8
Acuer. ciert. circ.	93	51,6	48,4	16,1	19,4	20,4	19,4	16,1	6,5	2,2	18,3	49,5
En desacuerdo	192	44,3	55,7	28,1	20,8	16,1	17,7	8,9	6,3	2,1	13,0	41,1
Total desacuerdo	115	49,6	50,4	32,2	21,7	13,0	12,2	9,6	6,1	5,2	15,7	49,6
Nc/Nd	52	48,1	51,9	21,2	13,5	13,5	17,3	9,6	15,4	9,6	11,5	30,8
27. Los enfermos mentales son seres útiles a la sociedad												
Muy de acuerdo	42	57,1	42,9	26,2	23,8	21,4	11,9	9,5	4,8	2,4	11,9	54,8
De acuerdo	238	45,0	55,0	29,0	20,2	16,0	14,7	12,2	5,9	2,1	16,4	42,4
Acuer. ciert. circ.	151	49,7	50,3	20,5	20,5	17,2	16,6	9,3	11,3	4,6	9,9	49,0
En desacuerdo	55	54,5	45,5	14,5	10,9	18,2	21,8	14,5	12,7	7,3	14,5	41,8
Total desacuerdo	36	63,9	36,1	11,1	13,9	19,4	13,9	19,4	19,4	2,8	22,2	30,6
Nc/Nd	43	39,5	60,5	32,6	18,6	9,3	18,6	7,0	7,0	7,0	20,9	25,6
28. Los "manicomios" deberían desaparecer												
Muy de acuerdo	54	64,8	35,2	31,5	24,1	16,7	11,1	7,4	7,4	1,9	13,0	59,3
De acuerdo	125	45,6	54,4	27,2	29,6	16,0	14,4	8,0	3,2	1,6	12,8	44,8
Acuer. ciert. circ.	56	50,0	50,0	37,5	16,1	21,4	8,9	8,9	7,1	—	25,0	37,5
En desacuerdo	163	44,2	55,8	20,9	15,3	18,4	20,9	11,7	7,4	5,5	12,3	40,5
Total desacuerdo	138	48,6	51,4	16,7	15,2	14,5	15,9	18,1	16,7	2,9	18,1	38,4
Nc/Nd	29	58,6	41,4	27,6	10,3	10,3	17,2	6,9	10,3	17,2	6,9	51,7

Q.A. ABSOLUTOS

	SEXO		EDAD							RELACION		
	TOTAL	Hombre	Mujer	18 a 27	28 a 37	38 a 47	48 a 57	58 a 67	68 a 77	78 y más	Familiar	Otra relac.
TOTAL	565	276	289	137	108	94	90	65	50	21	84	243
<i>29. Muchos enfermos mentales trabajarian como cualquier otra persona si encontraran trabajo</i>												
Muy de acuerdo	76	32	44	24	9	12	9	13	7	2	13	38
De acuerdo	317	144	173	73	70	61	50	30	25	8	40	132
Acuer. ciert. circ.	88	46	42	23	17	14	11	14	4	5	15	43
En desacuerdo	40	28	12	7	6	4	11	5	5	2	6	15
Total desacuerdo	23	14	9	4	3	3	4	3	6	—	6	6
Nc/Nd	21	12	9	6	3	—	5	—	3	4	4	9
<i>30. ¿Cuál es su postura sobre el "dicho" "los locos por el palo se vuelven cuerdos"?</i>												
Muy de acuerdo	3	2	1	1	1	—	—	1	—	—	1	2
De acuerdo	20	9	11	4	1	3	6	3	3	—	4	7
Acuer. ciert. circ.	23	12	11	3	3	1	5	7	3	1	4	8
En desacuerdo	148	71	77	32	28	26	29	15	11	7	20	64
Total desacuerdo	315	150	165	86	64	54	43	31	30	7	50	144
Nc/Nd	56	32	24	11	11	10	7	8	3	6	5	18
<i>31. Estar loco es haber perdido la inteligencia</i>												
Muy de acuerdo	16	3	13	1	1	2	3	7	2	—	—	4
De acuerdo	89	43	46	5	7	12	19	17	20	9	20	27
Acuer. ciert. circ.	47	26	21	6	5	9	8	7	8	4	8	18
En desacuerdo	208	96	112	54	48	32	40	18	13	3	27	93
Total desacuerdo	161	86	75	65	38	32	12	9	4	1	22	84
Nc/Nd	44	22	22	6	9	7	8	7	3	4	7	17

Q.A. ABSOLUTOS

SEXO	EDAD							RELACION				
	TOTAL	Hombre	Mujer	18 a 27	28 a 37	38 a 47	48 a 57	58 a 67	68 a 77	78 y más	Familiar Otra relac.	
TOTAL	565	276	289	137	108	94	90	65	50	21	84	243

P.12.—¿CUAL ES SU SENTIMIENTO FRENTE A UN ENFERMO MENTAL?

Miedo	67	23	44	9	12	10	7	14	10	5	11	24
Indiferencia	19	11	8	9	3	2	2	2	1	—	2	7
Deseo de ayudar	301	143	158	73	56	58	51	31	26	6	41	139
Desprecio	8	3	5	3	—	2	—	1	2	—	2	4
Respeto	191	91	100	44	43	26	33	19	20	6	22	97
Lástima	241	119	122	46	33	33	50	34	32	13	44	89
Preocupación	176	79	97	51	46	31	22	13	11	2	29	80
Pánico/terror	7	—	7	—	—	3	—	3	1	—	1	2
Simpl. malestar	26	13	13	7	5	5	1	4	3	1	1	10
Temor pase mismo	78	37	41	13	16	15	16	7	6	5	10	36
Nc/Nd	7	5	2	2	2	—	1	1	—	1	2	2

P.13.—A SU JUICIO, ¿CUAL DEBERIA SER EL TRATAMIENTO MEJOR PARA LOS ENFERMOS MENTALES?

Medicamentos	173	86	87	38	30	29	32	15	18	11	24	76
Ayuda psicológica	321	151	170	95	69	57	47	23	23	7	41	147
Ayuda social	303	151	152	93	63	49	42	25	24	7	46	131
Otros	52	26	26	7	12	12	9	9	3	—	9	30
Nc/Nd	54	27	27	7	3	3	9	15	9	8	12	14

P.14.—¿DONDE DEBERIA VIVIR ACTUALMENTE UN ENFERMO MENTAL?

Casa con familia	294	129	165	78	58	53	41	28	28	8	53	132
Hospital psiq.	197	107	90	40	35	27	41	25	20	9	26	84
Clínica privada	21	10	11	3	7	2	5	2	1	1	5	7

% HORIZONTALES

SEXO	EDAD							RELACION			
	TOTAL	Hombre	Mujer	18 a 27	28 a 37	38 a 47	48 a 57	58 a 67	68 a 77	78 y más	Familiar Otra relac.
TOTAL	565	48,8	51,2	24,2	19,1	16,6	15,9	11,5	8,8	3,7	14,9 43,0

P.15.—EN EL CASO DE QUE PADECIESE UNA ENFERMEDAD MENTAL,
¿DONDE PREFERIRIA QUE LE TRATASEN?

Dom. con familia	295	45,1	54,9	25,1	20,3	16,9	13,6	10,8	10,5	2,7	16,3 43,4
Hospital psiq.	143	53,1	46,9	21,7	16,1	12,6	22,4	11,2	11,2	4,9	18,9 42,7
Sala psiq. SS	64	48,4	51,6	17,2	17,2	25,0	15,6	15,6	4,7	4,7	4,7 37,5
Sala psiq. hosp.	16	81,3	18,8	31,3	18,8	31,3	12,5	6,3	—	—	— 56,3
S. psq. hosp. unv.	12	41,7	58,3	50,0	25,0	16,7	8,3	—	—	—	16,7 58,3
Hospital privado	25	44,0	56,0	40,0	20,0	24,0	4,0	12,0	—	—	12,0 48,0
Nc/Nd	41	53,7	46,3	22,0	24,4	17,1	9,8	12,2	7,3	7,3	14,6 39,0

P.16.—AUTOPOSICION POLITICA

Extrema derecha	7	14,3	85,7	42,9	—	14,3	28,6	14,3	—	—	— 71,4
Centro derecha	25	44,0	56,0	20,0	24,0	12,0	12,0	12,0	12,0	0,8	16,0 44,0
Centro	45	66,7	33,3	17,8	17,8	20,0	17,8	11,1	13,3	2,2	17,8 55,6
Centro izquierda	31	74,2	25,8	25,8	25,5	22,6	6,5	6,5	—	3,2	19,4 54,8
Extrema izquierda	6	100,0	—	33,3	22,2	—	33,3	—	—	—	33,3 50,0
Apolítico	202	40,6	59,4	22,8	14,9	21,3	18,3	10,4	8,9	3,5	14,4 36,1
Izquierda	60	61,7	38,3	41,7	35,0	8,3	10,0	3,3	1,7	—	15,0 50,0
Derecha	37	54,1	45,9	21,6	8,1	8,1	27,0	18,9	10,8	5,4	10,8 35,1
Anarquista	10	80,0	20,0	10,0	70,0	20,0	—	—	—	—	10,0 90,0
Nc/Nd	142	40,8	59,2	21,8	14,1	14,8	14,1	16,9	12,7	5,6	14,8 40,1

P.17.—AUTOCALIFICACION RELIGIOSA

Indiferente	27	66,7	33,3	37,0	29,6	11,1	7,4	7,4	—	7,4	22,2 40,7
Cat. no pract.	84	64,3	35,7	32,1	31,0	16,7	13,1	4,8	2,4	—	14,3 47,6

% HORIZONTALES

SEXO	EDAD							RELACION				
	TOTAL	Hombre	Mujer	18 a 27	28 a 37	38 a 47	48 a 57	58 a 67	68 a 77	78 y más	Familiar	Otra relac.
TOTAL	565	48,8	51,2	24,2	19,1	16,6	15,9	11,5	8,8	3,7	14,9	43,0
Cat. n/muy pract.	139	52,5	47,5	26,6	20,1	17,3	15,1	12,9	5,8	2,2	10,1	42,4
Cat. practicante	242	37,2	62,8	18,2	11,2	19,4	20,2	14,9	12,0	4,1	13,2	43,0
Muy buen cat.	23	30,4	69,6	8,7	8,7	13,0	21,7	8,7	30,4	8,7	39,1	34,8
Otra relig. n/cat.	1	—	100,0	100,0	—	—	—	—	—	—	—	100,0
No creyente	25	84,0	16,0	36,0	48,0	4,0	4,0	—	4,0	4,0	28,0	48,0
Nc/Nd	24	54,2	45,8	29,2	20,8	8,3	4,2	12,5	12,5	12,5	16,7	33,3

**Los Servicios de Psiquiatría y Psicología
del Hospital Psiquiátrico de Ávila están
realizando un estudio sobre LA ENFER-
MEDAD MENTAL Y EL PROBLEMA
DE LA DROGA.**

**¡AYUDANOS EN ESTE TRABAJO,
UTIL PARA TODOS!**



Institución Gran Duque de Alba

8.2. Modelos de cuestionarios

8.3. Tablas QB

TABLAS ESTADISTICAS

HOSPITAL PSIQUIATRICO DE AVILA SERVICIO DE PSIQUIATRIA

ESTUDIO SOCIOLOGICO SOBRE LAS ENFERMEDADES MENTALES EN AVILA

Cuestionario B

PERSONAL ASISTENCIAL HOSPITALARIO

P.1.—SEXO

	<i>%</i>
Varón	32
Mujer	66
Nc/Nd	2
	<hr/>
	100

P.2.—AÑOS CUMPLIDOS

	<i>%</i>
De 12 a 27	63
De 28 a 37	20
De 38 a 47	10
De 48 a 57	4
Nc/Nd	3
	<hr/>
	100

P.3.—¿CUANTO TIEMPO LLEVA USTED TRABAJANDO EN PSIQUIATRIA?

	%
De 1 a 6 meses	25
De 6 meses a 1 año	4
Más de 1 año	23
Más de 2 años	4
Más de 3 años	40
Nc/Nd	4
	100

P.4.—¿CUAL ES SU GRADO DE ACUERDO O DESACUERDO CON CADA UNA DE ESTAS AFIRMACIONES?

4.1. *La enfermedad mental es diferente a las demás*

	%
Muy de acuerdo	11
De acuerdo	29
De acuerdo en ciertas circunstancias	40
En desacuerdo	11
En total desacuerdo	7
Nc/Nd	2
	100

4.2. *La enfermedad mental, en definitiva, es un trastorno del sistema nervioso*

	%
Muy de acuerdo	8
De acuerdo	25
De acuerdo en ciertas circunstancias	42
En desacuerdo	15
En total desacuerdo	9
Nc/Nd	1
	100

4.3. *Todas las personas tenemos algo de "locos"*

	%
Muy de acuerdo	19
De acuerdo	44
De acuerdo en ciertas circunstancias	42
En desacuerdo	15
En total desacuerdo	9
Nc/Nd	1
	100

4.4. *Los enfermos mentales pueden casarse como cualquier otra persona*

	%
Muy de acuerdo	4
De acuerdo	16
De acuerdo en ciertas circunstancias	57
En desacuerdo	12
En total desacuerdo	5
Nc/Nd	6
	100

4.5. *La locura es una enfermedad que se hereda*

	%
Muy de acuerdo	3
De acuerdo	10
De acuerdo en ciertas circunstancias	32
En desacuerdo	32
En total desacuerdo	15
Nc/Nd	8
	100

4.6. *Sin embargo, la enfermedad mental se puede "prevenir"*

	%
Muy de acuerdo	18
De acuerdo	32
De acuerdo en ciertas circunstancias	38
En desacuerdo	9
En total desacuerdo	2
Nc/Nd	1
	100

4.7. Los enfermos mentales son personas peligrosas

	%
Muy de acuerdo	2
De acuerdo	1
De acuerdo en ciertas circunstancias	55
En desacuerdo	29
En total desacuerdo	12
Nc/Nd	1
	<hr/> 100

4.8. En realidad, hay más "locos" fuera que dentro

	%
Muy de acuerdo	10
De acuerdo	36
De acuerdo en ciertas circunstancias	17
En desacuerdo	21
En total desacuerdo	9
Nc/Nd	7
	<hr/> 100

4.9. Personalmente no me importa ser amigo de un enfermo mental

	%
Muy de acuerdo	24
De acuerdo	48
De acuerdo en ciertas circunstancias	19
En desacuerdo	6
En total desacuerdo	2
Nc/Nd	1
	<hr/> 100

4.10. Los enfermos mentales deberían tratarse en las mismas clínicas y hospitales como todos los demás enfermos

	%
Muy de acuerdo	10
De acuerdo	18
De acuerdo en ciertas circunstancias	26
En desacuerdo	31
En total desacuerdo	14
Nc/Nd	1
	<hr/> 100

4.11. *Es cierto el "dicho" de que "un loco está más cerca de un genio que de un tonto"*

	%
Muy de acuerdo	6
De acuerdo	19
De acuerdo en ciertas circunstancias	27
En desacuerdo	28
En total desacuerdo	7
Nc/Nd	<u>13</u>
	100

4.12. *Los enfermos mentales deben votar como cualquier otro ciudadano*

	%
Muy de acuerdo	5
De acuerdo	16
De acuerdo en ciertas circunstancias	50
En desacuerdo	16
En total desacuerdo	5
Nc/Nd	<u>8</u>
	100

4.13. *Personalmente no me importaría trabajar al lado de un enfermo mental*

	%
Muy de acuerdo	22
De acuerdo	34
De acuerdo en ciertas circunstancias	37
En desacuerdo	4
En total desacuerdo	—
Nc/Nd	<u>3</u>
	100

4.14. *Los enfermos mentales son incurables*

	%
Muy de acuerdo	2
De acuerdo	5
De acuerdo en ciertas circunstancias	33
En desacuerdo	29
En total desacuerdo	28
Nc/Nd	<u>3</u>
	100

4.15. Son insuficientes los recursos económicos que se emplean para la asistencia psiquiátrica

	%
Muy de acuerdo	53
De acuerdo	29
De acuerdo en ciertas circunstancias	2
En desacuerdo	5
En total desacuerdo	4
Nc/Nd	<u>7</u>
	100

4.16. Las enfermedades mentales están causadas por los conflictos de la infancia

	%
Muy de acuerdo	3
De acuerdo	15
De acuerdo en ciertas circunstancias	69
En desacuerdo	9
En total desacuerdo	1
Nc/Nd	<u>3</u>
	100

4.17. Lo mejor es tener "encerrados" a quienes padecen enfermedades mentales

	%
Muy de acuerdo	2
De acuerdo	—
De acuerdo en ciertas circunstancias	10
En desacuerdo	35
En total desacuerdo	49
Nc/Nd	<u>4</u>
	100

4.18. La enfermedad mental es un castigo

	%
Muy de acuerdo	5
De acuerdo	1
De acuerdo en ciertas circunstancias	5
En desacuerdo	23
En total desacuerdo	59
Nc/Nd	<u>7</u>
	100

4.19. *Las causas de las enfermedades mentales son las actuales condiciones de vida*

	%
Muy de acuerdo	2
De acuerdo	7
De acuerdo en ciertas circunstancias	56
En desacuerdo	18
En total desacuerdo	12
Nc/Nd	5
	100

4.20. *Los enfermos mentales deben trabajar porque mejoran*

	%
Muy de acuerdo	26
De acuerdo	42
De acuerdo en ciertas circunstancias	29
En desacuerdo	1
En total desacuerdo	—
Nc/Nd	2
	100

4.21. *Los enfermos mentales, después que salen del hospital, deberían vivir en la sociedad como cualquier otra persona*

	%
Muy de acuerdo	49
De acuerdo	37
De acuerdo en ciertas circunstancias	12
En desacuerdo	1
En total desacuerdo	—
Nc/Nd	1
	100

4.22. *Una causa de la enfermedad mental es la falta de amor*

	%
Muy de acuerdo	17
De acuerdo	27
De acuerdo en ciertas circunstancias	43
En desacuerdo	8
En total desacuerdo	2
Nc/Nd	3
	100

4.23. A los enfermos mentales se les debería prohibir los actos religiosos

	%
Muy de acuerdo	2
De acuerdo	3
De acuerdo en ciertas circunstancias	4
En desacuerdo	41
En total desacuerdo	46
Nc/Nd	4
	<hr/> 100

4.24. Los manicomios deberían estar fuera de las ciudades

	%
Muy de acuerdo	2
De acuerdo	7
De acuerdo en ciertas circunstancias	5
En desacuerdo	37
En total desacuerdo	41
Nc/Nd	8
	<hr/> 100

4.25. Alguien que ha estado en un manicomio no podrá volver a ser la misma persona que antes

	%
Muy de acuerdo	3
De acuerdo	9
De acuerdo en ciertas circunstancias	15
En desacuerdo	33
En total desacuerdo	37
Nc/Nd	3
	<hr/> 100

4.26. Aún más, quien haya sido tratado en un Servicio Psiquiátrico tampoco podrá volver a ser la misma persona

	%
Muy de acuerdo	2
De acuerdo	5
De acuerdo en ciertas circunstancias	15
En desacuerdo	45
En total desacuerdo	32
Nc/Nd	1
	<hr/> 100

4.27. Los enfermos mentales son seres útiles a la sociedad

	%
Muy de acuerdo	15
De acuerdo	38
De acuerdo en ciertas circunstancias	35
En desacuerdo	5
En total desacuerdo	2
Nc/Nd	5
	<hr/> 100

4.28. Los "manicomios" deberían desaparecer

	%
Muy de acuerdo	28
De acuerdo	35
De acuerdo en ciertas circunstancias	8
En desacuerdo	13
En total desacuerdo	10
Nc/Nd	6
	<hr/> 100

4.29. Muchos enfermos mentales trabajarían como cualquier otra persona si encontraran trabajo

	%
Muy de acuerdo	24
De acuerdo	43
De acuerdo en ciertas circunstancias	29
En desacuerdo	2
En total desacuerdo	—
Nc/Nd	2
	<hr/> 100

4.30. ¿Cuál es su postura sobre el "dicho": "los locos por el palo se vuelven cuerdos"?

	%
Muy de acuerdo	1
De acuerdo	—
De acuerdo en ciertas circunstancias	2
En desacuerdo	26
En total desacuerdo	63
Nc/Nd	8
	<hr/> 100

4.31. *Estar loco es haber perdido la inteligencia*

	<i>%</i>
Muy de acuerdo	1
De acuerdo	1
De acuerdo en ciertas circunstancias	4
En desacuerdo	37
En total desacuerdo	53
Nc/Nd	4
	100

P.5.—REFLEXIONE Y SEÑALE CUALES ERAN SUS SENTIMIENTOS FRENTE A UN ENFERMO MENTAL PREVIOS A SU TRABAJO EN EL HOSPITAL Y ACTUALMENTE (*)

	Antes	Ahora
Miedo	52	2
Indiferencia	22	1
Deseo de ayudarle	25	88
Desprecio	5	1
Respeto	38	63
Lástima	37	16
Preocupación	30	40
Pánico o terror	11	1
Simplemente malestar	14	1
El temor a que me pase a mí lo mismo	19	19
	253	232
	(136)	(136)

P.6.—A SU JUICIO: ¿CUAL DEBERIA SER EL TRATAMIENTO MEJOR PARA LOS ENFERMOS MENTALES? (*)

	<i>%</i>
Con medicamentos	50
Ayuda psicológica	78
Ayuda social	81
Otros (especificar)	14
Nc/Nd	5
	228

(*) La suma rebasa el ciento por ciento ideal al tratarse de una pregunta de respuesta múltiple.

P.7.—¿DONDE DEBERIA VIVIR HABITUALMENTE UN ENFERMO MENTAL? (*)

	<i>%</i>
En casa con su familia	76
En un hospital psiquiátrico	40
En una clínica privada	3
En una sala de psiquiatría de un hospital general	18
En un piso con otros enfermos	31
Nc/Nd	7
	175

P.8.—EN EL CASO DE QUE USTED PADECIESE UNA ENFERMEDAD MENTAL, ¿DONDE PREFERIRIA QUE LE TRATASEN? (*)

	<i>%</i>
En su domicilio con su familia	71
En un hospital psiquiátrico	29
En una sala de psiquiatría perteneciente a la Seguridad Social	9
En una sala de psiquiatría de un hospital general, no de la Seguridad Social	4
En una sala de psiquiatría de un hospital universitario	3
En un hospital privado	8
Nc/Nd	7
	131

(*) La suma rebasa el ciento por ciento ideal al tratarse de una pregunta de respuesta múltiple.

8.3.3. *Tablas QC*

TABLAS ESTADISTICAS

Cuestionario C

MEDICOS DE LA CAPITAL Y PROVINCIA ABULENSE

P.1.—DATOS PERSONALES

	%
Varón	82
Mujer	18
	<u>100</u>

P.2.—GRUPO DE EDAD (AÑOS)

	%
Hasta 30	37
De 31 a 40	35
De 41 a 50	10
De 51 a 60	8
60 o más	10
	<u>100</u>

P.3.—AÑOS QUE LLEVA EJERCIENDO

	%
Menos de 5	34
De 5 a 10	30
Más de 10	36
	<u>100</u>

P.4.—RESIDENCIA PROFESIONAL EN LA ACTUALIDAD

	%
Avila capital	39
Avila provincia	55
Nc/Nd	6
	<u>100</u>

P.5.—EJERCE USTED COMO:

	%
Médico General	78
Especialista	22
	<hr/> 100

P.6.—¿COMO CREE USTED CONOCER LA PROBLEMATICA
DE LA ENFERMEDAD MENTAL EN AVILA Y SU PROVINCIA?

	%
Perfectamente	1
La conozco suficiente para poder opinar	17
Conozco sólo datos generales	29
La conozco de manera elemental ...	29
En realidad casi no la conozco	24
	<hr/> 100

P.7.—DESDE SU PERSPECTIVA PROFESIONAL, ¿CUAL ES LA SITUACION ACTUAL DE LA ASISTENCIA A LOS ENFERMOS MENTALES EN AVILA?

	%
Muy buena	2
Buena	11
Aceptable	47
Mala	31
Muy mala	4
Nc/Nd	5
	<hr/> 100

P.8.—¿QUE PORCENTAJE APROXIMADO DE SUS CONSULTAS ESTIMA QUE SE DEBEN A PROBLEMATICA PSICOLOGICO-PSIQUIATRICA PREFERENTEMENTE?

	%
Menos del 5%	13
Del 5% al 10%	27
Del 11% al 25%	30

	%
Del 26% al 40%	15
Del 41% al 55%	8
Del 56% al 70%	3
Más del 70%	2
Nc/Nd	2
	<hr/> 100

P.9.—¿CREE USTED QUE EN EL ESTADO ACTUAL DE LA PSIQUIATRIA SE OBTIENE UN RESULTADO TERAPEUTICO SATISFACTORIO?

	%
En la mayoría de los casos	2
En bastantes casos	25
En algunos casos	47
En pocos casos	22
En ningún caso	2
Nc/Nd	2
	<hr/> 100

P.10.—SINCERAMENTE: ¿CUAL ES SU GRADO DE “ACUERDO O DESACUERDO” CON CADA UNO DE LOS CAMBIOS YA EN MARCHA O DE PROXIMA IMPLANTACION?

10.1. *Ley 13/1983 publicada en el BOE del 26 de octubre del mismo año, que pone en manos del juez el internamiento involuntario que antes podía ser por orden facultativa, judicial o gubernativa*

	%
Muy de acuerdo	2
De acuerdo	13
De acuerdo en ciertas circunstancias	38
En desacuerdo	26
En total desacuerdo	13
Nc/Nd	8
	<hr/> 100

**PRINCIPIOS DEL INFORME
DE LA COMISION MINISTERIAL PARA LA REFORMA PSIQUIATRICA**

- 10.2. El sistema general de la salud debe integrar la atención psiquiátrica y la promoción de la salud mental, asumiendo los aspectos biopsicosociales del enfermo**

	%
Muy de acuerdo	55
De acuerdo	20
De acuerdo en ciertas circunstancias	12
En desacuerdo	5
En total desacuerdo	4
Nc/Nd	4
	<hr/>
	100

- 10.3. El enfermo mental debe ser contemplado como un paciente más del sistema general de atención a la salud**

	%
Muy de acuerdo	58
De acuerdo	33
De acuerdo en ciertas circunstancias	4
En desacuerdo	3
En total desacuerdo	1
Nc/Nd	1
	<hr/>
	100

- 10.4. La atención psiquiátrica se realizará, preferentemente, fuera del ámbito hospitalario**

	%
Muy de acuerdo	22
De acuerdo	30
De acuerdo en ciertas circunstancias	39
En desacuerdo	6
En total desacuerdo	2
Nc/Nd	1
	<hr/>
	100

10.5. *La duración de la hospitalización estará siempre en función de criterios terapéuticos*

	<i>%</i>
Muy de acuerdo	36
De acuerdo	44
De acuerdo en ciertas circunstancias	16
En desacuerdo	2
En total desacuerdo	1
Nc/Nd	1
	<u>100</u>

10.6. *Los ingresos por causa psíquica han de ir realizándose progresivamente en el hospital general*

	<i>%</i>
Muy de acuerdo	12
De acuerdo	32
De acuerdo en ciertas circunstancias	33
En desacuerdo	11
En total desacuerdo	8
Nc/Nd	4
	<u>100</u>

10.7. *Los hospitales generales han de ir contemplando la atención psicológica y psiquiátrica como un elemento más de sus prestaciones asistenciales*

	<i>%</i>
Muy de acuerdo	31
De acuerdo	47
De acuerdo en ciertas circunstancias	12
En desacuerdo	6
En total desacuerdo	3
Nc/Nd	1
	<u>100</u>

- 10.8. *La unidad psiquiátrica del hospital general formará parte de la unidad de salud mental del área, cubriendo las funciones asistenciales, docentes e investigadoras que le correspondan*

	<i>%</i>
Muy de acuerdo	38
De acuerdo	51
De acuerdo en ciertas circunstancias	6
En desacuerdo	—
En total desacuerdo	2
Nc/Nd	3
	100

- 10.9. *Es preciso incentivar la puesta en marcha de planes específicos para los hospitales psiquiátricos, orientados hacia su transformación y progresiva superación, simultaneados con acciones alternativas de los mismos y dentro de las áreas de salud*

	<i>%</i>
Muy de acuerdo	41
De acuerdo	46
De acuerdo en ciertas circunstancias	7
En desacuerdo	—
En total desacuerdo	2
Nc/Nd	4
	100

- 10.10. *Los hospitales psiquiátricos deben reducir progresivamente su número de camas; preparar a sus pacientes institucionalizados, mediante el desarrollo de programas interdisciplinares, para una futura externación y actualizar y formar a sus profesionales en otras formas de atención psiquiátrica*

	<i>%</i>
Muy de acuerdo	27
De acuerdo	45
De acuerdo en ciertas circunstancias	19
En desacuerdo	3
En total desacuerdo	2
Nc/Nd	4
	100

10.11. *La atención psiquiátrica de urgencia estará integrada en el sistema general de urgencias, como apoyatura de dichos servicios*

	<i>%</i>
Muy de acuerdo	34
De acuerdo	44
De acuerdo en ciertas circunstancias	13
En desacuerdo	6
En total desacuerdo	1
Nc/Nd	2
	<hr/> 100

9. LA LOCURA EN EL REFRANERO

(Recopilación de refranes relativos a la locura)

A mi abuelo y a mi padre que me enseñaron muchos. Y a mi hijo, con el deseo que también él “en sus apuros y afanes pida consejo a los refranes”.

Sólo unas líneas para introducir esta parte del apéndice dedicada a los refranes referidos al tema de los locos y la locura, que realizamos para poderlos utilizar en la elaboración de los cuestionarios y que hemos ordenado según su contenido.

No podemos dejar de señalar la extraordinaria riqueza existente, ya que hemos revisado 54.000, incluyendo las diversas ediciones, en las que algunos se repiten de forma muy similar, para extraer los que buscábamos. Existen textos del tema desde el siglo XVI a nuestros días por lo que ofrecemos una recopilación sin entrar en profundidad en su análisis, lo que sería un afán que excedería en nuestros fines.

No obstante, merecería la pena recordar la definición de Oliver (1983).

“Los refranes son frases hechas de carácter polisémico cuyo sentido se concreta al relacionarlas con el contexto en que se inscriben”.

“El doctor Espinosa, muy culto letrado del Valladolid viejo, cuenta de un cierto doctor Cuéllar, abogado del primer tercio del siglo XVI, que dejó una buena parte de su herencia para una casa de ora'es, justificando su piadosa resolución con estas palabras: ‘Con locos y porfiados lo gané, y a los locos lo dejé’” (Rodríguez Marín, 1926.

QUE TRATA DEL ORIGEN Y CURACION DE LA LOCURA

Habas en flor, loco en rigor.

Quien de locura enferma, tarde sana.

El mal que no tiene cura es la locura.

Mal de locura sólo la muerte lo cura.

Quien loco nace, nunca sana.

La locura no tiene cura; si la tiene, poco le dura.

Ya vengo y ya voy, y si loco me fui, loco me estoy.

Sana alguna vez el loco, pero jamás el tonto.

Quien de locura enfermó, tarde o nunca sanó.

Quien enferma de locura, tarde sana o por ventura.

Sarna y locura, tarde cura.

Segura (Teruel) todo lo cura, menos gálico y locura.

Estudiante tontiloco, por mucho que estudie, sabrá poco.

La doncellez y el seso, piérdense de una vez para in aeternum.

Medicina que todo lo cura, locura.

Al hombre alocado, el castigo le hará avisado.

El loco por la pena es cuerdo.

Al hombre discreto se le convence con razones; pero al necio con palos y mojicones.

Con la razón al sabio, y al loco con el palo.

Curar a todos con el mismo ungüento es loco pensamiento.

El mozo loco, a la vejez es otro.

El tiempo todo lo cura, menos la vejez y la locura.

El tonto, nace; el loco, se hace.

Quien loco nace, hasta la muerte loco se yace.

*De padres muy cuerdos, hijos muy lerdos.
El tiempo, ni siempre da canas, ni siempre da seso.
El tonto nace, el sabio se hace.
(Un cantarcillo vulgar andaluz:*

*"Quien tonto nace,
tono se cría,
tono se quéa
pa tóta la vía").*

*El tonto y la malicia, nacieron el mismo día.
Si jugó, jugará; si loco estuvo, recaerá.
El seso no viene de avenida, sino poco a poco y día tras día.
Quien carretea, trastorna.*

*Quien de presto se acelera, pronto baja su mollera.
Quien el seso, la vergüenza o el virgo pierde, piérdelo para siempre.
Quien enferma de locura, tarde o nunca cura.
(En Italia: "Chi nasce pazzo, non guarisce mai").
Ningún tonto se vuelve loco.*

SOBRE LAS COSTUMBRES Y SINTOMAS DE LOS LOCOS

*Un loco jamás deja la casa en paz.
Ansi es dura cosa, al loco callar, como al cuerdo hablar.
La pared blanca sirve al loco de carta.
Un loco junto al fuego, jamás lo deja quieto.
Si el loco asentado está, o los pies mueve o cantará.
Un loco no consiente tener sosiego la gente.
Al loco, lo mucho le parece poco.
Cabeza grande, pocos sesos y mucho aire.
Cabeza grande, poco vale.
Cabeza grande y gran cabeza, son dos cosas muy diversas.
En fiestas locas, gente mucha y personas pocas.
Hacer un hoyo para tapar otro, es obra de loco.
Haz mucho y habla poco, que lo contrario hace el loco.*

(En Toscana, Italia: "Il bel del gioco, è il far dei fali e parlar poco".)

Los tontos sin letras son menos tontos con ellas.

Merluza grande que pese poco, sólo puede buscarla un loco.

Los niños y la gente loca, la verdad en la boca; cierdos y sabios, la mentira en los labios.

Niños y locos, lo cuentan todo.

Niños y orates dicen las verdades.

Al más loco toma el toro; que el cuerdo, húyele el cuerpo.

Al tonto se le conoce pronto.

Apagar el fuego con estopa, cosa es de cabeza loca.

Apagar con aceite el fuego no es de hombre con seso.

Ara mucho y siembra poco, pues lo contrario hace el loco.

A toda ley es loco quien presume de sí y vale poco.

A mucha marea, el loco es quien avienta.

A romerías y a bodas van las locas todas.

Cada uno suena como tiene la cabeza.

Cazador loco, sustenta a muchos por prender a otro.

Dar y retener, buen juicio ha de menester. Quien escribe en la pared, o niño, o tonto, o loco es.

De tal cabeza, tal sentencia.

El bofetón de la tonta: que ni sobró mano, ni faltó cara.

En casa del jugador loco, la alegría dura poco.

Hablar mucho y callar poco es de hombre necio y loco.

Harto es loco quien cría hijos de otro.

Harto es necio y loco quien vacía su cuero por henchir el de otro.

La fortuna de un loco es encontrar a otro.

La mano cuerda no va tras la loca lengua.

La moza loca, más quiere pandero que toca.

La moza loca, por lista sufre la toca.

La mujer y la gaviota cuanto más viejas, más locas.

Las discretas callan y las locas parlan.

Lo que hace el loco a la derrería, hace el sabio a la primera.

Más preguntas hace el loco, que sabe el cuerdo dar respuestas.

Todos los tontos son dichosos.

Todos los tontos son memoriosos.

La memoria es el talento de los tontos.

Todos los tontos tienen fortuna, mientras que los vivos ayunan.
"Fortuna favet fatuis".
"La fortuna rit aux sots.
Al hombre se le mide de cejas arriba.
Al que se casa una vez, dan corona de paciencia; y al que dos, capirote de demencia.

Bien y pronto sólo lo intenta algún tonto. Porque pronto y bien, rara vez juntos se ven.

¡Qué pronto da la cara un tonto!
Quien bebe y canta, loco se levanta.
Quien come y canta, algún sentido le falta.
Hombre cabezudo, poco sesudo.
Hombre narigudo, hombre sesuso.
Hombre tontiloco, para nada o para poco.
Largo el pelo y corto el seso, por las mujeres va eso.
La tonta de la paila: le dan pan y baila.
Los hombres prudentes callan cuando los tontos hablan.
Llegó el loco y adobólo.
Mójase el bobo y su capote y todo.
No hay tal saber como tonto parecer y no lo ser.
No hay tonto a quien no admire otro tonto.
Por ganar lo poco, perdió lo mucho el loco.
Querer sacar la picaza del soto, es de hombre loco. Porque picaza en soto no la sacan ni entre ocho.

Quien por lo dudoso deja lo cierto, tiene poco seso.
Quien por su seso no se guía, hará cualquier tontería.
Quien roba poco, es tonto o loco.
Tonto es, o loco, quien dice que no ha de menester a otro.
Loco atiesta a otro.
Un loco huye de otro.
A quien al comer está cantando, en la casa de los locos lo están esperando.
Cabello luengo, corto el seso.
Cabeza grande, talento chico.
Cabeza sin seso, como hueca, tiene poco peso.
Cabeza sin seso, no encanece el pelo.
Cada uno está contento con su seso.

(Bien se dijo que el talento es la única cosa del mundo que está bien repartida a gusto de todos: porque cada cual está contento del suyo; no hay tonto que se tenga por tonto).

Do se rigen, por sola afición fallecen el juicio y la razón.

El poco seso canta en la mesa y silva en el lecho.

Quien come y canta, sentido le falta.

El seso está en la lengua.

En obras y pleitos gasta el loco sus dineros.

Ganar mucho y gastar poco, si es de avaro, no es de loco.

Hijos de viejo, alguno tiene seso y el que es loco de sí lo tiene todo.

Hombre de poco conocimiento, hogar sin cimiento.

Las mujeres, o bobas o locas, cuerdas pocas.

Llevar el agua al mar y loco estar, son a la par.

Más vale loco que necio.

Mozas locas por casar, mal ganado de guardar.

Mujer con toca, dos veces loca.

Nadie es más engreido que un tonto bien vestido.

Necio o loco es el orgulloso, pues no medita en que fue lodo y será polvo.

No hay hombre tan loco que hable mucho estando solo.

Cosa es de tontos y locos hablar mucho y hacer poco.

Cuando un tonto coge una linde, la linde se acaba y el tonto sigue.

Oye mucho y habla poco, pues lo contrario hace el loco.

¿Para qué tanta librería quien tiene la sesera vacía?

Para ser tonto no es menester estudiar.

Pared blanca, papel de locos.

Pensamiento loco y vano es atar a Dios las manos.

Pescada gorda y que pese poco, es pedir de hombre loco.

Pez grande y que pese poco quiere el mezquino y el loco.

Pintar para el ciego y tañer para el sordo, ¿quién hay tan tonto?

Pon al loco en la banca y él menea el pie o canta.

Quien con los locos está cuerdo, está más loco que ellos.

Quien da lo que es de otro, o se burla o es loco.

(Dos aforismos jurídicos:

“Nemo dat quod non habet”.

“Nemo plus juris in alium transferre potest quam ipse haberet”.)

Quien descubre su secreto, no tiene el seso completo.

Quien desprecia lo poco es necio o loco.

Quien locamente en negocios entra, sale con las manos en la cabeza.

Quien piensa que no ha de menester a otro, es bobo o loco.

Quien practicando no aprende, poco talento tiene.

Quien pudiendo hurtar mucho hurta poco, más que delincuente es loco.

Quien roba poco es necio o loco.

(Ya decía Ariosto en el canto XXIV de su Orlando:

"E qual é di pazzia segno piú spresso

Che per altri voler perder se stresso".)

Si das, loco estás; si prestas, al cobrar será la fiesta; si fías, al llegar el plazo vendrán las agonías.

Tonto con libros, tonto y medio.

Cada loco con su tema.

Locura es no guardar lo que cuesta sudores ganar.

Cada loco con su piedra.

Cobrar mucho y obrar poco, que lo demás es de loco.

O he poder poco o dirán que no soy loco.

Quien come y canta, de locura se levanta.

Quien juega mucho es un loco, y quien no juega nada es un tonto.

Reír mucho es de locos; no reír jamás es de gatos.

Tonto que calla, por sabio pasa.

Yo podré poco o dirán que no soy loco.

En cosas que importan poco, el mucho preferir es de locos.

Quien habiendo manzanilla bebe cerveza, ha perdido la cabeza.

Quien hable como un bobo, bebe como un lobo.

Quien hable hueco, tiene el cerebro seco.

Quien hable para hacer eco, tiene el cerebro hueco.

Quien más parece lerdo, suele ser muy cuerdo.

Quien mucho cavila, vida se quita.

Quien no sabe hacerse el tonto, de veras es tonto.

Quien oye, ve, y calla, de tonto no tiene nada.

Quien pide pepinos invernales, no está en sus cabales.

Quien se casa con vieja, fea y sin dote, es tonto de capirote.

Quien tiene poco juicio y de buenos no se aconseja, por una que acierta, diez yerra.

Quien tiene seso para todo, tiene medida y peso.

Sabio es, y no loco, el que teniendo mucho lo tiene en poco.

*Ser loco una vez al año, te hará provecho y no daño.
Si la ira durara, sería locura clara.
Si pasar por cuerdo quieres, no te fíes de las mujeres.
Cosa es de tontiloco hablar mucho sabiendo poco.
Amasijo de la loca, que amasó una fanega y fue poca.
El pedir mucho es de loco, y de tonto pedir poco.
El tonto de suyo, es malicioso.
Loco o malvado es quien niega a los tuyos y ayuda a los extraños.
A las romerías y a las bodas van las locas todas.
La moza loca, la risa en la boca.
Un loco busca a otro.
El loco, al monte; el cuerdo, al molino.*

DE LA UNIVERSALIDAD DE LA LOCURA

*Otro loco hay en Chinchilla.
Si la locura fuera dolores, en cada casa tendría voces.
Todos somos locos, los unos de los otros.
Mucho o poco, todos somos locos.
Este mundo es una jaula de locos: los cuerdos son muy pocos.
“Stultorum infinitus est numerus”, Eclesiastés, 1, 15.
No están todos los locos en la casa de Nuncio.
No son todos locos los que tienen seso poco.
Son ya tantos los locos, que los atados son pocos.
Los locos nunca fueron pocos.
Si no perdonas al ignorante, ni sufres al loco, tu eres otro.
Los más son todos o locos; los cuerdos pocos.
Del airado al loco, va muy poco.
De médico, poeta y loco, todos tenemos un poco.
De músico, poeta y loco, todos tenemos un poco.
En Sicilia lo dicen así (colección de Pitrè):
Tri M soli aviri l'omu: medicu, musicu, mastru.*

De poetas, de médicos y de locos, todos tenemos un poco.

¿De qué te ríes tonto? De ver a otro.

Donde el loco se perdió, aviso el cuerdo halló.

Lo que no es para bobos, no es para todos.

Toda humana criatura, tiene un ramito de locura.

Todos tenemos algún pelillo de burro.

¿Qué criaturas no tienen un ramito de locura?

Quien busca un tonto, lo encuentra pronto.

Quien de mozo no nacea, de viejo loquea.

En Galicia: "O que de mozo non tolea, de vello perde a cabeza".

Si la vanidad fuese muy cara y se vendiera por varas, no habría tantos tontos con tanta.

Si piensas con los pocos, los muchos te tendrán por loco.

Donde hay pocos cuerdos y muchos locos, arrinconados están los pocos.

Donde hay pocos cuerdos y muchos locos, no seas tú de los pocos.

El hombre más discreto lleva un loco dentro.

Feria de locos es el mundo todo.

Rara es la mujer hermosa que no tiene un ramito de loca.

Saber mucho y decir tonterías lo vemos todos los días.

Bien tendría el rey duelos si todo el mundo fuera cuerdo.

Tontos y locos nunca fueron pocos.

Tontos bien afortunados los verás a cada paso.

En Francia: "La fortune rit aux sots".

Con molde se hacen los tontos, y hay tantos, porque los hacen pronto.

Cada criatura tiene su ramito de locura.

"Stultitiam nemo fugit".

En Italia: "Ognun ha il suo ramicello".

Toda criatura tiene su ramito de locura.

Cada hombre cuerdo lleva un loco dentro.

Cada uno lleva un loco en el meollo.

Cada uno lleva un loco en la manga.

El mundo es una jaula de locos.

"Stultorum infinitus est numerus". Eclesiastés, 1, 15.

No hay mujer que tenga seso cuando se mira al espejo.

No todos los locos están en jaulas, que muchos por las calles sueltos andan.

Todos somos o tontos, o locos, o tontilocos.

No hay cosa más variable que ventura, ni más miserable que locura.

ACERCA DE LA FALTA DE LIMITES

Del loco al airado no va un palmo.

No es loco, mas tiene poco seso.

Cada hombre cuerdo lleva un loco dentro.

El hombre más discreto lleva un loco dentro.

Cada uno lleva un loco dentro, o despierto o dormido.

Del cuerdo al loco va muy poco.

A quien tiene la razón más segura, no le falta un ramo de locura.

Cada criatura tiene un ramito de locura.

Si somos locos los cuerdos, ¿cómo no van a serlo ellos?

De poetas y de locos, todos tenemos un poco.

No hay cabeza sin barreno.

En el convite habla poco o te tendrán por loco.

Al loco lo mucho le parece poco.

El loco y el no loco, do halla un dinero busca otro.

Locura es atemorizarse por lo que no pueda excursarse.

Locura es correr en vano.

Todos los locos no están en la casa de Nuncio.

Hombre loco, él se tiene en mucho y a los demás los tiene en poco.

La ciencia es locura si no la gobierna la locura.

La grey paga las locuras de su rey.

La ira es locura el tiempo que dura.

La mujer tiene largo el cabello y corto el entendimiento.

Llamé a una mujer "loca", ¡y lo que echó por esa boca!

Mucho o poco todos somos locos.

"Stultitiam nemo fugit".

En Italia: "Ognun ha il suo ramicello".

Mujer bella, o loca o necia.

No es sabio del todo quien no tiene algo de loco.

"Nullum magnum ingenium sine mixtura dementiae fuit". Séneca.

No son todos los locos los que tienen seso poco.
Algo el sabio no tiene, sino sabe hacerse el loco cuando le conviene.
As de oros, no lo juegan bobos.
A veces el necio, dice un dicho cuerdo.
Cuando el hombre es más anciano tiene el juicio más sano.
De locos atrevimientos resultan escarmientos.
De padres cuerdos hijos lerdos.
De padres sabios hijos tontos.
La ira, con la locura linda.
La labor de la mujer es poca, y quien no la hace, es loca.
La mucha ciencia es locura, si el buen seso no la cura.
A veces el sabio se hace el loco, y aún lo es un poco.
Más aprovecha al sabio ser reprendido, que al loco ser herido.
Quien se enfurece, si no es loco, lo parece.
Si somos locos los cuerdos, ¿cómo no habrán de serlo ellos?
Entre el loco y el airado, media un paso.
¿Cuándo es el hombre de veras cuerdo? Cuando piensa que es sabio.
De borracho a loco va muy poco.
De cabeza a calabaza suele ir poco o nada.
Hombre de gorda cabeza, o sabiduría o simpleza.
El ebrio y el demente, son dos ausentes.
*Del segundo dice el Digesto, *De diversis regularis juris...* “*Furiosus loco obsentis est*”.*
El mozo, ciego y loco.
Estando callado, el tonto se parece al sabio.
A veces el sabio, necio parece.
Bobo soy, bobillo; pero bien distingo lo blanco de lo amarillo (Oro y plata).
Bobo soy, bobo; pero bien distingo un real de a cuatro de un real de a ocho.
Cada uno lleva dentro un loco dormido; si se despierta está perdido.
Cada uno lleva un loco dentro, o dormido o despertado.
*En Italia: “*Ognun ha un ramo di pazzia*”.*
*Francia: “*Chacum a un fou dans sa mancha*”.*
Del loco al airado no va un palmo.
Poco a poco el cuerdo se hace el loco.
No hay quien sepa de locos como el que estuvo atado.

SOBRE LOS RIESGOS DE TRATAR CON LOCOS

*Al loco, todos le dejan solo.
Del loco, porrada o mala palabra.
De loco en lugar estrecho espera daño y no provecho.
Espada en mano de loco, el daño es del que se la dio.
Al loco y al toro, dejarlos solos.
A los locos se los da la razón. Y, con todo y eso, no la tienen.
El loco es el amo de la calle.
De hombre porfioso y de loco furioso, Dios nos guarde.
En viendo al loco, dejarle solo.
Al demente que lo encierren.
Al loco todos le dejan solo.
Casamiento sin cordura, perpetua amargura.
Quien de un loco se libra, gana un día.
Con tontos, ni a comer merengues.
Con tontos, ni a misa.
Estar con un loco en lugar estrecho, tiene su riesgo.
Un cuerdo entre locos, ellos se tienen por cuerdos, y a él le tiene por loco.
De ladrón dentro de casa y de loco fuera de ella, librenos Dios y nuestra buena estrella.*

DEL CONTAGIO DE LA LOCURA

*Un loco hace ciento.
Un loco hace ciento; y un loco a un regimiento.
En Toscana: “Un’matto ne fa cento”.
El loco hace al loco y el sobrio al tonto.
Los locos nunca fueron pocos.
A quien nueve meses estuvo en la barriga de una loca, algo le toca.
El loco hace al loco y el sabio al tonto.
Es un loco quien su mal echa a otro.
Un loco hace ciento; y un cuento.*

En Italia: "Un pazzo ne fa cento".

Ya entre locos me metí y lo que fuera de ellos será de mí.

Cuatro locos que andan sueltos traen al mundo revuelto.

Por haceros cuerdo no me hagáis a mí el necio.

SOBRE COMO TRATAR A LOS LOCOS

No prediques al loco, porque no te tenga en loco.

Al demente, que lo encierren.

Con disciplina se curan los locos.

Con el loco, loco.

Al loco quitarle el palo y si quiere arremeter, darle con él.

Cuando topases con el loco fingete necio.

Con locos no te burles o con lo que te dijeren sufre.

Al loco y al fraile, aire.

Al toro y al loco, de lejos.

Quitar el palo al loco no es hacer poco.

Guárdate del loco y del que habla poco.

En viendo al loco, déjale solo.

Quien se libra del loco no ha hecho poco.

¿Quiéres librarte de un loco?: hazte el loco.

Al loco y al malo, dales la razón y quítales el palo.

En Francia: "A l'enfant, au fol, au vilain, ôte le couteau de la main".

Aunque sea loco el decidor, sea cuerdo el escuchador.

No hay mayor tonto que el que cree tontos a los otros.

Quien alaba al tonto su tontería, lo hace más tonto todavía.

Quien mucho roba, páguelo en la horca; quien roba poco, en la casa de los locos.

Tratando con el loco, hazte el loco.

Un sabio huelga con otro y un loco con otro loco.

A macho tonto, arriero loco.

Quien con locos ha de entenderse, seso ha de menester.

Quien gana cuatro y gasta cinco por loco lo llevan a San Francisco.

Seso quiere el gobernar locos.

*Sufre con cordura hasta ver la tuya.
Tonto es el que piensa que otro no piensa.
Al loco y al malo, dales la razón y quitales el palo.
A los tontos y porfiados la mejor bofetada es dejarlos.
Al dinero, al loco y al aire, darle calle.
Al loco y al toro dejarles solos.
A los locos se los da la razón.
A quinto cerril, cabo loco.*

*Y por onomatopeya lo dice el tambor,
y lo entienden y lo repitan los quintos:*

*"Plan rata plán,
plan rataplán
un cabo loco te amansará".*

*Con locos no te burles, o lo que te dijeren sufre.
Cuando estés entre tontos, hazte el tonto.
Háblale al loco, pero no al sordo.
Yerra y no poco, quien contiene con un loco.
Más vale tratar con el tonto que con el medio tonto.
No sabe poco quien sabe ser cuerdo con el cuerdo y loco con el loco.
Perdona al necio y resiste al loco, y no harás poco.
¿Quiéres librarte de un loco?: échale otro loco.
¿Quiéres librarte de un loco?: hazte el loco.
A palabras locas, razones pocas.
Con cada cuerda se ata a la loca.
Con la moza loca, anden las manos y calle la boca.
Con larga cuerda no hay mujer cuerda.
La desgracia de un loco es dar con otro.
Lo que al loco se da, perdido está.
A un loco, échale otro loco, o dos, si uno es poco.
A un loco, loco y medio.
En Toscana: "A pazzo un altro pazzo e messo".
Al loco, déjale solo.
La desgracia de un loco es estar con otro.
Lo que al loco se da, perdido está.
El loco, por la pena es cuerdo.*

RELACION DE LA LOCURA Y EL ENAMORAMIENTO

*Un loco furioso y un celoso, todo es lo propio.
El loco carece de juicio; el enamorado de seso.
El loco de juicio es privado, y de seso el enamorado.
El amor es loco, pero a muchos los vuelve tontos.
El amor hace de locos cuerdos y sabios de necios; con que, ¡enamórate, Pedro!
El amor poco, nunca es loco; pero si mucho es, con otro obstáculo da al revés.
Amor loco: yo por vos y vos por otro.
Los amores tienen eso: que sorben el seso.
Los amores vuelven tontos o locos a los hombres.
No a pocos el amor ha vuelto locos.
Amor es demencia, y su médico, la ausencia.
Amor, locura y dineros, no pueden estar cubiertos.
Enamorado y loco, lo uno es lo otro.
Amantes amentes sunt.
Lo que no cabe en razón, cabe en pasión.
Tener amor y tener seso, ¿cómo puede ser eso?
Camoens, en su égloga III:
“...onde visdte, Nympha, amor sesudo”.
El seso lo sorben las mujeres a los hombres.
El seso lo sorben los hombres a las mujeres.
Cuando padece la razón, no faltan manos al corazón.
El amor da al necio osadía y entendimiento.
Amor es demencia, y su médico la ausencia.*

DE COMO SE APROVECHAN LOS DEMAS

*Los locos hacen la fiesta y los cuerdos gozan de ella.
Locos hacen el banquete que los cuerdos celebran.
Locos y porfiados costean grandes sobrados.
Locos y porfiados hacen ricos a los letrados.*

*Un loco labra la casa y doma potro para otro.
Al más loco toma el toro; que al cuerdo, húyele el cuerpo.
Pasada la fiesta, el loco que la hizo resta.
En la barba del loco aprenden a rapar los demás.
Locos sustentan el mundo, cuerdos lo lloran y necios lo gozan.
Los locos trabajan para los necios.
Los locos, a la guerra; los cuerdos, a su tierra.
Los locos a las gavias.
Los locos hacen las grandes cosas y los cuerdos las gozan.
En Sicilia: "Li matti fannu li fatti".
Mientras mi vecina sea boba, me excuso de gastar mi escoba.
Mientras yo tengo vecinas bobas, ¿quién me manda comprar escobas?
Badajos cortos y sacristanes locos, esos son los que nos mantienen a nosotros.
Callad, que bobos lo pagarán.
En la barba del loco, aprenden a rapar todos.
En la miel del modorro, todos hacen sopas.
En la miel del modorro, mojan su sopa todos.
Ese es el loco: el que se vacía por henchir a otro.
Así anda este mundo loco: llorando unos para que rían otros.*

ACERCA DEL VALOR Y LA CREATIVIDAD DE LA LOCURA

*Un loco tira una piedra en el mar y cien cuerdos no la pueden sacar.
El sabio piensa las cosas, y el loco las hace.
Del cuerdo espera poco; mucho del loco.
Los grandes locos hacen las grandes cosas.
Mientras el cuerdo duda, el loco emprende y termina la aventura.
Si locos no hubiera, el mundo nada valiera.
Cuatro locos que andan sueltos, traen al mundo revuelto.
Sin tener una venilla de loco, el hombre vale poco.
La locura hace andar, y la vergüenza parar.
Los niños y los locos dicen las verdades.
La ciencia es locura, si buen seso no la cura.*

*Los locos y los refranes dicen las verdades.
De poetas y locos, todos tenemos un poco.
Más vale ser loco que tonto.
Más vale ser loco que necio.
Díjolo al loco, más no al sordo.
Más loco es el que dice lo que le daña.
Muchas veces el necio da un buen consejo, acaso, que no con seso.
Los niños y los locos, adivinan.
Un loco tira a un pozo una piedra, y no la pueden sacar diez cuerdos con diez cuerdas.
Si no hubiera locos, valdría el mundo muy poco.
Sin tener una venilla de loco, el hombre vale poco.
Si los niños y los locos son los verdaderos, es que mienten los hombres cuerdos.
Más vale el remedio del necio que el consejo del cuerdo.*

DE COMO UN LOCO NO SE PERJUDICA A SI MISMO

*Ninguno es tonto para su provecho.
Cien locos conocí, todos cuerdos para no dañarse a sí.
Ningún loco rompe a pedradas sus tejas, sino las ajenas.
Aunque loco, no tanto que eche cantos.
Más sabe el loco en su hacienda, que el cuerdo en la ajena.
¿Quién es tan loco que siembre abrojos?
No hay loco que coma lumbre.
En cosas de su provecho, el más tonto es el cuerdo.*

HACERSE EL LOCO

*Fingir locura, a veces es cordura.
Unos ganan por locos y otros pierden por cuerdos.
Un día en cada año, ser loco el cuerdo no es daño.*

*La que en carnaval loquéa, todosantéa.
Cuando están entre tontos, hazte el tonto.
Tratando con el loco, hazte el loco.*

DE OTROS ASUNTOS VARIOS RELACIONADOS CON LA LOCURA

- El mal entra como un loco y sale poco a poco.
Donde no hay ventura, de poco sirve la cordura.
Febrero es loco, tiene días veintiocho, pero si bisiesto el año fuese, cuéntale veintinueve.
Febrero es loco y abril, no poco.
¡Fortuna loca! ¡Tanta virtualla a unos y a otros tan poca!
“Fortuna multis dat nimis, satis nulli” (Marcial).
Gran locura es pretender hurtarse el hombre a su ventura.
Más vale un burro que ande que caballo loco.
¡Mundo raro y loco, que prometes mucho y das poco!
A los santos y a los tontos los tienta el diablo más pronto.
A macho tonto, arriero loco.
A día loco, caminante cuerdo.
Asturiano, loco y vano, poco fiel y mal cristiano.
A un hombre cuerdo, atadle un necio al pie y darle ha una landre.
Baezanos, tontos y vanos.
Cocos, comé poco a poco, que así hago yo desde concejo loco.
De Daroca (Zaragoza) o puta o loca.
¿Dónde vas, oveja loca?.—A ver si topa.
El agosto, aunque sea poco, quien no goza de él es loco.
En este mundo loco unos duran mucho y otros poco.
Este mundo es una casa de locos: cantan unos y lloran otros.
Este mundo es una jaula de locos: unos por mucho y otros por poco.
Febrero es loco, no pasó de veintiocho, sacó a su padre al sol, y después lo apedreó.
Febrero, el loco, sacó a su hermano al sol y apedrólo.
Febrero es loco y marzo no poco.*

¡Qué avería, un caballo loco en una cacharrería!
Hay caballos locos y burros cierdos.
La fortuna es loca.
La necesidad y la locura suelen andar juntas.
Largo el cabello y corto el seso.
Loca es la oveja que al lobo se confiesa.
Loco es el salce y más el que por él no hace.
Mal que no tiene cura, quererlo curar es locura.
Tonto latino, tonto superfino.
Tonto serás si tabaco y papel das; pero si también das lumbre, maricón eres de costumbre.

Tontos narigudos, pocos o ninguno.
Tontos narigudos, por milagro verás uno.
Tontos sabios nunca ví; pero sabios tontos, sí.
Un hombre inteligente vale más que un millón de imbéciles.
Un tonto no se hizo doctor en tontería porque aún latín no sabía.
En Italia: "I pazziper littera sano i maggiori pazzi".
Quien bebe cerveza en Jerez, o es tonto o lo quiere parecer.
Quien donde algo reparten no acude pronto, es tonto.
Quien está a cubierto cuando llueve, es tonto si se mueve.
Quien forma juicios de pronto es hombre alocado o tonto.
Loco es el hombre que sus prisiones ama, aunque sean de oro y plata.
Viene febrerillo, el loco, con sus días veintiocho; quien bien los ha de contar, treinta le ha de hechar.

Quien no hace cuenta de lo poco, es tonto o loco.
Quien no tiene cabeza, tenga piernas.
Rica, hermosa, y buen seso, nunca la vi.
Rica, hermosa, y buen seso, bocadito sin hueso; pero, ¿dónde está eso?
Si tonto has de ser al fin, más te quiero tonto en romance, que tonto en latín.
Tiene algún tonto la guitarra, porque piensen que sabe tocarla. Y otros tienen libros, para que crean que los han leído.

El tonto de Cádiz, que no se entera pero se mete dentro.
Febrerillo, el mocho, con sus días veintiocho; menos loco serías, si tuvieras menos días.

Fraile de buen seso, guarda lo suyo y como lo ajeno.
Muchos pocos quieren los que no son locos.

*O es sabio o es loco quien al mundo estima en poco.
Quien su mujer alaba a otro, o convida con ella, o es tonto.
Quien todo lo tiene en poco, o es tonto, o es necio, o es loco.
¿Quiéres comer a costa de otros? Hazte el tonto.
Unos tener tanto y otros tan poco, propio es de este mundo loco.
Un piojo en la altura, ¡La locura!
En febrero loco, ningún día se parece a otro.
Febrero y marzo, locos ambos.
Cada uno procura para sí; y yo, como tonto, para mí.
Cinco cosas procura: salud, saber, paz, abundancia y cordura.
Cuenta y razón, buenas cosas son.
De juez loco, sentencia brava.
Locura es temer lo que no se puede excusar.
La mujer trocó el seso por el cabello.
Las gaviotas, mientras más viejas, más locas.
Mundo loco, mundo loco, ¡unos tanto y otros tan poco!
Ni más variable que ventura, ni más miserable que locura.
Mucho pide el loco, y el que se lo da es otro.
Ni tomes consejo de loco, ni domes, ni subas en potro, ni tu mujer alabes a otro.
No está en las barbas el seso, sino debajo del sombrero.
Palabras locas, pedos de boca.
Para el ambicioso loco, todo es poco.
Por holgazana y loca, anda María sin toca.
No hay mujer que tenga seso cuando se mira al espejo.
No hay tonto, por tonto que sea, que tonto se crea.
O es loco o es de casa quien recio a la puerta llama.
Oficio que no mantiene, bobo es quien lo tiene.
Palo de ciego, coz de muleto, beso de tonto y revés de bellaco, dolos al diablo.
¿Quieres hartarle? Hazte el loco; así hizo el otro.
Unas mujeres son bobas, otras alocás, y ambas cosas las demás.
Vida que vale tan poco, quien la estima es más que loco.
Ara mucho y siembra poco, pues lo contrario hace el loco.
A toda ley es loco, quien presume de sí y vale poco.
Mucho pide el truhán, pero más locos son los que se lo dan.
Ni tanto ni tan poco, caballero loco.*

Pechos de mujer, fruta de locos: mirarla mucho, y gozarla poco.

¿Qué haces, loca?, más abajo está la boca.

Refranes que no sean verdaderos y febreros que no sean locos, pocos.

Tú eres vino, y yo Martino; tú me harás loco, más yo te haré poco.

Un viejo sobre un potro, un loco sobre otro.

Quien trae mazo es loco o ganso.

Para hacer una buena ensalada, cuatro hombres hacen falta: para la sal, un sábio; para el aceite, un pródigo; para el vinagre, un avariento; y para revolverla, un loco; llega luego un hambriento y se come en un dos por tres lo que hicieron el sabio, el pródigo, el loco y el avariento.

APENDICE DE REFRANES: BIBLIOGRAFIA

- ALONSO DE BARROS: *Refranero Español*. Ediciones Ibéricas. Madrid, 1968.
7.^a Edición.
- MALDONADO, F. C. R.: *Refranero Clásico Español y otros Dichos Populares*.
Ed. Taurus. Madrid, 1974.
- MARTINEZ KLEISER, L.: *Refranero General Ideológico Español*. Ed. Hernando.
Madrid, 1982.
- OLIVER, J. M.: *Refranero Español. Selección*. Ed. Deana. Madrid, 1983.
- OLIVER, J. M.: *Refranero Español*. Ed. Sena. Madrid, 1983.
- RODRIGUEZ MARIN, F.: *Refranes Castellanos*. Tip. de la Revista de Archivos
y Bibliotecas y Museos, 1926. Linotipias Montserrat. Madrid, 1975, Tres tomos.
- VERGARA MARTIN, G. M.: *Refranero Geográfico Español*. Editorial Hernando.
Madrid, 1986.

10. BIBLIOGRAFIA



Institución Gran Duque de Alba

- AGBAYEWA, M. O., and LEICHNER, P. P.: "Effect of psychiatric rotation on psychiatric knowledge and attitudes towards Psychiatry in rotating interns". *Canadian Journal of Psychiatry*. Dic, 1985, vol. 30, n.º 8, pp. 602-608.
- ALCAIDE INCHAUSTI, A.: *Estadística aplicada a las Ciencias Sociales*. Ed. Pirámide. Madrid, 1976.
- ALMARCHA, A.; DE MIGUEL, A., y otros: *La documentación y organización de los datos en la investigación sociológica*. Confederación Española de Cajas de Ahorro. Madrid, 1969.
- ALONSO FERNANDEZ, F.: *Psiquiatría Sociológica*. Ed. Paz Montalvo. Madrid, 1974.
- ARNHOFF, F. N.: "Social consequences of policy toward mental illness". *Reflections*, 1976. Vol. 11, n.º 2, pp. 46-61.
- ARONSON, E.: *El animal social. Introducción a la psicología social*. Ed. Alianza Universidad. Madrid, 1985. 4.ª Edición.
- ARRANZ, T.; LOPEZ, T.; PERISE, L.: "Análisis comparativo de las ideologías sobre el enfermo mental en varios grupos, relacionado con el Hospital Psiquiátrico". *Informaciones Psiquiátricas*, vol. XIV, n.º 52-53. 1972.
- AUDISON, M.: "Le service public de psychiatrie face au problème de la réhabilitation sociale et professionnelle des malades mentaux". *Informaciones Psiquiátricas*, 1982. Marzo, vol. 58, pp. 383-394.
- BAHN, A. K.: "Aplicación de la estadística a la psiquiatría". *Tratado de Psiquiatría*. Tomo I. Ed. Salvat. Barcelona, 1982.
- BASTIDE, R.: *Sociología de las enfermedades mentales*. Ed. Siglo XXI. Madrid, 1978.
- BERGER, N. A.: "Relationship of staff attitudes, patient's level of conflict, and discharge from the psychiatric hospital". *Dissertation Abstracts International*, 1982. Mayo, vol. 42.
- BLUM, J. D.; REDLICH, F.: *Mental healthpractitioners. Old stereotypes and new realities*. Arch. gen. Psychiatry. USA, 1980, vol. 37, n.º 11, pp. 1247-1253.
- BROWN, B. S.: "Definición de salud y enfermedad mental". En *Tratado de Psiquiatría*. Ed. Salvat. Barcelona, 1982.
- BROWN, P.: "Attitudes towards the right of mental patients: a national survey in the United States". En *Social Science and Medicine*, 1982. Vol. 16, n.º 23, pp. 2025-2039.

- BROWS, S.: "Coping skills training: Attitude toward mental illness, depression, and quality of life one year later". En *Journal of Counseling Psychology*, 1983. Enero, vol. 30, pp. 117-120.
- BUENDIA VIDAL, J.: "Aceptación social del enfermo mental en Murcia (1983)". *Psiquis*, vol. V/143. Marzo, 1984.
- BUGEDA, J.: *Manual de técnicas de investigación social*. Instituto de Estudios Políticos. Madrid, 1970.
- BUGEDA, J.: *La medida en las ciencias sociales*. CECA. Madrid, 1974.
- CALICCHIA, J. P.: "Attitudinal comparison of mental health and nonmental health professionals toward ex-mental patients". *Journal of Psychology*, 108, 35.
- CAMERON, N.: *Desarrollo y psicopatología de la personalidad*. Ed. Trillas. México, 1982.
- DEL CAMPO, S.: *La Sociología Científica Moderna*. Instituto de Estudios Políticos. Madrid, 1982.
- CATEL PIERRA, O.: *Medicine générale et psychiatrie (enquête auprès de médecins praticiens dans un secteur donné de l'Hérault)*. Montpellier, 1979.
- CAUDILL, W.: *El hospital psiquiátrico como comunidad terapéutica*. Ed. Escuela. Buenos Aires, 1966.
- CLARK, D. H.: *Terapia Social en Psiquiatría*. Ed. Morata. Madrid, 1982.
- CLARK, R., and MARTIRE, D.: "The image of Psychiatry today". *Psychiatric Opinion*. Nov., 1978, vol. 15, n.º 11, pp. 10-16.
- CLAUSEN, JH. A.: "Sociología y Psiquiatría". En *Tratado de Psiquiatría*. Tomo I. Ed. Salvat. Barcelona, 1982.
- CLAY LINDGREN, H.: *Introducción a la Psicología Social*. Ed. Trillas. México, 1978.
- CODERCH, J.: *Psiquiatría Dinámica*. Ed. Herder. Barcelona, 1975.
- COE, R.: *Sociología de la Medicina*. Alianza Editorial. 1973.
- COLBERG, J. H.: "Sociocultural comparisons in attributions of mental illness: Tolerance of deviance". *Disertation Abstracts International*, 1983. Agosto, vol. 44.
- CHANOT, P. F.; DOUARIN, J. y cols.: "Pathologie mentale et profession: perspectives épidémiologiques, à propos d'une enquête au long cours". *Inf. Psychiatriques*, 1980. Vol. 56, n.º 8, pp. 1023-1041.
- CHALMIN MARCHAIS, A.: *Comment fonctionnent les services de psychiatrie à l'intérieur de l'hôpital général*. París, 1980.
- CHALEY, K.: "Psychosocial stresses and psychiatric disorders in an outpatient population in Saudi Arabi". *Acta Psychiatrica Scandinavica*. Feb. 1986, vol. 73, n.º 2, pp. 147-151.
- D'AMORIM, M. A.: "Nível socioeconómico, percepção da doença mental e atitude em relação ao doente mental". En *Arquivos Brasileiros de Psicología*, 1982. Oct.-dic. Vol. 34, pp. 113-121.
- D'AMORIM, M. A.: "Atitudes de uma comunidade em relação a doença mental". En *Arquivos Brasileiros de Psicología*, 1983. Enero-marzo, vol. 35, pp. 68-77.
- DASBERG, H.; SHEFLER, G., y cols.: "Local attitudes as a basis for the planning of a community mental health service jerusalem". En *Israel journal of Psychiatry and Related Sciences*. Israel, 1984, vol. 21, n.º 4, pp. 147-165.

- DIEZ MANRIQUE, J. F.: "Actitudes hacia el enfermo psiquiátrico". En *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría y Ciencias Afines*, 1983, vol. 11, pp. 195-312.
- DISTEFANO, M. K.; PRYER, M., y cols.: "Clients'satisfaction and interpersonal trust among hospitalized psychiatric patients". En *Psychol. Rep. USA*, 1981, vol. 49, n.º 2, pp. 420-422.
- DOMINO, G.: "Impacto of de film 'One flew over the cuckoo's Nest' on attitudes towards mental illness". En *Psychological Reports*, 1983. Agosto, vol. 53, pp. 179-182.
- DSM III.: *Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales*. Ed. Masson, Barcelona, 1983.
- DURKEHIM, E.: *Las reglas del método sociológico*. Ed. Dédalo. Buenos Aires, 1964.
- DUVERGER, M.: *Métodos de las Ciencias Sociales*. Ed. Ariel. Barcelona, 10.ª edición, 1978.
- ECO, U.: *Cómo se hace una tesis*. Ed. Gedisa. Barcelona, 5.ª edición, 1983.
- EISEMANN, M.: "Social class and social morbidity in depressed patients". *Acta Psychiatrica Scandinavica*. Abril, 1986, vol. 73, n.º 4, pp. 399-402.
- EKER, D.: "Effect of type of cause on attitudes toward mental illness and relationships between the attitudes". En *Internacional Journal of Social Psychiatry*. GBR, 1985, vol. 31, n.º 4, pp. 243-251.
- FESTINGER, L.; KATZ, D.: *Los métodos de investigación en las ciencias sociales*. 3.ª edición. Ed. Paidos. Buenos Aires, 1978.
- FLASKERUD, J. H.; KVIZ, F. J.: "Rural attitudes toward and knowledge of mental illness and treatment resources". En *Hospital and Community Psychiatry*, vol. 34, n.º 3, marzo, 1983, pp. 229-233.
- FULLER, CH. C.: "Interpersonal orientation opinions about mentalillness as they relate to job satisfaction among psychiatrics aides". *Dissertation Abstrats International*, 1982, vol. 43.
- GARCIA FERRANDO, M.: *Sobre el método. Problemas de Investigación empírica en Sociología*. Madrid, CIS, 1979.
- GARCIA FERRANDO, M.; IBAÑEZ, J., y ALVIRA, F.: *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación*. Alianza Universidad. Madrid, 1986.
- GARCIA GUILLEN, D.: "Humanismo y Medicina". En *Sociología de la Salud*. Primeras Jornadas de Sociología de la Salud, 1983. Vitoria. Servicios Centrales de Publicaciones del Gobierno Vasco, 1983, pp. 25-43.
- GARONNA, F., y MERCURIO, A.: "La consulenza psichiatrica in ospedale generale nella pratica di un servizio psichiatrico di diagnosi e cura". Servizi di Salute Mentale della Provincia Autonoma di Trento. Italia. *Medicina Psicosomática*, 1983. Enero-marzo, vol. 28, pp. 59-71.
- GELFANDS, D.; ULLMANN, L.: "Change in attitudes about illness associated with psychiatric clarksihip trainning". *The Inter. J. Social Psychiat.* VII, pp. 292-299, 1961.
- GINER, D.: *Sociología*. Ed. Península. Barcelona, 1983.
- GOFFMAN, E.: "Internados". *Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Ed. Amorrotu. Buenos Aires, 1970.

- GOLDTHORPE, J. E.: *Introducción a la Sociología*. Alianza Universidad. Madrid, 1982.
- GONZALEZ, B.: "Contribuciones de la Sociología a la Medicina (I)". En *Jano*. Enero-febrero, 1985, n.º 644-H.
- GONZALEZ, B.: "Contribuciones de la Sociología a la Medicina (II)". En *Jano*. Febrero-marzo, 1985, n.º 645-H.
- GONZALEZ SEARA: *La Sociología, aventura dialéctica*. Ed. Tecnos, Madrid, 1971.
- GOODE, W. J.: *Métodos de Investigación Social*. Ed. Trillas. México, 1975.
- GOULDER, A. W.: *Patterns of industrial bureaucracy*. Free Press. Nueva York, 1964.
- GOULDER, A. W.: *La crisis de la Sociología Occidental*. Ed. Amorrortu. Buenos Aires, 1973.
- GRANDISON, R.: "Individual differences in the behavioral confirmation of the mental illness stigma". *Dissertation Abstrats International*, 1985. Marzo, vol. 45.
- GRISHAM, W. M.: "The effects of social desirability on opinions about mental illness in community college students". *Dissertation Abstrats International*, 1982. Enero, vol. 42.
- GUIRGUIS, W. R.: "The family and the schizophrenia". *Psychiatric Annals*. Julio, 1980, vol. 10, n.º 7, pp. 45-54.
- HALLDIN, J.: "Prevalence of mental disorder in an urban population in Central Sweden in relation to social class, marital status and immigration". *Acta Psychiatrica Scandinavica*. Febrero, 1985. Vol. 71, n.º 2, pp. 117-127.
- HALLSTROM, T.: "Social origins of major depression: the role of provokin agents and vulnerability factors". *Acta Psychiatrica Scandinavica*. Abril, 1986. Vol. 73, n.º 4, pp. 383-389.
- HEDGESPETH, J.: "Causal attributions to emotional disturbance and or supernatural influence: Effects of sex, locus of control, and prior personality traits". *Dissertation Abstrats Internacional*, 1982, vol. 43.
- HERLICH, C.: *Medicine, maladie et société*. Ed. Mouton. París, 1970.
- HILBERMAN, E. and FELIPE RUSSO, N.: "Mental health and equal rights: the ethical challenge for psychiatry". *Psychiatric Opinion*. Agosto, 1978. Vol. 15, n.º 8, pp. 11-19.
- HOAKEN, P. C. S.: "Psychiatry, civil liberty and involuntary treatment". *Canadian Journal of Psychiatry*. Abril, 1986. Vol. 31, pp. 222-226.
- IHZUE, U. H.; KUMARASWAMY, N.: "Socio-demographic factors os depressive illness among Nigerians". *Acta psychiatica Scandinavica*. Febrero, 1986. Vol. 73, n.º 2, pp. 128-132.
- INSTITUCION GRAN DUQUE DE ALBA: *Estructura Socioeconómica de la provincia de Ávila*.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA: "Censo de población de 1981, características de la población". Tomo III. *Ministerio de Economía y Hacienda*. Madrid, 1984.
- JACOBS, E. F.: "Relationship betwin opinions about mental illness and adherence to community mental health ideology among preprofessionals". *Dissertation Abstrats International*, 1983. Enero, vol. 43, pp. 2390-2391.
- JACOBSSON, L.: "Psychiatry morbility and psychosocial background in an outpa-

- tient population of a general hospital in Western Ethiopia". *Acta Psychiatrica Scandinavica*. Abril, 1985. Vol. 71, n.º 4, pp. 417-426.
- JOHSON, F.: "Community mental health attitudes". *Dissertation Abstracts International*, 1984. Sept., vol. 45.
- JOHSON, P. J.; BEDITZ, J.: "Community support systems: scaling community acceptance". En *Community Mental Health Journal*, 1981. Vol. 17, pp. 153-160.
- JONES, R. E.: "Street People and Psychiatry: An Introduction". En *Hospital Community Psychiatry*. Septiembre, 1983. Vol. 34, n.º 9, pp. 807-811.
- JOVINE, R.; LIGUORI, V.: "An automatic method for the analysis of the questionnaires in Psychology, Bio-Medicine and Clinical data". En *Computers Biol. med.* GB, 1978. Vol. 8, n.º 2, pp. 139-152.
- KERLINGER, F. N.: "Encuesta sociológica, investigación de encuestados y análisis de frecuencias". En *Enfoque conceptual de la Investigación del Comportamiento*. Ed. Interamericana. México, 1984.
- KERLINGER, F. N.: "Entrevistas y programas de entrevistas". En *Investigación del Comportamiento, Técnicas y Metodología*. 2.ª edición. Ed. Interamericana. México, 1983.
- KERLINGER, F. N.: *Investigación del comportamiento. Técnicas y Metodología*. 2.ª edición. Ed. Interamericana. México, 1985.
- KOUTRELAKOS, J.; ZARNARI, O.: "Opinions about mental illness: A comparison of American and Greek social work students in 1969 and 1979". En *Psychological Reports*, 1983. Agosto, vol. 53, pp. 71-80.
- KUSPIT, J. C.: "The effect of hearing status and sex the perception, labeling, and rejection of mental illness behavior". *Dissertation Abstracts International*, 1985. Agosto, vol 46 (2-B).
- LAMARCHE-VADEL, G.; PRELI, G.: "L'asile". En *Recherches*. France, 1978, n.º 31, pp. 1-234.
- LAUZEL, J. P.; ZAGURY, D.: "Qu'est-ce qu'une anomalie mentale du psychique? A propos d'une question embarrassante posée à l'experte". *L'information Psychiatrique*. Febrero, 1986. Vol. 62, n.º 2, pp. 185-192.
- LAVIZZO-MOUREY, R. J.: "The meaning of mental illness: Lay interpretations of bizarre behavior". *Dissertation Abstracts International*, 1984, vol. 44.
- LECKMAN, J. F.; SCHOLOMSKAS, D., y cols.: "Best estimate of lifetime psychiatric diagnosis: a methodological study". *Archives General Psychiatry*. USA, 1982. Vol. 39, n.º 8, pp. 879-883.
- LEDESMA JIMENO, A.: *Planificación para la rehabilitación de subnormales mentales*. Diputación Provincial de Salamanca, 1971.
- LEDESMA JIMENO, A.: *I Curso Monográfico sobre Agresividad*. Departamento de Psiquiatría y Psicología médica de la Universidad de Salamanca, 1980.
- LEDESMA JIMENO, A. y PRIETO AGUIRRE, J. F.: *Creatividad, Genialidad y Psicopatología*. Real Academia de Medicina de Salamanca, 1982.
- LEFLEY, H. P.: "Families of the mentally ill in cross-cultural perspective". En *Psychosocial Rehabilitation Journal*. Miami, 1985. Vol. 8, pp. 57-75.
- LEHMAN, M. K.: "Psychiatry in the public eye". *Psychiatric opinion* (noviembre, 1978), vol. 15, n.º 11, pp. 26-31.

- LEHMAN, H. E.: "The future of psychiatry: progress-mutation or self destruct?". *Canadian journal of psychiatry* (mayo, 1966), vol. 31, n.º 4, pp. 362-367.
- LEVINSON y GALLAGHER: *Sociología del enfermo mental*. Ed. Amorrortu. Buenos Aires, 1971.
- LIBERMAN, M. N.: "Detection and community tolerance of the mentally ill". *Soviet Neurology and psychiatry*, 1984, vol. 17, pp. 3-17.
- LINK, B.; LEVAV, I.; COHEN, A.: "The primary medical care practitioner's attitudes toward psychiatry: An Israeli study". En *Social Science and Medicine*, 1982, vol. 16, pp. 1413-1420.
- LINK, B. G.; CULLEN, F. T.: "Reconsidering the social rejection of ex-mental patients: Levels of attitudinal response". En *American Journal of Community Psychology*, 1983. Jun., vol. 11, pp. 261-273.
- LIPOWSKI, Z. J.: "To reduce or to integrate: Psychiatry's dilemma". *Canadian Journal of Psychiatry*. Mayo, 1986. Vol. 31, n.º 4, pp. 347-351.
- LITTLEWOOD, R.: "Social Anthropology in relation to Psychiatry". *The British Journal of Psychiatry*. Mayo, 1985. Vol. 146, pp. 552-554.
- LONG, ED.; RUNCK, B.: "Combating stigma through work for the mentally restored". En *Hospital and Community Psychiatry*, 1983. Enero, vol. 34, pp. 19-20.
- LOPEZ-IBOR, J. J.: *Neurosis*. Ed. Gredos, 1979.
- LOPEZ-IBOR ALIÑO, J. J.: *Los equivalentes depresivos*. 2.ª edición. Ed. Paz Montalvo, 1976.
- LOPEZ-IBOR ALIÑO, J. J.: *La Psiquiatría de hoy*. Ediciones Toray. Barcelona, 1985.
- LORAU, R. y otros: *Análisis Institucional y Socioanálisis*. Ed. Nueva Imagen. México, 1983.
- MAHER, B.: *Introducción a la Investigación en Psicopatología*. Taller Ediciones. Madrid, 1974.
- MAKANJUOLA, R. O. A.: "Clinical and socio-cultural parameters in Psychiatric patients. A perspective study". *Acta Psychiatrica Scandinavica*. Diciembre, 1985. Vol. 72, n.º 6, pp. 512-521.
- MARSHALL, M. H. y cols.: "Psychiatric patients and their families". *Psychiatric Annals*. Septiembre, 1972. Vol. 2, n.º 9, pp. 39-48.
- MARTI-TUSQUETS, J. L.: *Psiquiatría Social*. Ed. Herder. Barcelona, 1976.
- MASER, J. D.; SELIGMAN, M. E. P.: *Modelos experimentales en Psicopatología*. Ed. Alhambra Universidad. Madrid, 1983.
- MATAS, M. y cols.: "Mental illness and the media: An assessment of attitudes and communication". *Canadian Journal of Psychiatry*. Vol. 30, n.º 1. Febrero, 1985, pp. 12-17.
- MATAS, M., y cols.: "Mental illness and the media: part II, content analysis of press coverage of mental health topics". *Canadian Journal of Psychiatry*. Junio, 1986. Vol. 31, pp. 431-433.
- MAXWELL JONES: *Psiquiatría Social*. Ed. Escuela. Buenos Aires, 1962.
- MAXWELL JONES: *Psiquiatría Social en la práctica*. Ed. América Lee. Buenos Aires, 1970.

- MAXWEL JONES: *Au delà de la communaute thérapeutique*. Siemp éditions. France, 1972.
- MAYNTZ, R.; HOIM, K.; HUBNER, P.: *Introducción a los métodos de la sociología empírica*. Ed. Alianza, 3.^a edición, 1983.
- MC CLINTOCK, CH. G.: "Instrumentation in Social Psychology". *American Psychologist*, 1969, n.^o 24, pp. 283-286.
- MC GUIGAN, F. J.: *Psicología Experimental. Enfoque metodológico*. Ed. Trillas. México, 1977.
- MC PHERSON, I. G.; COCKS, F. J.: "Attitudes towards mental illness: Influence of data collection procedures". *Social Psychiatry*, 1983. Vol. 18, pp. 57-60.
- EL MEDICO Y LA TERCERA EDAD. Gabinete de Estudios Sociológicos Bernard Krief y la Sociedad Española de Geriatría. Madrid, 1986.
- DE MIGUEL, A.: *La pirámide social española*. Ed. Tecnos. Madrid, 1974.
- DE MIGUEL, A.: *Manual de estructura Social de España*. Ed. Tecnos. Madrid, 1974.
- MIGUEL, J. M.: "Sociología de la Medicina". *Revista española de la Opinión pública*. Madrid, 1974. 38, pp. 45-54.
- MOOR, L.: *Glosario de términos psiquiátricos*. Ed. Toray Masson. Barcelona, 1969.
- MOORE, G.; CASTLES, M. R.: "Intercorrelations among factors in opinions about mental illness scale in scores of nonpsychiatric nurses: comparison with other studies". *Psycholog. Rep. USA*, 1978. Vol. 43, n.^o 3, pp. 876-878.
- MORENO, J. L.: *Fundamentos de la Sociometría*. Ed. Paidos. Buenos Aires, 1962.
- MORRISSEY, J. P.: "Psiquiatría Social". *Psiquiatría General*. Ed. Manual Moderno. México, 1987.
- MOSS, E.; NAVIDSON, SH.: "Attitudes towards mental illness in a sample of Israeli rehabilitation workers". *International Journal of Rehabilitation Research*, 1982. Vol. 5, pp. 45-53.
- MUÑOZ, P. E.; VAZQUEZ, J. L., y cols.: "Un método de identificación de casos psiquiátricos en la comunidad". *Instituto de Salud Mental de Navarra. Archivos Neurobiológicos*, 1979. Vol. 42, n.^o 2, pp. 139-158.
- MURPHY, H. B. M.; KOVES, V., y VALLA, J. P.: "Aspectos socioculturales en la elección de un modelo de asistencia en psiquiatría". *Confrontaciones Psiquiátricas*, n.^o 18. 1982.
- NAGEL, E.: *La Lógica sin Metafísica*. Ed. Tecnos. Madrid, 1961.
- NAGEL, E.: "Explicación y comprensión en las ciencias sociales". En *Estructura de la Ciencia*. Ed. Buenos Aires, 1981.
- NAGEL, E.: "Problemas metodológicos de las ciencias sociales". En *Estructura de la Ciencia*. Ed. Paidos. Buenos Aires, 1981.
- NAPOLETANO, M. A.: "The effect of academic institution in psychology on student nurses attitudes toward mental illness". *Teaching of Psychology*, 8, pp. 22-24. 1981.
- NARBY, J.: "The evolution of attitudes towards mental illness in pre-industrial England". *Journal of Orthomolecular Psychiatry*, 1982. Vol. 11, pp. 103-110.
- NEFF, J. A.; HUSAINI, B. A.: "Lay images of mental illness: Social knowledge and tolerance of the mentally ill". *Journal of Community Psychology*, 1985. Enero. Vol. 13, pp. 3-12.

- NEWMANN, M.; ELIZUR, A.; BAWER, A.: "Changing medial studens' attitudes and profesional behaviour toward mental patients as a funtion of psychiatric clearkship". *Journal of Psychiatry and Related Sciences*. Israel, 1984. Vol. 21, pp. 235-246.
- NIERADZIK, K.; COCHRANE, R.: "Public attitudes towards mental illness. The effects of behaviour, roles and psychiatric Labels". *International Journal of Social Psychiatry*. GBR, 1985. Vol. 31, n.º 1, pp. 23-33.
- NORMAN, G. R. y cols.: "Patterns of illness among individuals reporting high and low stress". *Canadian Journal of psychiatry* (octubre, 1985). Vol. 30, n.º 6, pp. 400-405.
- NORMAN, R. M.; MALLA, A. K.: "Adolescents'attitudes towards mental illness: Relationship between components and sex differences". *Social psychiatry*, 1983. Enero. Vol. 18, pp. 45-50.
- NORTES CHECA, A.: "Preparación y realización de una encuesta". En *Estadística técnica y aplicada*. Ed. Santos Rodríguez, S. A. Burgos, 1977.
- OFFER, D.; SABSHIN, M.: "Normalidad". En *Tratado de Psiquiatría*. Ed. Salvat. Tomo I. Barcelona, 1982.
- O'MAHONY, P. D.: "Psychiatra patient denial of mental illness and anormal process". En *British Journal of Medical Psychology*, 1982. Junio. Vol. 55, pp. 109-118.
- OMS: Informe: Actitudes hacia el enfermo mental. 177.
- OMS: Trastornos mentales: Glosario y guía para su clasificación según la Novena Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. 1978.
- OVER, R.: "Research productivity and impact of male and female psychologists". En *Am. Psychology*. USA, 1982. Vol. 37, n.º 1, pp. 24-31.
- PADUA, J.: *Técnicas de investigación aplicadas a las ciencias sociales*. Ed. Fondo de Cultura y Economía. México, 1979.
- PAGE, J. D.: *Manual de Psicopatología*. Ed. Paidos. Buenos Aires, 1982.
- PAGE, S.: "Social responsirenness toward mental patients: the general public and others". En *Canadian Journal of Psychiatry*, 1980. Vol. 25, pp. 242-246.
- PAGE, S.: "Psychiatric stigma: two studies of behaviour when the chips are down". En *Canadian Journal of Community mental health*, 1983. Marzo. Vol. 2, pp. 13-19.
- PARADINES, F.: *Metodología y técnica de investigación en ciencias sociales*. Ed. Siglo XXI. México, 1968.
- PARELLADA, D.: "El enfermo mental como ser social". En *Informaciones Psiquiátricas*. Vol. XIV, n.º 52-53 (2.º y 3.er trimestre, 1972), pp. 5-15.
- PARADELLA, D.: "El niño ante la enfermedad mental de sus padres". *Rapports de Psicología y Psiquiatría Pediátricas* (julio-agosto, 1973), n.º 29, pp. 11-15.
- PARIN, P.: "De la importancia de los mitos, ritos y costumbres para la psiquiatría comparativa". En *Confrontaciones Psiquiátricas*, n.º 18, 1982.
- PEREZ DIAZ, V. M.: *Introducción a la Sociología*. Alianza Universidad. Madrid, 1980.
- PHILLIPS, J. P. N.: "A method for the investigation of irrelevant response set in

- ordered metric and original questionnaires". *Brit. Journal. Meth. Statist Psycholog.* GBR, 1979, vol. 32, n.º 2, pp. 252-268.
- PICK, S. y LOPEZ VELASCO, A. L.: *Cómo investigar en Ciencias Sociales*. Ed. Trillas. México, 1979.
- PIEDROLA GIL, G.: "Concepto actual de la salud en el individuo, en la familia y en la comunidad". *Anales de la Real Academia de Medicina*. Tomo XCVI, 1979.
- PINE, T., and LEVINSON, D. J.: "A sociopsychological conception of patienthood". *Inter. J. of Social Psychiat.*, VII, pp. 106-123. 1961.
- RAHAV, M.; STRUENING, E.; ANDREWS, H.: "Opinions on mental illness in Israel". *Social Science and Medicine*, 1984. Vol. 19, pp. 1151-1158.
- RAKFELDT, J.: "Transformation of social identity as a function of diversion from or admission to a psychiatric hospital". *Dissertation Abstracts International*, 1984, vol. 45.
- REETZ, M. J.: "A survey of fifth and sixth grade students' attitudes toward mental health and mental illness". *Dissertation Abstracts International*, 1982, vol. 42.
- RIVERA, C. J.: "Puerto Rican American attitudes toward mental illness: A cross cultural analysis". *Dissertation Abstracts International*. Nueva York, 1985, sept., vol 46 (3-B).
- RODRIGUEZ LOPEZ, A.; MATEOS ALVAREZ, R.: "Actitudes hacia la enfermedad mental y la Psiquiatría en Galicia". *Documentación social*, 47, pp. 139-143. 1982.
- ROSEN, G.: *Locura y Sociedad. Sociología histórica de la enfermedad mental*. Alianza Universidad. Madrid, 1974.
- RUBIO CARDIEL, J.; ESTRUCH, J., y FERNANDEZ VILLAMARZO, P.: *Ciencia-Creencias*. Universidad Pontificia. Salamanca, 1982.
- RUIZ-RUIZ, M.: *La imagen de la locura*. CEPYD. Barcelona, 1979.
- RUIZ-RUIZ, M.: "La promoción de la investigación con técnicas sociológicas en psiquiatría". *Psyquis*, n.º 2, pp. 41-45. 1981.
- RUIZ-RUIZ, M.; BROTAT, E. M.; SENTIS, J.: "Desarrollo de una escala de actitudes hacia la enfermedad mental". *Revista de Psicología General y Aplicada*, 1977. Sept.-oct. Vol. 32, pp. 877-886.
- SACH, L.: "El análisis de las tablas de contingencia". *Estadística Aplicada*. Ed. Labor. Barcelona, 1978.
- SEGAL, S. P.; BAUMOHL, J.: "Neighborhood types and community reaction to the mental ill: A paradox of intensity". *Journal of Health and Social Behaviour*, n.º 21, pp. 345-359. 1980.
- SERIGO SEGARRA, A.: "La dimensión social en Psiquiatría". *Informaciones Psiquiátricas*. Vol. XIV, n.º 54, 4.º trimestre, pp. 8-16. 1972.
- SERRANO PRIETO, F.: "Actitudes hacia la enfermedad mental de los familiares del esquizofrénico". *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines*. 2.ª etapa. Vol. XIII, n.º 6. Noviembre-diciembre, pp. 387-396. 1985.
- SEVA DIAZ, A.: *Psiquiatría Clínica*. Ed. Espaxs. Barcelona, 1979.
- SHANE, F.: "Confidentiality and dangerousness in the doctor-patient relationship". *Canadian Journal of Psychiatry*. Junio, 1985. Vol. 30, n.º 4, pp. 293-296.

- SHERMAN, S.; NEWMAN, E. S.; FRENKEL, E. R.: "Community acceptance of mentally ill in foster family care". *Health and Social Work*, 1984. Vol. 9, pp. 188-199.
- SHOW, I.: "Psicoterapia y Cultura". *Confrontaciones Psiquiátricas*, n.º 18. 1982.
- SHURKA, E.: "Attitudes of Israeli Arabs towards the mentally ill". *International Journal of Social Psychiatry*, 1983. Vol. 29, pp. 101-110.
- SIEGEL, S. M.; KRAEMMERER, W. F.: "Measuring the perceived support for innovation in organizations". *J. Appl. Psychol. USA*, 1978. Vol. 63, n.º 5, pp. 553-562.
- SIERRA BRAVO, R.: *Técnicas de Investigación Social*. 3.ª edición. Ed. Paraninfo. Madrid, 1983.
- SIVADON, P.: *Traité de Psychologie Médicale*. Press Universitaires de France. París, 1973.
- SOLOMON, PH.; DAVIS, J. M.: "Community attitudes toward residential facilities for psychiatric patients". *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 1984. Oct. Vol. 8, pp. 38-41.
- SPITZER, L.; ENDICOTT, J.; ROBINS, E.: *RDC Criterios Diagnósticos de Investigación*.
- STANLEY, B.; GIBSON, A. J.: "The prevalence of chronic Psychiatric morbidity: a community sample". *British Journal of Psychiatry*. GBR, 1985. Vol. 146, pp. 372-376.
- STEFANI, D.: "Una escala de actitudes hacia la enfermedad mental". *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 1977. Sept. Vol. 23, pp. 202-207.
- STEFANI, D.: "Estudio Factorial de una escala de actitudes hacia la enfermedad mental". *Interdisciplinaria*, 1983. Vol. 4, pp. 87-107.
- STONEALL, L.; SCHMITT, R. L.: "Lay persons'experience with mental illness". *Studies in Symbolic Interaction*, 1984. Vol. 5, pp. 197-218.
- SZASZ, T. S.: "The Myth of mental illness". *The British Journal of Psychiatry*. Julio, 1985. Vol. 147, pp. 89-90.
- TARGUM, S. D.; DIBBLE, E. D., y cols.: "The family attitudes questionnaire patients and spouses views of bipolar illness". *Archivos Generales de Psiquiatría*. USA, 1981. Vol. 38, n.º 5, pp. 562-568.
- TIGNOL, J.: "La Psiquiatrie est-elle une des spécialités du médecin généraliste?". *Rev. Prat.*, 1982. Vol. 32, n.º 18, pp. 1219-1220.
- TYLOR, S. M.; DEAR, M. J.: "Scaling community attitudes toward the mentally ill". *Schizophrenia Bulletin*, 1981. Vol. 7, pp. 225-240.
- ULLERSPERGER, J. B.: *Historia de la Psiquiatría y la Psicología en España*. Ed. Alhambra. Madrid, 1954.
- VAZQUEZ, J. M.: *Lecciones de Técnica de Investigación Social*. Instituto de Sociología Aplicada. Madrid, 1982.
- VAZQUEZ, J. M., y LOPEZ RIVAS, P.: *La investigación Social*. Ed. OPE. Madrid, 1962.
- VAZQUEZ, J. M., y ORTEGA, I.: "El método en Sociología". RS, 1973, pp. 29-59.
- WAHL, O. F.; ZASTOWNY; BRIGGS, D.: "A factor analytic reexamination of

- two popular surveys of mental health attitudes". *Multivariate Experimental Clinical Research*, 1980. Vol. 5, pp. 29-39.
- WALT, A. P.; GILLIS, L. S.: "Factors that influence nurses' attitudes toward psychiatric patients". *Journal Of Clinic Psychologie*. USA, 1979. Vol. 35, n.º 2, pp. 410-414.
- WALLACE, A. F. C.: "Antropología y Psiquiatría". En *Tratado de Psiquiatría*. Tomo I. Ed. Salvat, 1982.
- WASOW, M.: WILKLER, L.: "Reflections on professionals' attitudes toward the severerly mentally retarded and the chronically mentally ill: Implications for parent". *Family Therapy*, 1983. Vol. 10, pp. 299-308.
- WEIL, A.: *The Natural Mind*. Houghton and Mifflin. Boston, 1972.
- WEINSTEIN, R. M.: "Stigma and mental illness: Theory versus reality". South Carolina. *Journal of Ortomolecular Psychiatry*, 1982. Vol. 11, pp. 87-99.
- WEINSTEIN, R. M.: "Labeling theory and the attitudes of mental patients: A review". *Journal of Health and Social Behaviour*, 1983. Vol. 24, pp. 70-84.
- WESTON, D.: "Psiquiatría Comunitaria". En *Tratado de Psiquiatría*. Ed. Salvat, 1982.
- WILKINSON, G.; WILLIAMS, P.: "Developement of Scales to Measure Treatment Attitudes in Psychiatry". *The British Journal of Psychiatry*. Vol. 148. Mayo, 1986, pp. 581-585.
- WING, N. N.: "Community reactions to mental disorders". *Acta Psychiatrica Scandinavica*, n.º 61, pp. 111-126. 1980.
- WOESNER, M. E.: "A profesional's guide to books for families of mentally ill". *Hospital and Community Psychiatry*. Oct., 1983. Vol. 34, n.º 10, pp. 925-933.
- YLLA SEGURA, L.: "Estudio Psicosocial y Estadístico de la actitud frente al enfermo mental de la población general de Vizcaya y de la típica de Bermeo". Tesis Doctoral. Universidad Autónoma de Bilbao. Facultad de Medicina. 1979.
- ZENONI, A.: "Reinsertion sociale ou sortie de la Psychiatrie"? *L'information Psychiatrique*. Junio, 1986. Vol. 62, n.º 6, pp. 737-744.



Institución Gran Duque de Alba



Institución Provincial Duque de Alba