



UNIVERSIDAD DE MURCIA

FACULTAD DE BIOLOGÍA

La Policía Española ante la Enfermedad Mental:
Impacto en las Actitudes y Conductas de la
Actuación Profesional

D Miguel Mengual Pujante

2017



“La Policía española ante la enfermedad mental: Impacto en las actitudes y conductas de la actuación profesional.”

Doctorado en Ciencias Forenses

Presentado por:

D. Miguel Mengual Pujante

Dirigido por:

Prof. Dr. Dña. Maria Dolores Pérez Cárceles

Prof. Dr. D. Aurelio Luna Maldonado

UNIVERSIDAD DE MURCIA

Departamento de Medicina Legal y Forense

Facultad de Medicina

2017

Colaboran



**Parte de este proyecto ha sido subvencionado con una beca de la Fundación Policía Española* *

Agradecimientos

Con este proyecto concluye una etapa de mi vida de la que no quiero despedirme sin antes agradecer a todas las personas que me han acompañado y han contribuido a que esta Tesis siguiera adelante.

A mi directora de tesis, la Dra. Pérez Cárceles, por la confianza depositada en mí desde el primer día y su disponibilidad en todo momento. Haber podido contar con su amistad y ayuda incondicional, ha superado sobremanera todas las expectativas que podía depositar en este proyecto.

Al Dr. Luna Maldonado, por su tiempo y por sus valiosas aportaciones.

Al Cuerpo Nacional de Policía y a su División de Formación y Perfeccionamiento por toda la colaboración prestada. Es un orgullo haber contado con su participación.

A la Fundación Policía Española por fomentar y apoyar este tipo de estudio.

A la Comisaría General de Seguridad Ciudadana, en especial a la Brigada Central de Escoltas y a su área de Formación, por ayudar a que este proyecto se iniciara.

A la Escuela Nacional de Policía y al Centro de Altos Estudios Policiales por abrirme sus puertas cada vez que lo he necesitado.

A todo el personal del gabinete psicopedagógico de la Escuela Nacional de Policía por haberme facilitado tanto las labores de muestreo.

A los docentes del Instituto de Estudios Policiales que me han orientado y asesorado.

A los Comisarios de la promoción XXIII, Inspectores Jefes de las promociones XIX y XX, Inspectores de las promociones XXV y XXVI, Subinspectores de la promoción XXI y Oficiales de la promoción XXII, por vuestro tiempo y colaboración desinteresada.

A la gran cantidad de funcionarios policiales que me consta que han ayudado en la recogida de datos y que no he podido conocer.

A mis compañeros de "Las Rozas" que me han ayudado y se han interesado tanto en que este proyecto viera la luz.

A toda mi familia y amigos, especialmente a mi abuela Marisa por sus constantes palabras de ánimo.

A mis padres y hermanos, por vuestra ayuda y los momentos que me regaláis.

A mi mujer, por la compañía, ayuda y paciencia que tiene conmigo, sin ella este día nunca hubiera llegado.

Y para terminar, dedico este trabajo a mis hijos Miguel, Sara y José, que han sido el regalo de toda esta etapa y que culminan esta tesis.

¡A todos, mil gracias!

Resumen

Título: "La Policía española ante la enfermedad mental: Impacto en las actitudes y conductas de la actuación profesional".

Introducción

Los agentes de policía se han convertido en una parte importante en la atención de pacientes con enfermedad mental desde el punto de vista penal y sociosanitario. Las investigaciones que abordan el fenómeno del estigma hacia la enfermedad mental, están empezando a incluir a las agencias policiales como parte vinculada. Es importante conocer cuáles son las actitudes que mantiene nuestra policía hacia las patologías mentales, pues de ser negativas, podrían llegar a ser un obstáculo para el ejercicio de la defensa de derechos, y para la propia protección de las personas que las padecen.

Objetivos

El objetivo principal del estudio fue abordar el efecto del estigma asociado a la enfermedad mental en miembros de la Policía Nacional, y sus posibles consecuencias en la actuación policial.

Los objetivos específicos fueron: (1) Explorar el contacto profesional con la enfermedad mental. (2) Evaluar la formación que reciben en relación con la salud mental. (3) Describir opiniones hacia la salud mental. (4) Estimar el nivel de seguridad jurídica ante sujetos con enfermedad mental. (5) Analizar actitudes hacia la enfermedad mental, y determinar los factores sociodemográficos y laborales que pueden modificarlas. (6) Examinar cómo influyen etiquetas de enfermedad mental en los comportamientos de los agentes.

Material y métodos

Estudio observacional descriptivo transversal desarrollado en miembros del Cuerpo Nacional de Policía que acudieron a realizar diferentes cursos de ascenso a la Escuela Nacional de Policía y al Centro de Altos Estudios Policiales. Como herramienta de datos se empleó una encuesta diseñada ad hoc autocumplimentada por los participantes. Características sociodemográficas, laborales, formativas, opiniones y del contacto con la enfermedad mental fueron incluidas. Para el estudio de los comportamientos se han empleado 15

supuestos policiales que fueron distribuidos de forma aleatoria y que describían a una persona hipotética con esquizofrenia, depresión o sin enfermedad mental en diferentes situaciones. El análisis de actitudes se realizó mediante un cuestionario de atribución (AQ) adaptado al contexto policial (AQ-modificado). El análisis estadístico constó de una parte descriptiva y otra inferencial.

Resultados

La muestra estuvo formada por 927 agentes y en la que han estado representadas todas sus escalas. Tres de cada 4 participantes no está satisfecho con la formación recibida, y más del 60% de los agentes la considera necesaria. El contacto profesional con la enfermedad mental es frecuente, de al menos una vez por semana, siendo la forma más común de encontrarse con estos pacientes en calidad de víctimas. Los funcionarios muestran hacia una persona con enfermedad mental, en comparación con una cuyo estado de salud mental no conocen, un gran deseo por ayudarla, mayores sentimientos de compasión y la consideran menos responsable de su situación; pero también manifiestan más reacciones de ira y de evitación, la consideran más peligrosa y ven más necesario segregarla y coaccionarla para que siga un tratamiento médico. Hemos comprobado que etiquetar con enfermedad mental a un sujeto, tiene efectos negativos en la toma de decisiones en la actuación policial, además cuando se especifica el tipo de enfermedad mental, es más perjudicial para la esquizofrenia que para la depresión.

Conclusiones

Los resultados muestran que los agentes de policía, aunque conscientes de la realidad que existe frente a la enfermedad mental y siendo positivamente asumida, mantienen determinadas actitudes y creencias que precisan de una especial atención, pues podrían perturbar la actuación policial. Por ello, se hace necesario abordar la lucha contra el estigma en la corporación policial.

Por todo lo anterior, y dada la frecuencia de los contactos de la policía con estos pacientes, en especial cuando están en calidad de víctima, planteamos que campañas de sensibilización y de apoyo hacia estas víctimas, contribuirían a mejorar las relaciones en ambas direcciones y a reducir el ocultismo de estas personas.

Summary

Title: "The Spanish Police facing mental illness: Impact on attitudes and conduct of professional action".

Introduction

Police officers have become an important part in the attention and management of patients with mental health illness, from a penal and socio-sanitary perspective. Investigations regarding the stigma of mental health illness have started to include police agencies as an implicated party in the attention of this field. On this regard, it is important to study what attitudes do police officers have towards mental illness, as if negative, they might be an obstacle to the exercise of the right of defence, and even to the protection of people who suffer them.

Objectives

The general objective of this study was to assess the effect of mental illness stigma among the members of the National Police Force, and its possible consequences on Police action.

The specific objectives were: (1) To explore the professional contact with mental illness. (2) To evaluate the professional training given to police officers in this field. (3) To describe the opinions held about mental health. (4) To assess the perception of legal certainty before an individual with mental disease. (5) To analyse attitudes towards mental health illness and to determine socio-demographic factors that could modify them. (6) To evaluate how mental illness labels may influence on police agents' behaviour.

Material and methods

Cross-sectional study conducted on members of the National Police Force on occasion of being at the National Police School and the Centre for High Police Studies, following upgrading training courses. Data recruited by self-administered questionnaires, designed ad hoc to evaluate socio-demographic and work-related characteristics, training, opinions and contact with mental illness. To evaluate behaviour, there were designed 15 hypothetical police cases describing a person with schizophrenia, depression or without mental disease in

different situations, and randomly distributed among participants. To analyse attitudes, a Modified Attribution Questionnaire (MAQ) was applied. Statistical analysis included two parts, descriptive and inferential; significance level was set at $p < 0.05$.

Results

Sample included 927 National Police officers, subjects in all different ranks. 3 out of 4 participants are not satisfied with the training they received; more than 60% consider that training necessary. Officers' contact with people with mental disease is frequent, at least once per week, and the most common contact happens when they are victims. Police officers show towards people with mental disease, compared with others whom they ignore their mental health, a great will to help, more compassionate feelings, considering them less responsible of their situation; they also show more anger and avoidance behaviour, they consider them more dangerous, and they believe that is more necessary to segregate them and to urge them to follow medical treatment. Labelling someone as mentally ill has negative effects on the decision-making process of police action, moreover, when the type of mental illness is specified, these effects are more negative for schizophrenia than for depression.

Conclusions

The results of the present study show that, although police officers are aware of the reality concerning mental illness and they assume it positively, they also maintain some attitudes and beliefs that demand special attention, as they could affect police action. Therefore, it is necessary to address the battle against mental illness stigma within the Police.

Given the above and the frequency of contact of police officers with these patients, especially when they are victims, we suggest to raise awareness and support campaigns towards victims with mental disease, which might contribute to the improvement of the relationships in both directions, and to reduce the occultism of these people.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1. Concepto de salud mental y cambios asociados.....	3
1.1.1. Prevalencia en salud mental.....	4
1.2. El estigma asociado a la enfermedad mental.....	6
1.2.1. Concepto de estigma.....	6
1.2.2. El estigma público.....	8
1.2.2.1. Las actitudes en la población.....	9
1.2.2.2. Las actitudes en profesionales que tratan con personas con problemas de salud mental.....	12
1.3. La policía en el área de la salud mental.....	12
1.3.1. La policía en primera línea de salud mental.....	13
1.3.2. Discreción policial.....	15
1.3.3. Naturaleza de los encuentros.....	16
1.3.3.1. Factores que agravan los encuentros.....	18
1.3.3.2. En el papel de sospechoso.....	19
1.3.3.3. En el papel de víctima.....	20
1.3.3.4. En el papel de crisis de salud mental.....	21
1.3.4. La relación con personas con problemas de salud mental.....	22
1.4. El fenómeno del estigma en la policía.....	22
1.4.1. Modelos teóricos.....	22
1.4.1.1. Modelos sociológicos.....	23
1.4.1.2. Modelos psicosociales.....	24
1.4.1.2.1. Enfoque motivacional.....	24
1.4.1.2.2. Enfoque cognitivo.....	25

1.4.1.3. Procesamiento de la percepción en la policía: individual vs categorizada.....	26
1.4.1.4. Influencia de los estereotipos en la actuación policial.....	27
1.4.2. Actitudes de la policía hacia las personas con enfermedad mental.....	28
1.4.3. Capacitación y formación especializada en salud mental.....	30
1.4.4. Programas antiestigma.....	31
2. JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS.....	33
3. MATERIAL Y MÉTODOS.....	37
3.1. Diseño del estudio.....	39
3.1.1. Tipo de estudio.....	39
3.1.2. Población de estudio.....	39
3.1.2.1. Población diana.....	39
3.1.2.2. Población de estudio. Criterios de inclusión y exclusión....	41
3.1.3. Ámbito del estudio.....	42
3.1.3.1. Ámbito espacial.....	42
3.1.3.2. Ámbito temporal.....	43
3.2. Muestra del estudio.....	43
3.2.1. Tamaño de la muestra.....	44
3.2.2. Tipo de muestreo y recogida de datos.....	44
3.3. Instrumento de medida.....	46
3.3.1. Diseño de la encuesta.....	46
3.3.2. Dimensiones del estudio.....	47
3.3.3. Variables e instrumentos.....	49
3.3.3.1. Participantes.....	49

3.3.3.2. Formación profesional.....	50
3.3.3.3. Familiaridad con la enfermedad mental.....	50
3.3.3.4. Opiniones hacia la salud mental en el ámbito profesional.....	51
3.3.3.5. Comportamientos hacia personas con enfermedad mental	51
3.3.3.6. Actitudes hacia la enfermedad mental.....	53
3.3.3.6.1. Cuestionario de atribución modificado (AQ-modificado).....	53
3.3.3.6.2. Cuestionario para evaluar estigma y nivel de apoyo hacia los trastornos mentales.....	54
3.3.3.7. Encuesta de calidad.....	55
3.4. Tratamiento de datos.....	55
3.4.1. Introducción de datos.....	56
3.4.2. Detección y depuración de incidencias en la plantilla informática.....	56
3.4.3. Análisis exploratorio.....	57
3.4.4. Tratamiento estadístico.....	58
3.4.4.1. Análisis descriptivo.....	58
3.4.4.2. Análisis bivalente o asociación entre variables.....	58
3.5. Consideraciones éticas y legales.....	59
4. RESULTADOS.....	61
4.1. Descripción de la muestra.....	63
4.1.1. Características laborales de los participantes.....	63
4.1.2. Características sociodemográficas de los participantes.....	64
4.1.3. Interés por el estudio.....	66

4.2. Formación profesional en salud mental.....	67
4.3. Familiaridad con la enfermedad mental.....	69
4.3.1. Ámbito personal.....	69
4.3.2. Ámbito profesional.....	70
4.4. Opiniones acerca de la salud mental en el ámbito profesional.....	71
4.4.1. Dificultades y conocimientos.....	71
4.4.2. Seguridad jurídica.....	72
4.5. Nivel de seguridad jurídica con variables sociodemográficas y laborales...73	
4.6. Actitudes, estereotipos y nivel de apoyo hacia la enfermedad mental.....	75
4.6.1. Cuestionario de actitudes y comprensión hacia la enfermedad mental.....	75
4.6.2. Estereotipos comunes y apoyo hacia la enfermedad mental.....	76
4.7. Análisis de las actitudes y comprensión hacia la enfermedad mental según variables sociodemográficas y la familiaridad con la enfermedad mental.....	77
4.8. Supuestos policiales.....	80
4.9. Atribuciones hacia la enfermedad mental (AQ-modificado).....	92
4.10. Atribuciones hacia la enfermedad mental (AQ-modificado) con variables sociodemográficas.....	101
4.11. Supuestos policiales con factores del AQ-modificado.....	103
5. DISCUSIÓN.....	109
5.1. Características de la muestra.....	113
5.2. Familiaridad con la enfermedad mental.....	115
5.3. Formación profesional.....	116
5.4. Opiniones acerca de la salud mental en el ámbito profesional.....	118
5.5. Seguridad jurídica.....	120

5.6. Influencia de variables sociodemográficas y profesionales en la percepción de seguridad jurídica ante diversas situaciones.....	120
5.7. Actitudes, creencias y apoyo hacia la enfermedad mental.....	121
5.8. Atribuciones hacia distintos tipo de enfermedad mental.....	126
5.9. Influencia de la enfermedad mental en la toma de decisiones.....	131
5.10. Influencia de variables sociodemográficas, profesionales y de contacto personal en las actitudes y atribuciones hacia la enfermedad mental.....	137
5.11 Atribuciones (AQ-modificado) con actuaciones de los supuestos policiales.....	140
6. CONCLUSIONES.....	143
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	147
8. ANEXOS.....	163
8.1. ANEXO I. Consentimiento informado.....	165
8.2. ANEXO II. Variables participante.....	167
8.3. ANEXO III. Formación profesional.....	169
8.4. ANEXO IV. Familiaridad con la enfermedad mental.....	171
8.5. ANEXO V. Opiniones hacia la salud mental.....	173
8.6. ANEXO VI. Supuestos policiales.....	175
8.7. ANEXO VII. Actitudes hacia la enfermedad mental.....	183
8.8. ANEXO VIII. Encuesta de calidad.....	189

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 3.1 Estructura y carrera profesional en el CNP.....	41
Figura 3.2. Escuela Nacional de Policía.....	42
Figura 3.3. Centro de Altos Estudios Policiales.....	43
Figura 3.4. Estructura de la encuesta empleada en el estudio.....	48
Figura 4.1. Distribución de los participantes en función de la categoría.....	63
Figura 4.2. Distribución de la muestra por años de servicio.....	64
Figura 4.3. Distribución de la muestra por género.....	64
Figura 4.4. Distribución de los participantes por grupos de edad.....	65
Figura 4.5. Distribución de la muestra por país de nacimiento.....	65
Figura 4.6. Distribución de la muestra por estado civil.....	65
Tabla 4.7. Distribución de la muestra por número de hijo/a.....	66
Figura 4.8. Distribución de la muestra en base al nivel de estudios.....	66
Figura 4.9. Distribución interés por el estudio.....	67
Figura 4.10. Distribución interés por conocer los resultados.....	67
Figura 4.11. Distribución horas de formación recibida en la academia relacionada con la enfermedad mental.....	67
Figura 4.12. Distribución grupos de horas recibidas en relación con la enfermedad mental.....	68
Figura 4.13 Distribución horas de formación complementaria relacionada con la enfermedad mental.....	68
Figura 4.14: Distribución opinión formación recibida	69
Figura 4.15. Distribución opinión necesidad de más formación.....	69
Figura 4.16. Distribución de la muestra en base a distintos tipo de relación con enfermedad mental.....	70

Figura 4.17. Distribución de la muestra según frecuencia contacto profesional..	71
Figura 4.18. Distribución de opiniones hacia la enfermedad mental.....	72
Figura 4.19. Distribución de opinión necesidad de asistencia en salud mental...	72
Figura 4.20 Cajas de distribución de cada factor según si han recibido información o no sobre enfermedad mental.....	95
Figura 5.1. Número de participantes en nuestra muestra y en diferentes estudios.....	114
Figura 5.2. Distribución de la edad y experiencia profesional en nuestra muestra y en diferentes estudios.....	115
Figura 5.3. Distribución del género en nuestra muestra y en diferentes estudios.....	115
Figura 5.4. Distribución del estado civil en nuestra muestra y en diferentes estudios.....	115

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.1. Estereotipos comunes asociados a la enfermedad mental.....	9
Tabla 1.2. Diferentes variables que permiten explicar el estigma hacia la enfermedad mental.....	11
Tabla 1.3. Situaciones comunes con las que se encuentra la policía cuando la persona implicada es una persona con enfermedad mental.....	17
Tabla 3.1. Criterios de inclusión y exclusión del estudio.....	42
Tabla 3.2. Número total de encuestas entregadas, cumplimentadas y porcentaje de participación en cada curso de formación.....	45
Tabla 3.3. Tipos de viñetas empleadas en el estudio.....	53
Tabla 4.1. Distribución de los participantes en función de la categoría.....	63
Tabla 4.2. Media y desviación típica sobre formación profesional relacionada con la enfermedad mental.....	69
Tabla 4.3. Distribución de participantes en función del contacto con la enfermedad mental.....	69
Tabla 4.4. Media y desviación típica de contacto profesional con la enfermedad mental que tiene los participantes.....	70
Tabla 4.5. Medias y porcentajes de frecuencia de contacto profesional en base a distintas situaciones.....	71
Tabla 4.6. Medias y desviaciones típicas de seguridad jurídica ante un sospechoso menor de edad, extranjero y con enfermedad mental.....	73
Tabla 4.7. Diferencias de medias obtenidas en los tres supuestos que analizaron la seguridad jurídica en función de la edad de los encuestados.....	74
Tabla 4.8. Diferencias de medias obtenidas en los tres supuestos que analizaron la seguridad jurídica en función de los cursos de ascenso de los encuestados...	74
Tabla 4.9. Diferencias de medias obtenidas en los tres supuestos que analizaron la seguridad jurídica en función del género de los encuestados.....	75

Tabla 4.10. . Distribución de las opiniones y actitudes de los policías hacia la enfermedad mental.....	76
Tabla 4.11. Medias y desviaciones típicas de estereotipos comunes hacia la enfermedad mental y niveles de apoyo a distintos hipotéticos programas.....	77
Tabla 4.12. Asociaciones estadísticamente significativas entre afirmaciones del cuestionario de actitudes y creencias hacia la enfermedad mental en función de la categoría profesional del participante.....	78
Tabla 4.13. Asociaciones estadísticamente significativas entre afirmaciones del cuestionario sobre actitudes y creencias hacia la enfermedad mental en función del género en la muestra.....	79
Tabla 4.14. Asociaciones estadísticamente significativas entre afirmaciones del cuestionario de actitudes y creencias hacia la enfermedad mental en función del nivel de estudios de los participantes.....	79
Tabla 4.15. Asociaciones estadísticamente significativas entre afirmaciones del cuestionario de actitudes y creencias hacia la enfermedad mental en función del contacto personal con la enfermedad mental en la muestra.....	80
Tabla 4.16. Medias y desviaciones típicas de las actuaciones policiales ante una persona hipotética que requiere de ayuda con esquizofrenia, depresión y sin ninguna enfermedad mental.....	82
Tabla 4.17. Medias y desviaciones típicas de las actuaciones policiales ante una persona hipotética que requiere de ayuda con enfermedad mental y sin enfermedad mental.....	82
Tabla 4.18. Medias y desviaciones típicas de las actuaciones policiales ante una persona hipotética en el papel de víctima con esquizofrenia, depresión y sin ninguna enfermedad mental.....	84
Tabla 4.19. Medias y desviaciones típicas de las actuaciones policiales ante una persona hipotética en el papel de víctima con enfermedad mental y sin enfermedad mental.....	85

Tabla 4.20. Medias y desviaciones típicas de las actuaciones policiales ante una persona hipotética en el papel de testigo etiquetada con esquizofrenia, depresión y sin etiquetar ninguna enfermedad mental	87
Tabla 4.21. Medias y desviaciones típicas de las actuaciones policiales ante una persona hipotética en el papel de testigo con enfermedad mental y sin enfermedad mental	87
Tabla 4.22. Medias y desviaciones típicas de las actuaciones policiales ante una persona hipotética en el papel de sospechoso etiquetada con esquizofrenia, depresión y sin etiquetar ninguna enfermedad mental	89
Tabla 4.23. Medias y desviaciones típicas de las actuaciones policiales ante una persona hipotética en el papel de sospechoso con enfermedad mental y sin enfermedad mental.....	90
Tabla 4.24. Medias y desviaciones típicas de las actuaciones policiales ante una persona hipotética en el papel de víctima de un desahucio con esquizofrenia, depresión y sin enfermedad mental.....	92
Tabla 4.25. Medias y desviaciones típicas de las actuaciones policiales ante una persona hipotética en el papel de víctima de un desahucio con enfermedad mental y sin enfermedad mental	92
Tabla 4.26. Media y desviación típica de cada factor e ítem del cuestionario AQ-modificado en relación con una persona hipotética etiquetada con enfermedad mental y sin enfermedad mental.....	95
Tabla 4.27. Media y desviación típica de cada factor del cuestionario AQ-modificado en relación con una persona hipotética con esquizofrenia y depresión.....	96
Tabla 4.28. Media y desviación típica de cada factor del cuestionario AQ-modificado en función de distintos papeles.....	97
Tabla 4.29. Media y desviación típica de cada factor del cuestionario AQ-modificado en relación con una persona hipotética etiquetada con esquizofrenia, depresión y sin enfermedad que requiere de ayuda.....	98

Tabla 4.30. Media y desviación típica de cada factor del cuestionario AQ-modificado en relación con una persona hipotética etiquetada con esquizofrenia, depresión y sin enfermedad en el papel de víctima.....	99
Tabla 4.31. Media y desviación típica de cada factor del cuestionario AQ-modificado en relación con una persona hipotética etiquetada con esquizofrenia, depresión y sin enfermedad en el papel de testigo.....	100
Tabla 4.32. Media y desviación típica de cada factor del cuestionario AQ-modificado en relación con una persona hipotética con esquizofrenia, depresión y sin enfermedad en el papel de sospechoso.....	101
Tabla 4.33. Diferencia de medias de cada factor del cuestionario AQ-modificado en relación con una persona hipotética etiquetada con enfermedad mental en función de los grupos de edad en la muestra.....	101
Tabla 4.34. Diferencia de medias de cada factor del cuestionario AQ-modificado en relación con una persona hipotética etiquetada con enfermedad mental en función del género en la muestra.....	102
Tabla 4.35. Diferencia de medias de cada factor del cuestionario AQ-modificado en relación con una persona hipotética etiquetada con enfermedad mental en función del estado civil en la muestra.....	102
Tabla 4.36. Diferencia de medias de cada factor del cuestionario AQ-modificado en relación con una persona hipotética etiquetada con enfermedad mental en función del nivel de estudios.....	103
Tabla 4.37. Valores de correlación de Pearson entre factores del AQ-modificado relacionado con una persona con alguna enfermedad mental y variable profesional.....	103
Tabla 4.38. Valores de correlación entre las actuaciones ante una hipotética persona en el papel de víctima con distintas variables (edad y factores del AQ-modificado).....	104
Tabla 4.39. Valores de correlación entre las actuaciones ante una hipotética persona en el papel de víctima con distintas variables (edad y factores del AQ-modificado).....	105

Tabla 4.40. Valores de correlación entre las actuaciones ante una hipotética persona en el papel de testigo con distintas variables (edad y factores del AQ-modificado).....	106
Tabla 4.41. Valores de correlación entre las actuaciones ante una hipotética persona en el papel de testigo con distintas variables (edad y factores del AQ-modificado).....	107
Tabla 5.1. Proporción de participantes que estuvieron “muy de acuerdo /de acuerdo” a cada ítem del cuestionario de actitudes en la muestra y en el estudio de Bwm y cols. (2012).....	124
Tabla 5.2. Media y desviación típica hacia estereotipos comunes de la enfermedad mental y niveles de apoyo a distintos hipotéticos grupos sociales en la muestra y en el estudio de Compton y cols. (2006).....	126
Tabla 5.3. Media y desviación típica para cada factor del AQ-modificado en relación con la enfermedad mental en nuestro estudio y en el de Watson y cols. (2004a).....	128
Tabla 5.4. Factores del AQ en relación con la enfermedad mental ordenadas en gradiente de puntuación en nuestro estudio y en el de Muñoz y cols. (2009).128	
Tabla 5.5 Puntuaciones de las actuaciones ante una persona hipotética con enfermedad mental en el papel de necesitada de ayuda en nuestra muestra y en el estudio de Watson y cols. (2004a).....	133
Tabla 5.6. Puntuaciones de las actuaciones ante una persona hipotética con enfermedad mental en el papel de víctima en nuestra muestra y en el estudio de Watson y cols. (2004a).....	133
Tabla 5.7. Puntuaciones de las actuaciones ante una persona hipotética con enfermedad mental en el papel de testigo en nuestra muestra y en el estudio de Watson y cols. (2004a).....	134
Tabla5.8. Puntuaciones de las actuaciones ante una persona hipotética con enfermedad mental en el papel de sospechoso en nuestra muestra y en el estudio de Watson y cols. (2004a).....	134

ABREVIATURAS

AQ: Attribution Questionnaire

CAEP: Centro de Altos Estudios Policiales

CNP: Cuerpo Nacional de Policía

CPC: Commission for Public Complaints

ESEMeD: European Study Epidemiology Mental Disorder

DFP: División de Formación y Perfeccionamiento

DGP: Dirección General de la Policía

ENP: Escuela Nacional de Policía

FEAFES: Federación de Asociaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental

INE: Instituto Nacional de Estadística

LO: Ley Orgánica

OMS: Organización Mundial de la Salud

RD: Real Decreto

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Concepto de salud mental y cambios asociados

A lo largo de la historia, las enfermedades mentales han sido temidas y mal entendidas, y las personas que las sufren estigmatizadas. La enfermedad mental se podría definir como un trastorno cerebral producido por factores biopsicosociales, caracterizado por emociones y/o comportamientos que cumplen criterios nosotáxicos (Kelly, 2002), que dificultan a la persona que la padece su adaptación al entorno en el que vive y le generan alguna forma de malestar subjetivo (FEAFES).

Para tratar de comprender y abordar los problemas asociados a la enfermedad mental, es necesario contextualizar brevemente los cambios que se han realizado en el ámbito de la salud mental. Actualmente, la salud mental es el término oficialmente aceptado para referirse tanto a salud como a enfermedad, pues ambas condiciones no pueden ser entendidas por separado sino que son un continuo en el que se reflejan diferentes grados de bienestar físico, social o de deterioro cognitivo. A pesar de ser un término dinámico, complejo, y multidisciplinario, la Organización Mundial de la Salud lo define como *"un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad"*. Este concepto nace a mediados del siglo XX, fruto de una corriente progresista internacional que pretende abordar la enfermedad mental dentro del propio entorno de la persona, desde una perspectiva biopsicosocial. De esta manera se pretende romper con la idea de que la salud mental es simplemente la ausencia de enfermedad y, por tanto, fomentar la vertiente positiva de la salud, a través de la prevención y la promoción (Lluch, 1999).

Durante este movimiento, junto con el avance de la farmacología y el desarrollo de la psiquiatría, se hicieron cambios importantes en las legislaciones de muchos países, como la reforma psiquiátrica o desinstitucionalización, además de diversos compromisos civiles. La primera consecuencia de la reforma fue el cierre de las instituciones manicomiales, lugares donde las personas que eran diagnosticadas con enfermedad mental y en especial

aquellas que presentaban estados graves, eran recluidas y aisladas de la vida comunitaria. El cierre de estos centros produjo el éxodo de estas personas hacia la sociedad, de manera que la atención en salud mental pasó de estas instituciones hermetizadas a centros ambulatorios de día, donde además los familiares se convirtieron en improvisados cuidadores (FEAFES).

En España, este nuevo enfoque se instauró en la década de los 80 con el advenimiento de la reforma psiquiátrica, en abril de 1985 (Ministerio de Sanidad y Consumo) y la Ley General de Sanidad de 1986, produciéndose un cambio en la manera de abordar los problemas de salud mental desde un punto de vista comunitario. La reforma supuso una serie de ventajas que han permitido una intervención integral basada en dos pilares fundamentales: el ámbito sanitario y el social (Badallo, 2012). Ferrer, en su artículo "Intervenciones con enfermos mentales", asegura que el objetivo último de la reforma fue permitir que cualquier persona aquejada con un problema de salud mental no perdiera por ello su condición de ciudadano; sin embargo, en muchos casos, estas políticas no han cubierto las necesidades que estas personas necesitan tras su integración en la sociedad.

1.1.1. Prevalencia en salud mental

Según estimaciones epidemiológicas de la OMS (2004), 450 millones de personas en el mundo padecen un trastorno mental o de comportamiento en un momento dado de su vida, por lo que en la actualidad el abordaje de salud mental y su incidencia en todos los países es un tema que ha adquirido una gran importancia.

En Europa, los trastornos mentales constituyen la causa más frecuente de carga de enfermedad, por encima de las enfermedades cardiovasculares y del cáncer (Andlin-Sobcki y Rössler, 2005). El impacto de los trastornos mentales en la calidad de vida es superior al que tienen otras enfermedades crónicas como la artritis, la diabetes o las enfermedades cardíacas y respiratorias (OMS, 2005). Se estima que el 27% de la población adulta de la Unión Europea sufre algún trastorno mental (Hans-Ulrich y Jacobi, 2005), siendo la depresión unipolar la tercera enfermedad detrás de la isquemia y los accidentes cardiovasculares,

que causan la mayor carga a los servicios de salud (Olesen y Leonardi, 2003), y se espera que en 2020, la causa de enfermedad número uno en el mundo desarrollado sea la depresión (OMS, 2001).

Aunque son muy pocos los estudios que se han realizado sobre la prevalencia de enfermedades en España, el conocido estudio ESEMeD-España realizado por Haro y cols. (2005), estima que aproximadamente más del 8% de la población española en la actualidad está padeciendo algún episodio de enfermedad mental y el 15% de la misma lo padecerá a lo largo de su vida, y que posiblemente ambas cifras se incrementaran en el futuro. Dicho estudio señala que el trastorno mental más frecuente, también en España, es el episodio depresivo mayor, con un 3,9% de prevalencia-año y un 10,5% de prevalencia-vida. Después del episodio depresivo mayor, los trastornos con mayor prevalencia-vida son la fobia específica, el trastorno por abuso de alcohol y la distimia. Los factores asociados a padecer un trastorno mental son el sexo femenino, estar separado, divorciado o viudo, y estar desempleado, de baja laboral o con una incapacidad.

Por otra parte, el suicidio es un resultado extremo pero no poco común en personas con trastornos mentales graves no tratados (OMS, 2012). La tasa de mortalidad por suicidio, en base a las personas que padecen esquizofrenia, es 9 veces mayor que la población general y con respecto a personas que sufren depresión, el riesgo por suicidio se multiplica por 21 (Harris y Barraclough, 1998).

A pesar de la alta prevalencia de estas enfermedades, y que los tratamientos han demostrado una alta eficacia para mitigar el problema y mejorar las capacidades del individuo en la sociedad, la investigación sugiere que las personas que necesitan de atención en salud mental, a menudo, no acuden a los servicios médicos; y los que comienzan a recibir atención con frecuencia no lo terminan (Corrigan, 2004). A este respecto la OMS (2001) señala el estigma como principal impedimento para el acceso a un tratamiento.

La lucha contra el estigma se ha convertido en los últimos años en uno de los ejes centrales de todas las políticas nacionales e internacionales en torno a

la salud mental. La declaración de Helsinki de la OMS, en su Conferencia Europea de Ministros que fue suscrita por España en 2005, estableció la lucha contra el estigma asociado a la enfermedad mental como un pilar básico dentro del programa de salud mental. Igualmente, el Libro Verde sobre la Salud Mental de la Unión Europea de 2005, sitúa entre sus principales objetivos fomentar la integración de las personas con este tipo de problema, señalando la estigmatización como factor clave en este proceso.

1.2 El estigma asociado a la enfermedad mental

Las personas con enfermedad mental además de los síntomas y dificultades derivadas directamente de la enfermedad, sufren las consecuencias del fenómeno de la estigmatización y del desconocimiento social que existe hacia la salud mental, representadas en actitudes de rechazo social hacia ellas. Como resultado, éstas son privadas de las oportunidades que definen una vida de calidad (Corrigan y Watson, 2002). El libro verde de la Salud Mental en Europa (2005), advierte que estas personas debido a su condición, pueden sufrir maltratos físicos y abusos sexuales, falta de atención, e incluso hacer que la persona afectada no busque ayuda por miedo a que se la etiquete; además la OMS (2013) añade que debido a la estigmatización, a muchas de ellas se les niegan derechos económicos, sociales y culturales.

1.2.1. Concepto de estigma

La representación del estigma y el papel del estigmatizado, tal como se percibe actualmente, es un producto social que se ha ido construyendo a lo largo de la historia (Marichal y Quiles, 2000). La palabra estigma proviene del griego y significa "atravesar, hacer un agujero". En la Edad Media era utilizada para desprestigiar y acusar públicamente a los delincuentes, a los que en ocasiones se les marcaba con hierro candente para que pudieran ser reconocidos. Actualmente este concepto se emplea en el ámbito sanitario para indicar que ciertas afecciones (ej. enfermedad mental, tuberculosis, SIDA) evocan prejuicios contra las personas que las padecen (Muñoz y cols., 2009).

Hay una gran variedad de aproximaciones a la hora de definir el término estigma. La mayoría de los investigadores se decantan por la definición clásica de Goffman (1963) quien estableció las bases de este fenómeno en la

investigación. Gofman considera al estigma como un atributo profundamente desacreditador, el cual degrada y rebaja a la persona portadora del mismo. Son muchas las definiciones alternativas y complementarias que han ido surgiendo posteriormente, como la de Stafford y Scott (1986) que definieron el estigma como una característica de las personas, contraria a la norma de una unidad social. Influyente también ha sido la definición de Jones y cols. (1984) que apoyándose en la definición de Gofman propusieron que el estigma puede ser visto como una relación entre un atributo y un estereotipo, es decir puede ser visto como "marca" (atributo) que vincula a una persona con características indeseables (estereotipos). Posteriormente Crocker y cols. (1998) propusieron que el estigma puede considerarse como una marca que provoca una devaluación a la persona portadora en un contexto particular.

El estigma es un fenómeno psicosocial complejo donde convergen distintos componentes cognitivos, afectivos y conductuales. De una forma genérica y en base a los modelos psicosociales, las actitudes vinculadas al estigma se observan en tres aspectos del comportamiento social: estereotipos, prejuicios y discriminación, que a menudo suelen estar relacionados (Muñoz y cols., 2009):

- Los estereotipos son representaciones cognitivas compartidas por la mayoría de los miembros de una comunidad. Sin embargo, el que una persona tenga conocimiento de un estereotipo no implica necesariamente que esté de acuerdo con él. Cuando se aceptan estas representaciones o creencias y se experimentan reacciones emocionales negativas, se ponen en marcha los prejuicios sociales
- Los prejuicios son aquellas predisposiciones emocionales, normalmente negativas, que experimentan la mayoría de los miembros de un grupo cuyas creencias están estereotipadas, manifestándose en forma de actitudes y valoraciones que finalmente pueden dar lugar a la discriminación
- La discriminación sería aquella acción o comportamiento negativo en respuesta al prejuicio.



Generalmente, los investigadores que han abordado el fenómeno del estigma de la enfermedad mental distinguen entre estigma público y el auto-estigma. El estigma público sería la reacción que tiene la sociedad hacia la persona con enfermedad mental, es decir, la forma en la que el público le estigmatiza; y el auto-estigma, el prejuicio que las personas con enfermedad mental se aplican contra sí mismas, que se traduce en la pérdida de autoestima, como resultado de haber internalizado el estigma público (Corrigan y Watson, 2002; Corrigan y cols. 2003). Un aspecto importante del auto-estigma es que puede hacer que la persona anticipe la actitud de rechazo, incluso cuando aún no se ha producido (Muñoz y cols., 2009).

1.2.2. El estigma público

En la cultura occidental, las investigaciones han demostrado que la percepción social hacia los problemas de salud mental está dominada por estereotipos negativos (tabla 1), que contienen información acerca de que las personas con enfermedad mental son peligrosas, irresponsables, débiles de carácter, incompetentes e incapaces, impredecibles y poco fiables (Ottati y cols, 2005; Watson y cols, 2005; Muñoz y cols. 2009). Estas creencias estereotipadas, cuando son aceptadas, pueden provocar reacciones emocionales tales como miedo, desconfianza o ira, generando comportamientos discriminatorios (ej., evitación) (Ottati y cols, 2005) que conducen a la persona afectada a situaciones de exclusión, marginación y victimización.

La discriminación relacionada con la enfermedad mental puede estar representada desde las formas más hostiles de comportamiento (ej. daño físico

o amenazas), que por deseabilidad social son menos apoyadas por el conjunto de la sociedad, a otras más sutiles (ej. retención de ayuda), siendo éstas, las formas de discriminación más extendidas socialmente y las que a menudo socavan las oportunidades de las personas que la padecen. Entre estas formas de comportamiento más sutil encontramos la coacción referente a los tratamientos de salud mental, la segregación de estas personas lejos de la comunidad y la evitación. Generalmente, en la población hay una mayor tendencia hacia la evitación o distancia social, sostenida por el deseo de no interactuar con personas con problemas de salud mental. Este tipo de discriminación más sutil es el que afecta en mayor medida a la contribución en la provisión y creación de recursos interpersonales y económicos para estas personas, que son los ejes principales para su recuperación (Corrigan y cols, 2003).

PELIGROSIDAD	La persona con enfermedad mental se concibe como peligrosa y se relaciona con actos violentos.
RESPONSABILIDAD	Se concibe a la persona como responsable de su enfermedad o por no haber sido capaz de ponerle remedio mediante tratamiento.
INCOMPETENCIA	Es la creencia de que estas personas son incapaces para realizar tareas básicas como el autocuidado.
IMPREDECIBILIDAD	Es la creencia de que la persona nunca sabe lo que hace, careciendo de autocontrol.
CREDIBILIDAD	Se percibe a la persona como poco fiable, incapaz de dar información fiable.

Tabla 1.1. Estereotipos comunes asociados a la enfermedad mental.

1.2.2.1 Las actitudes en la población

La principal percepción del público hacia las personas con problemas de salud mental, en particular las que presentan estados graves, es que son violentas/peligrosas y representan un grave peligro para la sociedad. Un factor clave en la perpetuación de estas creencias han sido los medios de comunicación, que tienden a poner el énfasis en acontecimientos sensacionalistas (McDaid, 2008), relacionados con actos violentos y delictivos,

con connotaciones negativas hacia la enfermedad mental, apareciendo ésta de manera genérica y sin ninguna información adicional (Muñoz y cols., 2009).

El vínculo entre el estigma y los problemas de salud mental en la población en general es un área que se ha tratado a fondo en la investigación. Los resultados demuestran que el rechazo social está influenciado en gran medida por los estereotipos de impredecibilidad e irresponsabilidad hacia el sujeto estigmatizado, así como por la influencia de variables sociodemográficas (Casco y cols., 1987). Muñoz y cols. (2009) en su revisión y análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental, encuentran una serie de variables sociodemográficas, laborales y personales que permiten explicar la estigmatización por parte del público (tabla 2), siendo las reacciones emocionales más comunes el miedo y la compasión.

<p style="text-align: center;">DISTANCIA SOCIAL</p>	<p><u>Correlación positiva con:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel de anergia. • Grado en que la persona es percibida como extraña. • Situar el origen del trastorno en el individuo. • Creencia de peligrosidad e impredecibilidad. • Etiquetar un trastorno mental como esquizofrenia. • Reacciones emocionales negativas. <p><u>Correlación negativa con:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Habilidades en los turnos de conversación. • Habilidades sociales en general. <p><u>No guarda correlación con:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Apariencia física percibida de la persona con enfermedad mental. • Género.
<p style="text-align: center;">RECHAZO HACIA LA ENFERMEDAD MENTAL</p>	<p><u>Correlación negativa:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel educativo. • Cercanía ante una hipotética relación • Importancia de los tratamientos de rehabilitación. • Contacto con personas con trastorno mental • Actitud positiva hacia la resolución de problemas. • Motivación hacia las actividades de voluntariado. <p><u>Correlación positiva con:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Importancia de los tratamientos involuntarios.

REACCIONES EMOCIONALES	<ul style="list-style-type: none"> • Compasión. • Empatía. • Deseo de ayuda. • Miedo. • Inquietud. • Sentimientos de inseguridad. • Ira. • Reacciones agresivas. • Las mujeres reaccionan más frecuentemente con sentimientos de miedo y compasión. • Los hombres reaccionan más frecuentemente con sentimientos de ira. • Las personas que mantienen un contacto frecuente reaccionan con menos sentimientos de miedo.
-------------------------------	--

Tabla 1.2. Diferentes variables halladas por Muñoz y cols. (2009) que permiten explicar el estigma hacia la enfermedad mental. Fuente: Badallo (2012).

En los últimos años, a pesar de haber cierta mejora debido a la concienciación y al conocimiento en salud mental, las actitudes no han variado de manera significativa (Angermeyer y Matschinger, 2005). Al parecer, el amplio espectro de enfermedades mentales ha quedado reducido a dos extremos: locura (ej, esquizofrenia) y malestar psíquico, dentro del cual la sociedad engloba algunos trastornos severos como la depresión. La esquizofrenia se percibe como una enfermedad con carga negativa y con consecuencias oscuras, lo que conduce hacia un mayor distanciamiento social; sin embargo, ésta muestra una mayor aceptación hacia el tratamiento y la medicación. En contraposición, la depresión no suele considerarse como una enfermedad y como consecuencia hay más rechazo hacia el tratamiento (Goerg y cols., 2004). El reciente estudio de Schomerus y cols. (2012) en el que realizaron un meta-análisis sobre la evolución de las actitudes públicas hacia las enfermedades mentales revela que éstas no han cambiado desde 1990, y que las reacciones hacia personas con esquizofrenia se han deteriorado. En resumen, existe una tolerancia fría hacia la enfermedad mental y un paternalismo hacia quienes la sufren, aun así se prefiere que estas personas sean tratadas y apartadas del entorno de la comunidad (Badallo, 2012).

1.2.2.2 Las actitudes en profesionales que tratan con personas con problemas de salud mental

Actualmente, la investigación se ha orientado en las actitudes de los profesionales que tratan con personas con enfermedad mental (McDaid, 2008) principalmente en psiquiatras (Muñoz y cols., 2009). Varios trabajos han indicado que hay poca diferencia entre las actitudes del público en general y las de los psiquiatras (Lauber y cols., 2006). Nordt y cols. (2006) llegaron a la conclusión de que los conocimientos en salud mental por parte de estos profesionales no implican necesariamente un menor número de estereotipos, ni mejora la disposición a interactuar estrechamente con sus pacientes. Muñoz y cols. (2009) resumen algunas de estas actitudes estigmatizantes por parte de este colectivo, siendo el paternalismo, la deshumanización y la transmisión de mensajes desmoralizadores las más comunes. Sus resultados sugieren que además de ser pocos los estudios que han incluido otro tipo de profesionales, las actitudes de este sector profesional, son básicamente más positivas que las de la población general.

1.3. La policía en el área de la salud mental

El perfil de la policía en el mundo de la salud mental es realmente complejo, pues aunque no es de su competencia el diagnosticar la enfermedad mental (Gilston y Podell, 1959) o solucionar el problema social que lleva solapado, el trabajo de la policía con personas con problemas de este tipo forma inevitablemente parte de sus funciones (Cordner, 2006).

Con el modelo actual de policía comunitaria, en combinación con la desinstitucionalización, la función de la policía ha crecido más allá de las actividades tradicionales de perseguir delitos, para abarcar más tareas de asistencia social, más visibles en la comunidad, con un enfoque particular en la satisfacción de las necesidades de las minorías, asumiendo una mayor responsabilidad en el servicio y protección a las poblaciones más vulnerables, incluyendo a las personas con problemas de salud mental (Borum, 2000; Segrave y Ratcliffe, 2004; Sellers y cols., 2005; Putt, 2010). Como ejemplo, en nuestro país, la Policía Nacional realizó más de 20.000 servicios humanitarios y asistenciales durante 2013, donde más del 85% fueron acciones sociosanitarias a personas

impedidas, sujetos con problemas psiquiátricos o psicológicos entre otros (DGP, en prensa).

Al mismo tiempo, en una sociedad democrática y moderna como la nuestra, Antón y Soler (2000) consideran que la policía puede ser generadora de una conciencia cívica, actuando como un auténtico educador. Para ello se requiere que la conducta del agente sea ejemplar y modélica, lo que conlleva a la necesidad de seguir implantando constantemente mecanismos de profesionalización específicos, para conseguir un agente especializado en la defensa del bienestar en la vida colectiva, especialmente en aquellos sectores de la población más vulnerables (Antón y Soler, 2000; Rizo y Barrios, 2012).

1.3.1. La policía en primera línea de salud mental

La manera de intervenir la policía en la vida de las personas con problemas de salud mental se deriva de dos principios del derecho común: el poder que ostenta la policía para proteger la seguridad y el bienestar de la comunidad y la autoridad "parens" del Estado que aboga por la protección de los ciudadanos que no pueden cuidar de sí mismos (Lamb y cols., 2002). En nuestro país, estos dos principios están recogidos en nuestra Carta Magna:

- **Artículo 14:** Derecho a la igualdad ante la ley y la no discriminación por cualquier condición o circunstancia personal.
- **Artículo 17.1:** Derecho de libertad y seguridad.
- **Artículo 43.2:** Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios.
- **Artículo 49:** Corresponde a los poderes públicos realizar una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a los que prestarán la atención especializada que requieran y los ampararán especialmente para el disfrute de los derechos que el Título I de los derechos y deberes fundamentales otorga a todos los ciudadanos.
- **Artículo 104.1:** Otorga a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad la misión de proteger el libre ejercicio de los derechos y libertades, y garantizar la seguridad ciudadana.

La policía es conocida por ser la primera y, a menudo, el único recurso de la comunidad, llamada a responder a situaciones urgentes que impliquen personas con enfermedad mental (Lamb y cols., 2002). En muchas circunstancias, los agentes, son los responsables, ya sea para el reconocimiento de la necesidad de un tratamiento para una persona con enfermedad mental y la conexión de ésta con los recursos apropiados (Husted y cols., 1995), o para tomar la determinación de que la actividad ilícita de la persona es la principal preocupación y que por tanto debe ser detenida (Arboleda-Florez y Holley, 1988). Esta responsabilidad les sumerge en el papel de guardianes primarios que determinan, en primera instancia, si es el sistema de salud mental o el sistema de justicia quien puede satisfacer mejor las necesidades de las personas con problemas psiquiátricos (Lamb y Weinberger, 1998).

Debido a este rol, la literatura científica los ha llegado a denominar de diferentes formas: trabajadores sociales amateurs (Cumming y cols., 1965), *guardianes forenses* (Menzies, 1987), *psiquiatras de la esquina* (Teplin y Pruett, 1992), *proveedores de la salud mental* (Pach y Arrigo, 1999) o *guardianes de los sistemas de la salud mental y la justicia penal* (Lamb y cols., 2002; Fukuroda, 2005).

Aunque la tasa de contactos que tiene la policía con personas con problemas de salud mental sigue siendo una gran desconocida, posiblemente por la manera de hacer los registros en la bases de datos policiales y la dificultad para cuantificar la amplia variedad de situaciones donde esté implicado este sector de población, (Coleman y cols., 2005), diversos estudios revelan, que estos contactos no son infrecuentes ni breves (Godfredson y cols., 2011).

Los resultados de la revisión realizada por Kesic (2013) indican que estos encuentros son comunes en muchos países de todo el mundo: Estados Unidos (Deane y cols., 1999; Ruiz y Miller, 2004), Australia (Fry, O'Riordan, y Geanellos, 2002), Canadá (Hartford y cols., 2005) y el Reino Unido (Moore, 2010). La cifra más comúnmente citada en la investigación es que aproximadamente entre el 5% y el 10% de los contactos de la policía, son situaciones que afectan a personas con enfermedades mentales.

Por todo ello existe la afirmación generalizada de que los contactos entre la policía y las personas con enfermedad mental han aumentado, lo que justifica el aumento de las preocupaciones sobre estas interacciones (Coleman y cols., 2005).

1.3.2. Discreción policial

En ciertas ocasiones, cuando una persona parece que está sufriendo un trastorno mental y además actúa de una manera extraña, es la policía de quien se espera que aborde y resuelva la situación. Sin embargo, la policía se encuentra con un dilema vital, pues como garante de la seguridad está en la posición de saber que tiene que "hacer algo", y que al mismo tiempo no tiene ninguna razón clara para intervenir (Cotton y Coleman, 2013), es por ello por lo que en muchos casos los agentes tienen que resolver la situación de una manera discrecional.

Atendiendo a Yñiguez (2007) la discrecionalidad es una vía no estrictamente legal, normativa o reglamentada, que sirve para que la policía tome decisiones basadas a partir de su juicio personal y de su experiencia. La potestad discrecional actúa como un filtro que selecciona las situaciones no regladas expresamente y que se pueden solucionar a partir del buen juicio y de la honestidad del policía, lo que supone una elevada dosis de subjetividad. La cual suele estar condicionada por tres variables:

1. La persona con quien interacciona el policía (edad, género, clase social, características personales...)
2. Las circunstancias presentes en la actuación policial (contexto social, barrio, hora, presencia de público o testigos...)
3. El control que ejerce la organización policial sobre el trabajo del policía.

Los agentes de policía, en el papel de trabajadores de primera línea de la salud mental, poseen un gran poder de discreción (Patch y Arrigo, 1999; Green, 1997). Este hecho podría deberse a que la mayoría de los contactos con este sector poblacional, son relativamente de menor importancia desde el punto de vista penal (Comisión de Denuncias Públicas contra la Real Policía Montada de Canadá –CPC-, 2010). Esta discreción es particularmente evidente

en los encuentros denominados "de baja visibilidad", por ejemplo, cuando no hay ninguna víctima o cuando la víctima no quiere denunciar (Godfredson y cols., 2010).

Cuando la interacción entre la policía y la persona con enfermedad mental es iniciada por la propia policía, los agentes tienen el mayor grado de discreción, pues actúan más libremente para resolver el problema en cualquier forma que consideren apropiada, sobre la base de sus actitudes, percepciones, y suposiciones hacia la enfermedad mental (Lamb y cols., 2002), haciendo que la intervención o actuación se resuelva de una manera formal (ej. traslados a dependencias policiales) o informal (ej. advertencia verbal). El resultado es que algunos agentes serán más propensos a trasladar a comisaría a las personas con enfermedades mentales, otros harán un esfuerzo más vigoroso a que dichas personas sean derivadas a servicios de salud mental, y otros tenderán a manejar ellos mismos la situación ayudándoles a través de advertencias verbales o también ignorándolas o apartándolas hacia algún lugar para evitar molestias (Lamb y cols., 2002; Watson y cols., 2005; Godfredson y cols., 2010).

En cuanto a la frecuencia de estas situaciones, algunos estudios sugieren que el 25% de los contactos es iniciado por la propia policía y que 2 de cada 5 encuentros que tiene la policía con personas con enfermedad mental se resuelven de una manera informal (Brink y cols. 2011).

1.3.3. Naturaleza de los encuentros

Aunque la naturaleza y el alcance de la interacción de la policía con personas que padecen enfermedad mental pueden variar significativamente dependiendo del lugar (Cotton y Coleman, 2013), el tipo de encuentros que tiene la policía con este sector de población se puede producir en una extensa variedad de contextos y situaciones donde estas personas ocupan diversos papeles como sospechosos, testigos, personas desaparecidas o que requieren de asistencia y víctimas.

Para poder entender como pueden ser este tipo de encuentros, Cordner (2006) establece los diferentes roles que las personas con problemas de salud mental pueden desarrollar en sus encuentros con los agentes, en base a los escenarios más comunes donde suelen coincidir ambas partes (tabla 3).

ROL	EJEMPLOS Y SITUACIONES
SOSPECHOSO	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Una persona con enfermedad mental que comete un delito/falta contra las personas o propiedad. ❖ Una persona con enfermedad mental comete un delito/falta contra la salud pública. ❖ Una persona con enfermedad mental que amenaza con suicidarse. ❖ Una persona con enfermedad mental que amenaza con dañar a alguien, debido a una creencia delirante de que esa persona representa una amenaza para él o ella. ❖ Una persona con enfermedad mental que amenaza con dañar a la policía.
PERSONA DESORDENADA	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Un familiar o un miembro de la comunidad informan del comportamiento molesto o peligroso de una persona con una enfermedad mental. ❖ Un centro hospitalario o de salud mental requieren la asistencia de la policía para el control de una persona con enfermedad mental. ❖ Un policía patrullando se encuentra con una persona con enfermedad mental con un comportamiento desordenado.
PERSONA DESAPARECIDA	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Un miembro de la familia informa de que un familiar con enfermedad mental ha desaparecido. ❖ Una institución de salud mental informa que una persona con enfermedad mental ha desaparecido
DENUNCIANTE	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Una persona con enfermedad mental llama a la policía para informar de las condiciones reales o imaginarias. ❖ Una persona con enfermedad mental llama a la policía para denunciar el trato que recibe por parte de familiares o cuidadores.
VÍCTIMA	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Una persona con enfermedad mental es la víctima de un delito contra las personas o propiedad. ❖ Un miembro de la familia, cuidador o servicio, abusa de una persona con enfermedad mental.
PERSONA QUE REQUIERE ASISTENCIA	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Se requiere de la policía para el transporte de una persona con una enfermedad mental hacia un hospital o centro de salud mental. ❖ Policía se encuentran con una persona con enfermedad mental que está descuidando sus propias necesidades básicas (comida, ropa, refugio, medicinas)

Tabla 1.3. Situaciones comunes con las que se encuentra la policía cuando la persona implicada es una persona con enfermedad mental. Fuente: Cordner, 2006.

1.3.3.1. Factores que agravan los encuentros

Numerosos estudios revelan que son varios los factores que agravan el problema para las personas con enfermedad mental, aumentando la frecuencia de sus encuentros con la policía y dificultando las interacciones entre ambos. Apoyándonos en el análisis que hace la Comisión de Denuncias Públicas contra la Real Policía Montada de Canadá –CPC- (2010), se resumen algunos de ellos, los cuales no se entienden como independientes, sino que suelen estar interconectados y se refuerzan mutuamente:

- 1.** Persona sin vivienda: en muchos casos, la enfermedad mental es la razón principal para la pérdida de la vivienda (Susnick y Belcher, 1996). Este factor establece una relación significativa entre la clase social y la enfermedad mental, en cuanto al tratamiento deficiente o no tratamiento, pues la falta de vivienda complica el tratamiento de la enfermedad mental. Estudios de población penitenciaria han revelado consistentemente una fuerte asociación entre el trastorno mental y personas sin hogar (Michaels y cols., 1992; Lamb y Weinberger, 1998).
- 2.** Estigmatización social: es la creencia generalizada de que estas personas son un peligro para la comunidad (Moore, 2013).
- 3.** Falta de apoyo social y familiar: las personas con enfermedad mental sufren de déficit de las relaciones sociales y de apoyo social, y habitualmente refieren tener un contacto muy limitado con la familia o amigos cercanos (White y cols., 2006), lo que conlleva a consecuencias muy perjudiciales para ellos (Ozbay y cols., 2007). El apoyo social hacia ellas juega un papel vital en la superación del estigma asociado y en ayuda para la integración social (Forrester-Jones y Barnes, 2008).
- 4.** Consumo de sustancias: las personas con enfermedad mental que consumen sustancias tienen un mayor riesgo de contacto con la policía (Borum y cols., 1998) y la detención por cualquier tipo de delito (Swartz y Lurigio, 2007). Este factor aumenta la reincidencia en la comisión de delitos (Hartwell, 2004), así como en la victimización (Sells y cols., 2003).
- 5.** Falta de conocimientos en salud mental: puede complicar los encuentros entre policía y una persona con enfermedad mental, pues entre otras

razones los signos de la enfermedad pueden pasar desapercibidos (Lamb y cols., 2002).

1.3.3.2. En el papel de sospechoso

El trato hacia las personas con problemas de salud mental puede verse deteriorado por la fuerte asociación entre enfermedad mental y la etiqueta de delincuente (Stier y Hinshaw, 2007). Los delitos cometidos por estas personas, son un tema de investigación que ha suscitado un gran interés, principalmente debido a la alarma social y al miedo que generan algunos sucesos violentos. Este sesgo en la investigación aunque probablemente ayude a categorizar los tipos de delincuencia, contribuyen a perpetuar los estereotipos y la estigmatización (Loinaz y cols., 2011; Short, 2013). Sin embargo, las investigaciones han puesto en relieve que, a pesar de que la enfermedad mental grave puede aumentar de una manera significativa el riesgo de violencia, la mayoría de las personas afectadas no son violentas y que los delitos más violentos son cometidos por personas que no han estado diagnosticadas de ninguna enfermedad mental grave (Short, 2013).

Una de las grandes cuestiones que se están abordando actualmente, es si se está criminalizando a las personas con enfermedad mental (Watson y cols., 2005) ya que en los países occidentales la población penitenciaria con problemas de salud mental ha aumentado considerablemente en los últimos años (Watson y cols. 2005; Moore, 2013). Esta hipótesis señala que a raíz de la desinstitucionalización, el sistema de justicia se ha convertido en el responsable para controlar los comportamientos irregulares de estas personas (Morabito, 2007). Para Moore, (2013) esta especie de "reinstitutionalización" podría deberse a una serie de factores:

1. Una relación entre disminución de camas en hospitales de atención en salud mental y el aumento de éstas en instituciones penitenciarias.
2. El aumento de trastornos debido al consumo de sustancias entre personas con enfermedad mental.
3. La amplia definición de enfermedad mental para englobar otros tipos de trastornos.

4. Una manera de contener la percepción del miedo en la sociedad a través de la segregación.

El aumento de los contactos entre personas con enfermedad mental y la policía, como responsable de la entrada de éstas al sistema penal o de salud mental en primera instancia (Watson y cols. 2005; Godfredson y cols., 2010), ha cuestionado si la policía forma parte de esta criminalización. Teplin (1984) concluyó que en igualdad de condiciones las personas con enfermedad mental eran significativamente más propensas a ser detenidas que las personas que no la padecían. En contraposición, el estudio de Engel y Silver (2001) mostró que la policía no tenía más probabilidad de detener a sospechosos con problemas de salud de este tipo. Watson y cols. (2004b) ante esta ambivalencia discutieron que los estudios realizados se llevaron a cabo con una diferencia de 20 años, y con diferentes métodos, por lo que podrían ser varias las explicaciones para estos resultados divergentes, añadiendo que la discrecionalidad del funcionario se correlaciona con el tipo de infracción penal. Godfredson y cols. (2010), analizaron la discreción policial hacia la enfermedad mental, y sus resultados revelaron que a mayor ambigüedad en la sintomatología de la persona con enfermedad mental, mayor era la respuesta discrecional, a pesar de esto, sus resultados concuerdan con los resultados de Engel y Silver.

1.3.3.3. En el papel de víctima

Ha sido recientemente, cuando las investigaciones han empezado a estudiar a las personas con enfermedad mental en el papel víctima. Varios trabajos (Loinaz y cols., 2011; Short, 2013) sobre el riesgo de victimización de estas personas, revelan que son pocos los estudios que examinan la prevalencia y los riesgos de victimización delictiva en este grupo. Este abandono resulta preocupante, ya que este sector de población pueden ser especialmente vulnerables a los efectos sociales, emocionales y económicos de la delincuencia (Macmillan, 2001; Marley y Buila, 2001), debido a sus déficits en la toma de decisiones y la capacidad de juicio, junto con un estilo de vida en desventaja especialmente en periodos de sintomatología activa (Teplin y cols., 2005).

La investigación ha demostrado que las personas con enfermedades mentales graves son significativamente más propensas que otras en la

comunidad para convertirse en víctima de un delito (Hiday y cols., 1999; Teplin y cols., 2005; Silver, 2002), e incluso con tasas mucho más elevadas comparadas con el resto de la población (Hiday y cols., 1999; Silver, 2002), y más propensas a sufrir victimizaciones repetidas (Marley y Buila, 2001). Las mujeres son las que mayor riesgo presentan de ser víctimas, especialmente en lo referido a la victimización física y sexual (Loinaz y cols. 2011). A pesar de esta incidencia, las personas con enfermedad mental, no suelen comunicar su situación como víctima (Snowdon y Lurigio, 2007), y por tanto muchos delitos contra este sector no son detectadas por la policía, o no se denuncian. La decisión de denunciar un delito a la policía se cree que está influenciada por una serie de factores interrelacionados, como el tipo y la gravedad percibida de la ofensa, las experiencias pasadas de la víctima con la policía, y las posibles consecuencias de denunciar el delito (Skogan, 1984; Carcach 1997). Este hecho es altamente preocupante, pues las personas que están en desventaja social también son menos propensas a denunciar hechos delictivos a la policía (Carcach, 1997). En resumen, las personas que padecen problemas de salud mental, son más proclives a experimentar la victimización, pero menos predispuestas a informar de ello a la policía, o no acudir a los servicios de ayuda disponibles (Short, 2013).

1.3.3.4. En el papel de crisis de salud mental

Aunque los requerimientos a la policía referentes a las crisis de salud mental pueden parecer el tipo de interacción más frecuente entre la policía y las personas que las padecen, Cotton y Coleman (2013) defienden que están lejos de ser la forma de contacto más común. Sin embargo, estas situaciones representan un reto importante para la policía y los profesionales de la salud, ya que en la mayoría de emergencias psiquiátricas, subyace el potencial de violencia (Lamb y cols., 2002).

Probablemente, el fenómeno del estigma puede tener los peores efectos en estas situaciones, pues contribuyen a que la policía resuelva sus intervenciones de una manera ineficaz, debido a los estereotipos públicos, que relacionan enfermedad mental con propensión inherente a la violencia, junto con la falta de conocimientos específicos y protocolos de actuación policial muy rígidos, pudiendo precipitar en situaciones de alto riesgo que requieran del uso de la fuerza por parte de la policía hacia la persona que sufre la crisis,

produciéndose graves lesiones innecesarias entre ambos y en algunas ocasiones con un desenlace trágico, además de generar una fuerte controversia entre los medios de comunicación y la población (Ruiz y Miller ,2004; Clifford , 2013).

Los agentes y los profesionales de la salud desean recíprocamente un rápida asistencia entre ambos en el lugar cuando son requeridos ante una situación de crisis de salud mental; por ello se ha vuelto cada vez más evidente que cuando las personas con enfermedad mental están en crisis, la policía y el sistema de salud mental de emergencia, solo pueden servir de manera efectiva si los dos sistemas participan de una manera conjunta (Lamb y cols, 2002). Coleman y cols. (2005) añaden que el sistema de atención médica nunca será perfecto si la policía y el sistema de justicia se perciben como externos en estas situaciones.

1.3.5. La relación con personas con problemas de salud mental

Aunque son muy pocos los estudios que han evaluado la opinión de las personas con problemas de salud mental hacia la policía (Watson y cols., 2008; Brink y cols. 2011), los resultados indican que es algo menos positiva, que la opinión que tiene la población general. Sin embargo, son más las opiniones positivas que las negativas, siendo su mayor preocupación el uso de la fuerza por parte de los agentes en sus encuentros. Clifford (2013) señala que una de las principales razones por las que puede haber malas relaciones entre la policía y los usuarios de salud mental, es la combinación de la percepción del peligro y el estigma que tiene la policía hacia estas personas.

1.4. El fenómeno del estigma en la policía

1.4.1. Modelos teóricos

Son numerosos los modelos teóricos que tratan de explicar y comprender el fenómeno de la estigmatización que sufren las personas que padecen alguna enfermedad mental desde la perspectiva psicológica y sociológica. En concreto, nos vamos centrar en aquellos modelos que pueden tener especial relevancia para el estudio de las actitudes y respuestas de la policía hacia la salud mental (Watson y cols., 2004 a,b ; Watson y cols., 2005).

1.4.1.1. Modelos sociológicos

Una parte importante de la sociología se ha centrado en las consecuencias estigmatizantes de la enfermedad mental como estado social, a través de la denominada "teoría del etiquetado" (Markowitz, 2005). Esta teoría sugiere que la etiqueta de enfermedad mental evoca un conjunto de estereotipos o creencias negativas, que son aplicadas al individuo que las padece, devaluándolo y provocando su discriminación (Scheff, 1966; Link, 1987; Socall y Holtgraves, 1992). Link y Phelan (2001) en una conceptualización más reciente, definen el estigma como un proceso mediante el cual la persona con diferencias sociales queda etiquetada, y vinculada con características indeseables y estereotipos negativos que dan lugar a su discriminación, pérdida de estatus socioeconómico y disminución en las oportunidades que definen una vida normal.

El estudio de Graves y cols. (2005), que midió las respuestas psicofisiológicas hacia la etiqueta de enfermedad mental evidenció que cuando se presentaba un sujeto etiquetado con esquizofrenia frente al mismo sujeto sin etiquetar ninguna enfermedad, sus participantes mostraban aumentos en la tensión muscular y una desaceleración del ritmo cardíaco. Este último hallazgo se cree que es un indicador previo para una acción, por lo que estos autores sugieren que la exposición a la etiqueta de una enfermedad mental grave genera respuestas automáticas que pueden influir negativamente en el comportamiento posterior. Por otra parte, varios estudios han demostrado que el tipo de etiqueta asociado a la enfermedad mental influye en el deseo de distancia social, por ejemplo, se ha visto que las actitudes en general son más favorables hacia la depresión que hacia la esquizofrenia (Angermeyer y Matschinger, 2003).

Por todo ello, probablemente la teoría del etiquetado sea el marco teórico más idóneo para evaluar los comportamientos de la policía hacia las personas con enfermedad mental (Watson y cols., 2004 b).

1.4.1.2. Modelos psicosociales

La investigación en psicología social supone un avance en la comprensión de los procesos de estigmatización. Para entender como este fenómeno del estigma puede actuar en la policía, nos vamos a centrar en el estudio realizado por Watson y cols. (2005), en el que intentan explicar el proceso mediante el cual los agentes de policía pueden crear estereotipos hacia las personas con trastornos mentales como grupo social, y el proceso de cómo estos estereotipos pueden provocar los prejuicios y discriminación. Para ello, dichos autores se centran en concreto en dos enfoques teóricos, el motivacional y el cognitivo.

1.4.1.2.1. Enfoque motivacional

El enfoque motivacional considera que el origen del prejuicio responde a necesidades emocionales. Entre los enfoques más relevantes que analizan esta perspectiva se encuentran aquellos que basan el origen del prejuicio en el autoritarismo y en la dominancia social (Ottati y cols., 2005):

- La personalidad autoritaria se caracteriza por la sumisión a la autoridad, el cumplimiento estricto de las normas, el pensamiento rígido y la agresión hacia las personas que difieren de las normas. A pesar de que la relación psicológica entre la persona autoritaria y los prejuicios no está clara, son muchos los estudios que correlacionan el autoritarismo con los prejuicios.
- Las personas que poseen dominancia social suelen enfatizar por la competitividad y el estatus, prefiriendo una estructura social donde se mantengan claras diferencias de poder entre los diferentes grupos, haciendo que los grupos que estén en posiciones más altas para poder mantener su posición generen prejuicios y discriminación hacia aquellos que están en posiciones inferiores.

Por tanto, es lógico pensar que estos prejuicios y conductas discriminatorias esten orientados hacia grupos minoritarios que ocupen estratos más bajos en la sociedad, como pueden ser las personas con enfermedad mental. Se podría decir por consiguiente que el autoritarismo y la orientación en dominancia social se asocian con una tendencia a estigmatizar a las personas con enfermedad mental (Ottati y cols., 2005).

Algunos estudios sugieren que el autoritarismo puede ser un factor que lleve a escoger la profesión de policía, otros estudios revelan que es el propio trabajo policial quien puede desarrollar estos factores de personalidad (Rizo y Barrios, 2012). Watson y cols. (2005) consideran que el personal policial tiende a ser relativamente alto en autoritarismo y en dominancia social, en consonancia con la literatura que discute la personalidad de la policía y la cultura policial (caracterizada por el conservadurismo, desapego emocional, aislamiento social, la lealtad al grupo, etc), y que podrían ser especialmente propensos a estigmatizar a las personas con enfermedad mental. No obstante algunos trabajos defienden que la policía muestra niveles bajos de autoritarismo y restricción social (Cotton ,2004), esto podría deberse a los cambios que se está produciendo debido a la corriente de policía comunitaria.

1.4.1.2.2. Enfoque cognitivo

Este enfoque define que los prejuicios y los estereotipos son una consecuencia natural de la categorización, siendo ésta un proceso cognitivo básico que es necesario para la supervivencia. Debido a la gran variedad de imágenes o señales con las que nos encontramos diariamente (personas, cosas, etc.), el ser humano biológicamente tiende a agrupar estas representaciones en categorías, sin dar ninguna respuesta al origen, ni a las consecuencias de esas asignaciones, pues buscamos normas que de alguna manera nos faciliten y agilicen cada tipo de imagen, en un intento de ganar capacidad de predicción y control sobre las situaciones sociales. Por desgracia, los procesos cognitivos implicados en los estereotipos pueden conducir a una excesiva e inexacta generalidad (Ottati y cols., 2005).

Los modelos motivacionales citados anteriormente proporcionan una respuesta afectiva al origen de estos estereotipos inexactos o exagerados. Además, dado que los agentes de policía tienden a puntuar alto en dominancia social, podrían ser bastante frecuente en este grupo de profesionales las percepciones distorsionadas hacia las personas con enfermedades mentales (Watson y cols., 2005).

Por otra parte, el origen de estos estereotipos inexactos puede ser el resultado de sesgos cognitivos. Son muchos los estudios que afirman que los

mensajes y la información de los medios de comunicación tienen evidentes sesgos de carácter negativo hacia las personas con enfermedad mental, referentes a aspectos como la confusión entre distintos tipos de enfermedades y trastornos, la utilización estigmatizante del lenguaje, la asociación entre enfermedad mental y violencia, etc., haciendo que el receptor se exponga selectivamente a una muestra sesgada de las personas con enfermedad mental (López, 2007). Esta forma de exposición selectiva parcial, genera un estereotipo de las personas con enfermedad mental que tiende a exagerar su nivel de peligrosidad (Smith, 1992).

Ciertas profesiones pueden predisponer a encontrarse con estos sesgos relativos. De hecho, esta es una de las razones por la que profesionales de la salud tienen una visión demasiado pesimista y negativa hacia las personas con enfermedad mental. Esta misma lógica podría aplicarse a los agentes de policía, pues, en ocasiones, ellos están selectivamente expuestos a personas con enfermedades mentales que padecen crisis de salud mental y/o que son sospechosos por la comisión de un delito. Probablemente, esta muestra sea más peligrosa que la persona promedio con enfermedad mental, y por tanto sería, de esperar que los policías tiendan a exagerar el riesgo de peligrosidad entre las personas con enfermedad mental (Watson y cols., 2005).

1.4.1.3. Procesamiento de la percepción en la policía: individual vs categorizada.

El estereotipo que se ha generado hacia un grupo de una manera categorizada, puede no aplicarse cuando una persona juzga a un miembro individual de ese grupo. Esta es una forma más personalizada de procesamiento donde la persona es vista como un individuo y no sólo un miembro del grupo, la cual requiere de un nivel adecuado de capacidad cognitiva y motivación (Brewer, 1988; Fiske, 1998). Por tanto, a menor capacidad cognitiva y motivación del perceptor, mayor será el procesamiento basado en categorías (Watson y cols., 2005).

Watson y cols. (2005) afirman que la situación laboral de la policía puede influir en su motivación y en su capacidad cognitiva. En cuanto a la motivación, los agentes pueden estar altamente motivados, por su código ético que prohíbe

cualquier práctica discriminatoria, a evitar el uso de estereotipos; sin embargo, en el caso de la enfermedad mental, al no ser un grupo tan estigmatizado como otros (ej. minorías étnicas), es probable que estén menos motivados a suprimir activamente sus estereotipos. Y en lo referente a la capacidad cognitiva, sostienen que la necesidad de atender a varias tareas al mismo tiempo, la presión del tiempo, la sobrecarga de información, el enfrentamiento a situaciones límite que requieren de una respuesta rápida, etc. pueden reducir los recursos cognitivos del policía, aumentando así la probabilidad de juzgar o responder a la persona, basándose en la simple aplicación de estereotipos.

Algunas personas pueden reconocer que el estereotipo de un grupo ha producido un juicio sesgado hacia una persona, si esta conciencia si es acompañada de motivación y de capacidad para eliminar este sesgo, puede hacer que la persona participe en un proceso de corrección. De cualquier manera, Watson y cols. (2005) aseguran que, en ausencia de evidencia empírica, es prematuro llegar a conclusiones sobre como la policía juzga a las personas con enfermedades mentales de una manera sesgada.

1.4.1.4. Influencia de los estereotipos en la actuación policial.

La Teoría de la Atribución, sostiene que la conducta está determinada por un proceso cognitivo emocional (Weiner, 1995). Cuando se presenta un suceso negativo como puede ser un delito, la gente trata de averiguar quién es el responsable del suceso haciendo atribuciones sobre la causa y la controlabilidad del evento. Si la causa de la situación puede atribuirse al control de la persona es probable que ésta sea juzgada como responsable, dando lugar a reacciones emocionales negativas como la ira generando un comportamiento dirigido a castigar como la evitación, coerción, anulación o retención de ayuda, en cambio, si la situación no se puede atribuir como controlable, la persona no será juzgada como responsable produciendo reacciones emocionales positivas como la piedad y en consecuencia el deseo de querer ayudar (Corrigan y cols., 2003).

De acuerdo con esta última teoría y la del etiquetado expuesta anteriormente, Watson y cols. (2005) sugieren que se pueden hacer algunas hipótesis sobre cómo puede influir el fenómeno del estigma asociado a la

enfermedad mental en la actuación policial, para ello establecen tres estereotipos relevantes que pueden condicionar la conducta de los agentes en los distintos encuentros con este sector de la población (tabla 4). Estos estereotipos tienen que ver con los aspectos peligrosidad, credibilidad y responsabilidad:

- 1. Peligrosidad:** una parte de los efectos de la peligrosidad funcionan aumentando el miedo, siendo un fuerte predictor para la toma de medidas coercitivas. Este estereotipo sobrestimado en la policía puede hacer que ésta responda con una fuerza excesiva especialmente en aquellas situaciones donde la persona con enfermedad mental ocupe el papel de sospechoso o persona en crisis de salud.
- 2. Credibilidad:** la creencia de que la personas con enfermedad mental son incapaces de proporcionar información fiable, puede condicionar a los agentes en decisiones, como la detención, derivación a servicios de salud mental, disposición a investigar, en incluso a ofrecer ayuda, siendo esta última especialmente importante, pues estas personas son más vulnerables a la victimización.
- 3. Responsabilidad:** atribuir la responsabilidad de un problema de salud mental a una persona puede generar comportamientos negativos entre los agentes, los cuales se pueden traducir en la toma de medidas coercitivas o a estar menos dispuestos en ayudar, incluso cuando la persona que requiera de auxilio policial sea una víctima. Sin embargo, si el funcionario no considera a la persona como responsable de su enfermedad, pueden aparecer ciertos sentimientos como la compasión, que pueden conducir a querer ayudar a la persona.

1.4.2. Actitudes de la policía hacia las personas con enfermedad mental.

Las investigaciones sugieren que, a pesar de la frecuencia de los encuentros entre policía-personas con enfermedad mental, los agentes se muestran reacios e incómodos al interactuar con ellas (Borum, 2000; Lamb y cols. 2002; Ruiz y Miller, 2004), sin embargo, otros afirman que este sentimiento podría estar cambiando (Chappell, 2010).

La mayor preocupación en la que se han centrado las investigaciones ha sido si los funcionarios policiales, como grupo, comparten los mismos puntos de vista negativos hacia la enfermedad mental que mantiene la población (Trovato 2000; Carey 2001; Cotton, 2004; Litzcke, 2006; Psarra y cols., 2008; Chen y cols., 2013).

Psarra y cols. (2008) analizaron actitudes hacia la enfermedad mental en la policía griega. El estudio se centró en policías que escoltaban a personas para una evaluación psiquiátrica en un servicio de urgencias. Los resultados indicaron que estos agentes sostienen las actitudes que a menudo se encuentran en la población, es decir, que las personas con enfermedades mentales son impredecibles y peligrosas, además de falsas creencias como que deben ser hospitalizados de forma permanente, que no son capaces de trabajar, de estar casado o de tener hijos entre otras.

Litzcke (2006) examinó estas actitudes en policía alemana, comparándola con una muestra de funcionarios no policiales, sus resultados revelaron pocas diferencias entre ambos, siendo los agentes los que mostraban una mayor distancia social hacia la enfermedad mental y reacciones emocionales como la compasión, incomodidad y el deseo de ayudar. Por otro lado Chen y cols. (2013) compararon actitudes entre policías, psiquiatras y miembros de la comunidad China, sus resultados sugieren que la policía era el grupo que más consideraba a estas personas como violentas.

De especial mención, son los trabajos realizados por Watson y cols. (2004a, 2004b) ya que fueron los primeros en estudiar la relación entre los comportamientos y actitudes de la policía de EEUU respecto a las personas con enfermedad mental en distintos papeles y situaciones. Sus resultados concluyeron que los agentes, consideraban a las personas que padecen de esquizofrenia como menos responsables de su situación, más dignos de ayuda y más peligrosos que las personas que carecen de esta enfermedad mental. Además examinaron cómo la etiqueta de enfermedad mental, evoca respuestas influenciadas en los agentes, hacia estos ciudadanos. Su estudio concluye que los agentes eran menos propensos a actuar cuando la información era proporcionada por un testigo con una enfermedad mental; y

que estaban menos dispuestos a investigar y a tomar cualquier medida en nombre de una víctima con una enfermedad mental.

1.4.3. Capacitación y formación especializada en salud mental

Distintos estudios sugieren que la formación en salud mental que recibe la policía en general no es suficiente para el trato con personas con problemas de este tipo (Carey, 2001; Lamb y cols., 2002 ; Wells y Schafer, 2006; Psarra y cols, 2008; Godfredson y cols. 2010; Clayfield y cols 2011; Henshaw y Thomas, 2012).

Carey (2001) y Vermette y cols. (2005) mostraron que los agentes de policía expresan su frustración por el hecho de no estar entrenados suficientemente para hacer frente a la enfermedad mental, y el deseo de aprender más acerca de cómo trabajar con personas que la padecen de una manera más eficaz, pues lo consideran un aspecto profesional necesario. Además, Vermette y cols. (2005), en su estudio, preguntaron directamente a la policía qué tipo de formación deseaban tener, encontrando que temas como la gestión de problemas del comportamiento, recursos de salud mental en su área, y tipos específicos de enfermedad mental, eran considerados como necesarios.

Por otra parte se ha demostrado que el conocimiento en salud mental por parte de la policía lleva a menos autoritarismo, a una disminución en creencias discriminatorias, y a puntos de vista más positivos con respecto a la integración social de personas con enfermedad mental (Madianos y cols., 2005). Psarra y cols (2008) recomiendan una formación especializada que promueva mejoras en actitudes, y programas que ayuden a la policía a interactuar de una manera más eficaz en los encuentros con población con mala salud mental.

Compton y cols, (2006) exploraron la eficacia de un programa formativo en salud mental para la policía, sus resultados mostraron que estos programas, pueden reducir actitudes estigmatizadoras, y aumentar la comprensión y el apoyo hacia las personas con enfermedad mental, contribuyendo a la mejora de habilidades, capacidades y relaciones con estas personas.

1.4.4. Programas antiestigma

Son muchos los países, incluido el nuestro, que están implementando mecanismos, programas y campañas que tienen como objetivo mejorar la actitud social hacia la enfermedad mental, y disminuir las conductas de discriminación hacia quienes las padecen. McDaid (2008), en su documento elaborado para la Comisión Europea, afirma que aunque las campañas contra el estigma pueden ser difíciles de evaluar; sugiere que estas dirigidas a grupos específicos de la población, como puede ser la policía, pueden ser más efectivas que las dirigidas a la población general.

Por ello, con el fin de mejorar las relaciones de los agentes de policía con la población de personas que padecen alguna enfermedad mental, se están llevando a cabo programas de concienciación para disminuir el estigma en las agencias policiales. En Europa tenemos el ejemplo de países como Inglaterra y Alemania, que han llevado a cabo estos programas, los cuales ponen de manifiesto que ayudan a disminuir el estigma, y fomentan el cambio de actitudes entre los agentes.

Pinfold y cols. (2005) en su estudio, basado en una revisión de los programas anti-estigma, examinaron la eficacia de uno de esos programas involucrando a agentes de policía del Reino Unido. Sus resultados indicaron que mientras que los cursos de capacitación en salud mental son necesarios, el contacto personal con personas con enfermedad mental, fue el factor más determinante en el cambio de actitudes entre los agentes. Estos resultados están en armonía con el seminario anti-estigma alemán titulado "Los pacientes psiquiátricos y sus familiares instruyen a los agentes de policía alemanes: un proyecto anti-estigma de -BASTA la alianza para las personas con enfermedad mental- " (Wundsam y cols. 2007). El seminario fue desarrollado por una organización anti-estigma de Alemania en colaboración con profesores de la academia de policía de Baviera, sus resultados indicaron que el contacto personal entre la policía, los pacientes y sus familias, parece ser crucial para la lucha contra el estigma en estas instituciones.

2. JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS

2.1 Justificación.

Investigaciones recientes han confirmado que los encuentros profesionales que mantiene la policía con personas con enfermedad mental, además de ser una práctica común, es una situación que ha aumentado considerablemente en los últimos años, y que debido a la variedad de circunstancias que los envuelven, se objetiva un alto nivel de discreción por parte de la policía para resolverlos.

Algunos trabajos previos a este estudio ponen de manifiesto que el estigma hacia la enfermedad mental, pueden influir en la toma de decisiones de los agentes. Esta circunstancia lleva a cuestionarnos cuáles son las actitudes y comportamientos entre los miembros de las instituciones policiales cuando en sus intervenciones se encuentra una persona con enfermedad mental.

Los estudios que han evaluado el fenómeno del estigma hacia la enfermedad en la policía, reflejan mayoritariamente que los funcionarios policiales mantienen los mismos puntos de vistas negativos que tiene la población en general, y en ciertos aspectos con connotaciones más negativas. Sin embargo, la mayoría de estas investigaciones contienen poca información sociodemográfica y el tipo de enfermedad mental tampoco ha sido explorado en detalle, además de mantener indiferenciado el papel que puede tener la persona con enfermedad mental en la actuación policial. Por otra parte, aunque la mayoría de los trabajos se han realizado con policías de EE.UU, Canadá, Australia y en menor medida con los de Europa, sus resultados limitan su generalización al contexto policial español.

Tras realizar una exhaustiva búsqueda bibliográfica, no hemos encontrado ningún estudio en nuestro país donde se aborde el fenómeno del estigma asociado a la enfermedad mental en las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, por lo que aparece la necesidad de elaborar el presente trabajo, el cual pretende analizar actitudes y comportamientos hacia la enfermedad mental en los agentes del Cuerpo Nacional de Policía.

La mayor fortaleza de esta investigación estriba en que puede aportar al trabajo y a la formación policial, a través del análisis de actitudes y conductas, una información valiosa que actualmente se desconoce en los cuerpos policiales del territorio nacional, cuyos resultados podrán guiar la mejora en

protocolos de actuación policial, orientar y actualizar actividades formativas así como acrecentar la relación profesional de nuestra policía con personas con problemas de salud mental. A este respecto, estudios recientes, realizados en policía de otros países, han demostrado que un programa formativo específico sobre salud mental ayuda a reducir actitudes estigmatizantes, y aumenta la comprensión y el apoyo hacia las personas con enfermedad mental.

Por último, la presente investigación pretende crear una fuente de conocimiento e innovación que promueva mejoras y constituya un referente nacional para futuros estudios asociados.

2.2 Objetivos de la investigación.

2.2.1 Objetivo general

El propósito de este trabajo es abordar el efecto del estigma asociado a la enfermedad mental en miembros de la policía nacional, y sus posibles consecuencias en la actuación policial.

2.2.2 Objetivos específicos

1. Explorar la frecuencia y en qué tipo de contexto profesional la policía entra en contacto con población que padece una enfermedad mental.
2. Evaluar la formación profesional que recibe la policía en el ámbito de la salud mental.
3. Describir conocimientos y dificultades profesionales que sostienen los funcionarios policiales hacia la salud mental.
4. Estimar la percepción de seguridad jurídica ante una intervención donde el autor de un ilícito penal sea un sujeto con enfermedad mental.
5. Analizar actitudes hacia la enfermedad mental, y determinar los factores sociodemográficos y laborales que pueden modificarlas.
6. Examinar cómo influyen las etiquetas de enfermedad mental en los comportamientos de los agentes.

3. MATERIAL Y MÉTODOS

3.1. Diseño del estudio

3.1.1. Tipo de estudio

Para el desarrollo de la investigación, se diseñó un estudio observacional descriptivo transversal, con el fin de evaluar el fenómeno del estigma hacia la enfermedad mental para aquellos sujetos que fueron seleccionados.

La elección de este tipo de estudio le confiere una serie de ventajas y de utilidades:

- Son eficientes para analizar la prevalencia del fenómeno en poblaciones en un momento determinado.
- Permiten recoger de forma conjunta resultados simultáneos de diferentes variables.
- Requieren poco tiempo de ejecución puesto que no hay seguimiento de los sujetos participantes además de ser poco costosos.
- Sus resultados son más generalizables a poblaciones definidas.
- Pueden ser utilizados como estudio piloto o previo a otro tipo experimental
- Son apropiados para establecer objetivos dirigidos a una determinada acción.

Sin embargo, presenta una serie de limitaciones e inconvenientes que han de tenerse en cuenta. En general, los estudios transversales no permiten intervenir ni experimentar con la muestra, la relación causa/efecto no siempre es verificable y pueden aparecer sesgos de selección durante el muestreo.

3.1.2. Población de estudio

3.1.2.1. Población diana

El estudio se centra exclusivamente en miembros del Cuerpo Nacional de Policía (CNP) como representantes de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado. El CNP es un instituto Armado de naturaleza civil, dependiente del Ministerio del Interior, presente en todas las capitales de provincia y tiene como misiones prioritarias "proteger el libre ejercicio de los derechos y libertades, y garantizar

la seguridad ciudadana" (L.O. de Fuerzas y Cuerpos de Seguridad 2/86, de 13 de Marzo).

Actualmente esta corporación, está formada por más de 65.000 efectivos y se estructura en cuatro escalas que a su vez se dividen en siete categorías:

- Escala Superior: formada por dos categorías, Comisario Principal y Comisario.
- Escala Ejecutiva: formada por dos categorías, Inspector-Jefe e Inspector.
- Escala de Subinspección: formada por una única categoría, Subinspector.
- Escala Básica: formada por dos categorías, Oficial y Policía.

Desde cada categoría puede accederse a la inmediatamente superior hasta alcanzar la de Comisario Principal, y para ello los agentes deben reunir previamente unos requisitos de antigüedad además de tener que superar unas pruebas selectivas y cursos de formación establecidos para cada categoría (figura 3.1). De esta manera, a la escala Básica se accede por oposición libre a Policía y a Oficial por promoción interna. A la escala de Subinspección se ingresa únicamente por promoción interna desde la escala Básica. A la escala Ejecutiva se accede por oposición libre y promoción interna desde Subinspector a Inspector y por promoción interna a Inspector-Jefe. A la escala Superior se asciende desde la Ejecutiva a Comisario por promoción interna y a Comisario Principal desde Comisario, también, por promoción interna.



Figura 3.1 Estructura y carrera profesional en el CNP (Fuente DGP)

3.1.2.2. Población de estudio. Criterios de inclusión y exclusión

La población con la que se llevó a cabo este trabajo estuvo compuesta por aspirantes y miembros del CNP, que acudieron a realizar diferentes cursos de ingreso y promoción para los que fueron autorizados. Para ello se ha contado con la colaboración de la División de Formación y Perfeccionamiento incardinada en la DGP. A través de un Oficio dirigido por parte del investigador a esta División, se solicitó autorización para poder desarrollarlo. Esta División accedió a lo solicitado con la condición de que el estudio pueda ser utilizado con fines docentes, ya que los resultados del mismo, se consideran de interés para la formación policial; quedando, todo ello, formalizado y acreditado en otro Oficio, los cuales no se anexan para respetar la confidencialidad de los firmantes.

Todos los sujetos que colaboraron cumplieron el requisito de participar de manera voluntaria, y fueron informados previamente del motivo del estudio.

Criterios de inclusión:

- Funcionarios y/o aspirantes del Cuerpo Nacional de Policía.
- Encontrarse realizando algún curso de acceso o ascenso autorizado.
- Voluntariedad y disposición a participar en el estudio.

Criterios de exclusión:

- No encontrarse realizando ningún curso autorizado.
- No aceptar participar en el estudio.

Tabla 3.1. Criterios de inclusión y exclusión del estudio.

3.1.3. Ámbito del estudio

3.1.3.1. Ámbito espacial

Los cursos de ingreso y de ascenso en el CNP se realizan en dos centros formativos: la Escuela Nacional de Policía (ENP) y el Centro de Altos Estudios Policiales (CAEP).

La **Escuela Nacional de Policía** desarrolla los programas formativos de acceso a las Escalas Ejecutiva, Subinspección y Básica, así como la formación dirigida a otros cuerpos policiales que se establecen en el ámbito de la cooperación policial a nivel local, nacional e internacional.



Figura 3.2. Escuela Nacional de Policía (Fuente Ministerio del interior).

El **Centro de Altos Estudios Policiales** imparte los cursos de promoción interna para los funcionarios de la escala Superior y primera categoría de la escala Ejecutiva. Además desarrolla e impulsa proyectos formativos a altos responsables de la seguridad Pública, contando con la participación de Universidades y otras Instituciones tanto públicas como privadas.



Figura 3.3. Centro de Altos Estudios Policiales (Fuente Ministerio del interior).

La investigación se desarrolló atendiendo a las instrucciones reflejadas en la autorización remitida por la DFP. Se comunicó el estudio inicialmente a las Jefaturas de Estudios del CAEP y de la ENP, con el fin de facilitar y acordar el modo de colaboración de los agentes que quisieran participar. Es por ello que el estudio se ha realizado con los agentes que fueron convocados a realizar los cursos de promoción para Oficial, Subinspector e Inspector de policía que acudieron a la Escuela Nacional de Policía, e Inspector Jefe y Comisario que se realizaron en el Centro de Altos Estudios Policiales.

3.1.3.2. Ámbito temporal

El periodo de tiempo que definió nuestra unidad de estudio se correspondió con las fechas de realización de los cursos presenciales de ascenso a las categorías señaladas. La recogida de datos se llevó a cabo durante un periodo de 13 meses, iniciándose en Marzo de 2013 y finalizando en Marzo de 2014.

3.2. Muestra del estudio

Los estudios de investigación científica llevan implícito en la fase de diseño la determinación del tamaño muestral. El no realizar dicho proceso, podría llevarnos a la imprecisión de los resultados produciendo una baja probabilidad en la detección de diferencias estadísticamente significativas entre las variables así como una mala calidad del trabajo (Aguilar-Barojas, 2005).

3.2.1. Tamaño de la muestra

El tamaño de la muestra se calculó aplicando el tratamiento estadístico para variables cuantitativas sobre poblaciones finitas, para una prevalencia del 50%, una precisión de error del 3,5% y un nivel de confianza del 95%. La muestra recomendada para estas estimaciones es de 775 sujetos. Para llegar a este tamaño y evitar posibles pérdidas, se repartieron un total de 1417 encuestas (herramienta del estudio) entre todos los sujetos que acudieron a realizar los diferentes cursos de formación, siendo 927 agentes los que finalmente accedieron a participar, superándose en 152 participantes (119,6%) el tamaño muestral necesario.

3.2.2. Tipo de muestreo y recogida de datos

El sistema de muestreo empleado fue de forma aleatoria y estuvo formado por agentes que acudieron a realizar diferentes cursos de formación de la ENP y el CAEP. Allí si el participante cumplía los criterios de inclusión, se le permitía participar. En el caso de que el agente declinara la invitación ó no cumpliera los criterios, se le excluía del estudio.

A los funcionarios que desearon participar se les pedía cumplimentar un cuestionario a lo largo de un periodo de un mes. Previamente cada participante leía una hoja de aceptación de consentimiento informado que se adjuntaba en la portada del cuestionario (anexo I). En ella se informaba de la voluntariedad de participación, motivo del estudio, Universidad investigadora y del tratamiento de los datos, así como la protección, confidencialidad y anonimato de los mismos. Finalizado el plazo de entrega se recogieron todos los cuestionarios, tanto los cumplimentados como los no realizados.

La entrega y recogida de material se llevó atendiendo al número alumnos que conformaba cada curso y a las diferentes fechas de realización. De una manera más detallada vemos (tabla 3.2.) como fue la recogida de datos para cada curso:

- **Curso de ascenso a Comisario:** la entrega de material se realizó en el mes de diciembre de 2013, un total de 24 encuestas se entregaron a los agentes pertenecientes de la promoción XXIII de Comisario, de las

cuales 20 fueron completadas. Lo que supuso una tasa de participación del 83,3%.

- **Curso de ascenso a Inspector Jefe:** en los meses de marzo de 2013 y 2014 se entregaron 75 encuestas a los alumnos de la XIX y XX promoción de ascenso a la categoría de Inspector Jefe, de las que 37 fueron cumplimentadas generando una tasa de participación del 49,3%.
- **Curso de ascenso a Inspector:** en abril de 2013 se entregaron 300 encuestas repartidas entre los dos cursos presenciales de ascenso a Inspector. El primer curso estuvo compuesto por 75 alumnos de la promoción XXVI y el segundo, formado por 225 alumnos de la promoción XXV. De las encuestas entregadas se devolvieron 231 encuestas cumplimentadas, de las que 69 corresponden al curso primero y las 162 restantes del segundo. La participación para esta categoría superó el 70%.
- **Curso de ascenso a Subinspector:** en abril de 2013 se enviaron 432 encuestas a los alumnos de la promoción XXI de ascenso a la escala de subinspección. De las que se devolvieron 240 cumplimentadas, lo que supuso una tasa de respuesta del 55%.
- **Curso de ascenso a Oficial:** en noviembre de 2013 se trasladaron 586 encuestas destinadas a los funcionarios del curso de ascenso a Oficial de la promoción XXII, siendo 395 encuestas las que fueron realizadas, lo que supuso una tasa de respuesta del 67,4%.

Curso de formación	Nº de encuestas entregadas	Nº de encuestas cumplimentadas	% de participación
Comisario	24	20	83,3
Inspector Jefe	75	37	49,3
Inspector	300	235	77
Subinspector	432	240	55,5
Oficial	586	395	67,4

Tabla 3.2. Número total de encuestas entregadas cumplimentadas y porcentaje de participación en cada curso de formación.

3.3. Instrumento de medida

3.3.1. Diseño de la encuesta

Para la contextualización de la investigación y redacción de la encuesta (herramienta del estudio), en primer lugar se creó un grupo de trabajo compuesto por personas expertas relacionadas con la materia (un policía nacional, un psiquiatra, un psicólogo, una trabajadora social, dos médicos forenses y dos traductores bilingües), posteriormente se llevó a cabo una revisión bibliográfica y búsqueda documental en torno a tres conceptos:

- Estigma y enfermedad mental
- Actitud de la policía hacia la enfermedad mental
- Policía y salud mental

La búsqueda y localización de referencias bibliográficas se realizó en diferentes bases de datos y en editoriales de publicación en ciencias de la salud como Medline, Pubmed, Sciencedirect, Life science journals y Google scholar. También a esta revisión se sumaron diferentes referencias bibliográficas y diversas webs relacionadas con el tema que previamente fueron recopilados.

Para la estrategia de búsqueda en las bases de datos fue la siguiente:

“disorders mental stigma (All fields)” or “mental illness stigma (All fields)”, “mental illness stigma population (All fields)”, “population attitudes towards mental illness (All fields)” “police attitudes towards mental illness (All fields)” “police and mental health (All fields)”.

Finalizada la fase de búsqueda bibliográfica y como resultado de una tormenta de ideas “brainstorming” por parte del grupo de trabajo, se diseñó una herramienta de registro o encuesta “ad hoc” para que recogiera información sobre el fenómeno del estigma hacia la enfermedad mental en el ámbito policial.

Para la construcción de los enunciados incluidos en la herramienta del estudio, se tuvieron en cuenta una serie de recomendaciones y consideraciones:

- Las ideas planteadas debían seguir un orden coherente y lógico hacia el sujeto participante.
- Las preguntas redactadas fueron formuladas a partir de frases sencillas y no confusas, evitando contenido ambiguo e inducción de las respuestas.
- El instrumento de medida debía contener elementos redactados en sentido positivo y negativo.
- Al tratarse de un estudio enfocado a una población en concreto, esta debía de tener elementos de referencia hacia ella.
- Se empleó un lenguaje común, evitando tecnicismos que pudieran entorpecer la cumplimentación del cuestionario.

Antes de facilitar la encuesta diseñada para el estudio, se realizó una investigación preparatoria (a lo largo de un mes de prueba), con el fin de validarla y detectar posibles errores en el planteamiento y/o redacción de las cuestiones. Para ello, se facilitó a 30 agentes de policía nacional un modelo de cuestionario, donde se comprobó la comprensión de ítems e instrucciones, así como la extensión y dificultad para responder a las preguntas planteadas.

Tras esta primera prueba piloto y realizar el análisis de las respuestas de los participantes, aunque no se consideró necesario eliminar ninguna cuestión, sí que se cambió el orden de algunas cuestiones para clarificar la estructura de la entrevista. Realizadas las modificaciones pertinentes en el cuestionario se constató que el modelo estaba apto para proceder a realizar el estudio.

3.3.2. Dimensiones del estudio

La herramienta de estudio fue diseñada para que recogiera información en torno a seis ejes principales (figura 3.4.), en ella se pueden encontrar distintos tipos de preguntas atendiendo a la naturaleza y función de las mismas.

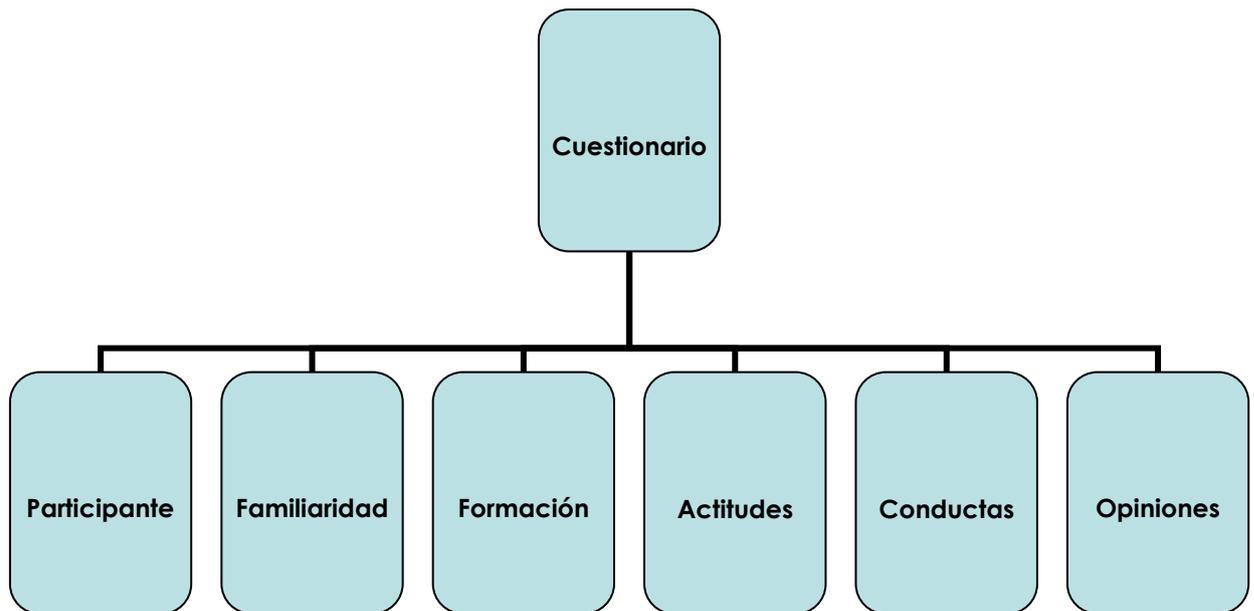


Figura 3.4. Estructura de la encuesta empleada en el estudio

1. **Participante:** contiene variables sociodemográficas y laborales.
2. **Familiaridad hacia la enfermedad mental:** reúne cuestiones que pretenden conocer el tipo y la frecuencia de contacto que tienen los agentes con personas con enfermedad mental en el ámbito personal y profesional.
3. **Formación profesional:** agrupa preguntas dirigidas a evaluar la formación profesional relacionada con la enfermedad mental, incidiendo en la conveniencia o necesidad de esta formación.
4. **Actitudes hacia la enfermedad mental:** incluye una serie de cuestionarios que pretenden explicar creencias y afectos.
5. **Conductas hacia la enfermedad mental:** contiene dos supuestos policiales donde se evalúa el comportamiento ante una persona hipotética con y sin enfermedad mental.
6. **Opiniones hacia la salud mental en el ámbito profesional:** recoge preguntas enfocadas a evaluar la percepción de seguridad jurídica en su actividad profesional y de los problemas a la hora de intervenir.

3.3.3. Variables e instrumentos

3.3.3.1. Participantes

La primera parte de la encuesta (anexo II) recoge características sociodemográficas y laborales:

1. **Edad:** expresada en años. Además para facilitar el análisis estadístico la variable edad se recodificó en tres categorías: "menor o igual a 30 años", "de 31 a 40 años" y "mayor de 40 años".
2. **Género:** quedó categorizada en Hombre y Mujer.
3. **Nacionalidad:** contempló el lugar de nacimiento del agente, siendo categorizada en dos grupos: España y Otros países.
4. **Estado civil:** se codificó en función del estado civil del participante, clasificándose en tres categorías: "Soltero/a", "Casado/a" y "Separado/a ó Viudo/a".
5. **Número de Hijos:** expresada por el número de hijos del encuestado. Se recodificó en tres grupos: "0 hijos", "1 hijo/a" y "más de 1 hijo/a".
6. **Nivel de estudios:** se tomó en función de la mayor titulación obtenida por el participante, y categorizados en tres grupos: "Estudios primarios", "Estudios secundarios" y "Estudios superiores".
7. **Años de servicio:** recogió el número de años que ejerce cada sujeto como agente.
8. **Categoría profesional:** se tomó en función del curso de ascenso que estaba realizando cada participante.

3.3.3.2. Formación profesional

Para valorar la formación profesional que reciben los participantes relacionada con las enfermedades mentales, se recogieron cuatro variables (anexo III):

1. **Formación en la academia:** se consideró el número de horas recibidas durante los periodos de instrucción. Además para facilitar el análisis estadístico, el número de horas se agruparon en tres categorías: "0 horas de formación", "entre 1 y 5 horas" y "más de 5 horas".

- 2. Formación recibida el año anterior:** se consideró el número de horas dedicadas durante el año anterior a la realización de la encuesta. También para facilitar el análisis estadístico, el número de horas se agrupó en dos categorías: "0 horas", "1 o más horas".
- 3. Valoración de la formación profesional recibida:** para evaluar las respuestas se creó una escala de Likert de 5 puntos (1 "En absoluto/En ningún caso"-5 "Muy probablemente").
- 4. Necesidad de más formación profesional:** para valorarla, se realizó mediante una escala tipo Likert de 5 puntos (1 "En absoluto/En ningún caso"-5 "Muy probablemente").

3.3.3.3. Familiaridad con la enfermedad mental

El propósito de este apartado (anexo IV) fue recoger información acerca de la familiaridad que mantienen los participantes hacia la enfermedad mental tanto en el ámbito privado como en el profesional.

Ámbito privado: se le hizo una pregunta con respuesta múltiple donde los encuestados tuvieron que responder a todas las situaciones que se les planteaban. Las respuestas engloban una gran variedad de relaciones particulares, las cuales fueron agrupadas en 6 categorías: no tengo ninguna relación con personas con enfermedad mental, conocido, compañero de trabajo, amigo cercano, miembro de su familia, usted mismo y otros.

Ámbito profesional: se les preguntó si en el ejercicio de su actividad profesional se encuentran con sujetos con enfermedad mental. Además se evaluó la frecuencia de estos contactos en diferentes situaciones o roles: sospechoso, víctima, testigo, persona que necesita transporte para asistencia médica, persona que requiere asistencia para tratamiento de salud mental y otros. Para valorar las respuestas se creó una escala de frecuencia tipo Likert para cada situación (1 "Nunca" - 5 "Muchísimas veces").

Frecuencia profesional: para medir la frecuencia de contacto profesional, se les consultó por el número de personas con enfermedad mental con los que se encuentran semanalmente.

3.3.3.4 Opiniones hacia la salud mental en el ámbito profesional

En este bloque de la encuesta (anexo V) se realizaron preguntas acerca de las dificultades profesionales, conocimientos sobre salud mental y nivel de seguridad jurídica ante diversos escenarios.

Dificultades profesionales: se creó una pregunta que contenía seis afirmaciones sobre las dificultades que se plantean en el contacto con personas con enfermedad mental en el ejercicio profesional: la comunicación, impredecibilidad y peligrosidad, los servicios de salud no responden, la policía no puede hacer mucho por ayudar, requieren mucho tiempo y otros. Los participantes tuvieron que responder para cada afirmación si se aplicaba o no.

Conocimientos relacionados con salud mental: se preguntó bajo qué condiciones los participantes creen que una persona precisa de asistencia en salud mental. Para ello se les presentaron 7 situaciones: peligro para sí mismo, peligro para otros, incapacidad para cuidar de sí mismo, comportamiento raro o extraño, historial de problemas de salud mental, a petición de algún miembro de salud mental y otras situaciones. Los participantes tuvieron que responder para cada afirmación si se aplicaba o no.

Seguridad jurídica: la evaluación de la percepción de seguridad jurídica se estudió a través de tres supuestos, donde se les planteó cuanto de protegidos se sienten desde el punto de vista penal en tres hipotéticas situaciones profesionales: cuando el autor de los hechos delictivos era un joven que manifestaba ser menor de edad, un extranjero que no hablaba el idioma y una persona con enfermedad mental. Para evaluar las respuestas, se creó para cada situación una escala tipo Likert (1 "En ningún caso"- 5 "Muy seguro").

3.3.3.5. Comportamientos hacia personas con enfermedad mental

Para evaluar cómo puede influir el estereotipo de enfermedad mental en los comportamientos de los participantes, se han empleado una serie supuestos policiales (anexo VI) diseñados por Watson, Corrigan y Ottati, investigadores de reconocido prestigio en el ámbito internacional y autores de multitud de trabajos publicados relacionados con el estigma hacia la enfermedad mental, como el que llevaron a cabo en grupos de policía de EE.UU, titulado "*Police officers' attitudes toward and decisions about persons with mental illness*" (Watson

y cols., 2004). Estos investigadores, accedieron a colaborar con nosotros facilitando las viñetas de su investigación que describen a una persona en cuatro situaciones policiales distintas: persona que requiere de asistencia, víctima, testigo y sospechosa. El objetivo de estos supuestos era analizar como influía en las conductas de los agentes de la policía de Chicago el etiquetar o no una enfermedad mental en la persona protagonista de la viñeta.

La traducción de los supuestos y su adaptación al contexto policial español fue realizada y consensuada por el grupo de trabajo. Tras revisar las recomendaciones de los autores americanos, se decidió que para esta investigación se incluyesen distintos tipos de enfermedad mental, es por ello por lo que finalmente se diseñaron tres hipotéticas personas para las cuatro situaciones mencionadas: una persona con esquizofrenia, una persona con depresión y una persona sin enfermedad mental. Además se diseñó un supuesto nuevo que describía una situación de gran repercusión social como son los desahucios, con el que se pretendió analizar la actuación policial ante una persona con y sin enfermedad mental.

Las viñetas planteadas presentan un escenario donde no se describe ninguna conducta sintomática y descripción física del protagonista ficticio, pues el objetivo es evaluar el impacto de la etiqueta en los comportamientos de los sujetos, el hecho de añadir descripción física y conductas sintomáticas podría hacer que el participante que recibiese la viñeta con la persona sin etiquetar de enfermedad mental la adoptase de modo propio. Por otro lado las situaciones que se presentan no describen situaciones delictivas graves ni alteraciones del orden, pues se pretende que el agente participante tenga la máxima discreción posible para responder, ya que de no ser así tendría que actuar de acuerdo al código penal español, condicionando sus respuestas.

Tras la combinación de los 5 supuestos (persona que requiere ayuda, víctima, testigo, sospechoso y desahuciado) y presentar o no enfermedad mental (depresión, esquizofrenia o sin patología mental) resultan 15 situaciones distintas (Tabla 3.3).

Cada participante recibió aleatoriamente dos de los supuestos descritos (uno del estudio americano y el diseñado por el grupo de trabajo). Para evaluar

los comportamientos se crearon diferentes preguntas acorde a cada viñeta, donde tuvieron que responder en una escala tipo Likert (1-5).

Etiquetas	Supuestos policiales				
	Requiere ayuda	Víctima	Testigo	Sospechoso	Desahucio
Esquizofrenia	✓	✓	✓	✓	✓
Depresión	✓	✓	✓	✓	✓
Sin enfermedad mental	✓	✓	✓	✓	✓

Tabla 3.3. Tipos de viñetas empleadas en el estudio

3.3.3.6. Actitudes hacia la enfermedad mental

Para el análisis de actitudes y creencias hacia la enfermedad mental se han utilizado y adaptado unos cuestionarios (anexo VII) empleados en investigaciones previas, cuyo objetivo ha sido evaluar el estigma hacia los trastornos mentales en diversos grupos poblacionales (Watson y cols., 2004a, Cotton y cols., 2006; Siu y cols., 2012)

3.3.3.6.1. Cuestionario de Atribución modificado (AQ-modificado)

El cuestionario de Atribución modificado (AQ-modificado) fue realizado por Watson y cols. (2004) y diseñado para evaluar una serie de constructos que expliquen, actitudes, afectos, creencias, decisiones, etc., relacionadas con una hipotética persona a la que se le asociaba o no una enfermedad mental. Aunque es la primera vez que se emplea sobre población española, existe un cuestionario parecido (AQ-27) que fue validado y usado por Muñoz y cols. (2008) en España.

La traducción y adaptación idiomática del cuestionario fue realizada y adaptada por el grupo de trabajo. Después de leer cada supuesto policial que vinculaba a una persona con esquizofrenia, depresión o sin enfermedad mental, los participantes tuvieron que completar la versión del AQ-modificado compuesto por 31 ítems.

Los ítems agrupaban 9 factores:

- Responsabilidad (3 ítems)
- Piedad (4 ítems)

- Ira (3 ítems)
- Peligrosidad (4 ítems)
- Ayuda (3 ítems)
- Coacción (3 ítems)
- Segregación (4 ítems)
- Evitación (4 ítems)
- Credibilidad (3 ítems)

Los ítems fueron evaluados en una escala tipo Likert (1 "En ningún caso"-5 "Muy probablemente"). La puntuación de cada factor se obtuvo mediante la suma de los ítems correspondientes.

3.3.3.6.2. Cuestionario para evaluar estigma y nivel de apoyo hacia los trastornos mentales.

Para evaluar el estigma y nivel de apoyo hacia los trastornos mentales, hemos utilizado un cuestionario de 15 ítems realizado por Siu y cols. (2012) y una serie de preguntas realizadas por Cotton y cols. (2006). La traducción y adaptación cultural fue realizada y consensuado por el grupo de trabajo

El cuestionario de 15 ítems fue diseñado por Siu y cols. (2012) para indagar actitudes, estigmas potenciales y mitos sobre los trastornos mentales en población de Hong-Kong.

Las afirmaciones describen diferentes cuestiones relacionadas con:

- Compresión y tolerancia hacia la enfermedad mental (3 ítems)
- Estigma relacionado con la enfermedad mental (2 ítems)
- Conocimientos relacionados con la salud mental (2 ítems)
- Miedo y exclusión hacia la enfermedad mental (5 ítems)
- Mitos y falsedades relacionados con la enfermedad mental (3 ítems)

Los ítems fueron evaluados en una escala tipo Likert (1 "Muy de acuerdo"-5 "Muy en desacuerdo").

Del estudio de Compton y cols. (2006) donde compararon actitudes y el apoyo hacia la enfermedad mental en policía de Georgia (EE.UU.), se adaptaron tres preguntas. Dos preguntas evaluaron cómo de agresiva y violenta consideraban a la persona con enfermedad mental respecto a la persona que no sufre esta enfermedad, a través de una escala Likert (1 "Mucho menos agresiva/violenta" - 5 "Mucho más agresiva/violenta").

Y la última variable calculó el apoyo ante la hipotética creación de cuatro supuestos centros de integración social ubicados a 200 metros del domicilio particular de los participantes para cuya valoración se utilizó escala Likert (1 "En ningún caso" - 5 "Muy probablemente"). Estos centros iban dirigidos a personas con antecedentes penales, personas con enfermedades mentales, sujetos con problemas de drogadicción y personas con enfermedades infecciosas.

3.3.3.7. Encuesta de calidad

Por último se incluyeron tres variables para recoger la calidad del estudio por parte de los encuestados evaluados (anexo VIII):

- Claridad en las preguntas y respuestas planteadas
- Interés del estudio
- Interés por conocer los resultados

Para evaluar cada una de estas variables se creó una escala Likert (1 "Nada claras/nada/No me gustaría"- 5 "Muy claras/Muy interesante/Me gustaría").

3.4. Tratamiento de datos

Finalizada la fase de muestreo y recogida de todas las encuestas, se inició la fase de obtención y tratamiento de los datos, la cual precisa de una serie de procedimientos y controles para garantizar la viabilidad y calidad de los mismos.

Este punto, de gran relevancia investigadora, quedó dividido en las siguientes fases:

- Introducción de datos

- Detección de errores
- Análisis exploratorios
- Análisis estadístico

3.4.1. Introducción de datos

La incorporación y registro de todos los valores recogidos en la herramienta del estudio implicó la conversión de la información plasmada en ella en una información digital, esta conversión o codificación consistió en la asignación de símbolos numéricos, a las respuestas emitidas por los sujetos en cada una de las preguntas del cuestionario. Para ello, se diseñó una base de datos en una plantilla con el software Excell versión Office Professional Plus 2013.

La inclusión de los datos en la plantilla informática se realizó en el área de Medicina Legal y Forense de la Universidad de Murcia, lugar donde se ha estado almacenando y custodiando todo el material recogido realizándose por el investigador para mantener la seguridad y el anonimato de los participantes.

Tras la incorporación de los datos, se etiquetaron todas las variables que han conformado el estudio. Este proceso consistió en asignar el nombre de cada variable y el rango de valores que se corresponden con los datos digitalizados de cada encuesta, para poder realizar posteriormente el tratamiento estadístico.

3.4.2. Detección y depuración de incidencias en la plantilla informática

Previo al tratamiento estadístico, se realizó una revisión del contenido de la plantilla informática con el objetivo de detectar y depurar errores que pudieron generarse en los pasos anteriores y así poder asegurar la correcta interpretación de los datos. Por ello se realizó:

- Un análisis descriptivo de todas las variables que componía la matriz de datos para comprobar si existían valores fuera de rangos, es decir valores que no deberían de aparecer o que no estaban permitidos.
- Pruebas lógicas y de incoherencia mediante tablas de contingencia para probar inconsistencias que podían darse entre dos variables o ítems,

y si las distribuciones conjuntas de las variables tomaban valores verosímiles.

3.4.3. Análisis exploratorio

Esta exploración se realizó con el propósito de detectar casos aislados y observaciones atípicas (outliers), analizar los datos perdidos (missing) y para la comprobación de determinados supuestos requeridos en la aplicación de gran parte de las técnicas que se emplearon en el análisis estadístico.

- Casos aislados (outliers/extremos): son observaciones con valores extremos en una variable y son reconocibles por ser notoriamente distintos de las restantes observaciones. No todos los casos aislados son necesariamente problemáticos en el análisis estadístico, pero a veces pueden convertirse en observaciones influyentes, distorsionando los resultados. La existencia de casos aislados se detectó mediante gráficos de Caja o Boxplot. Tras comprobar que no constituían realmente ningún error de introducción de datos o de codificación, es decir, que eran casos que tenían valores extraordinariamente diferentes al resto del grupo, y dado que su presencia podía llevar a cometer graves errores de interpretación de la información, se decidió acudir a estadísticos y contrastes distintos de los habituales. A la hora de informar de nuestros datos hemos incluido también aquellos estadísticos estimadores que menos dependen o que son menos sensibles a la presencia de este tipo de casos (outliers y atípicos) como son los estimadores robustos.
- Datos perdidos (missing): es frecuente encontrarse con variables en las que o bien el sujeto no responde, o bien su codificación es confusa, en estos casos se dice que estas variables contienen valores perdidos. La importancia de tener en consideración estos datos se debe a que pueden afectar a la generalización de los resultados encontrados, su presencia también tiene impacto sobre los requisitos del tamaño de la muestra y, en consecuencia disminuyendo la potencia de los contrastes que se realicen y aumentando los intervalos de confianza de nuestras estimaciones. Por otra parte, es posible que la información que falte no se distribuya de manera aleatoria, sino sistemáticamente debido a que los sujetos que rehúsan responder son diferentes al resto, por lo que sería

un error dejarlos fuera del análisis. Para la identificación de los datos perdidos se utilizó la macro ExaReg para SPSS con la que se obtuvo la descripción de las variables una vez eliminados los sujetos con algún valor desconocido, la distribución de frecuencias del número de valores desconocidos por caso, el número total (suma) y número medio de valores desconocidos por variable y por último, un listado de casos con algún valor desconocido.

3.4.4. Análisis estadístico

Para el análisis de los datos se aplicaron todas las técnicas estadísticas destinadas a dar respuesta a los objetivos propios de la investigación. Dicho análisis se realizó tanto de forma agrupada como de forma desagregada (por grupos de edad, categoría profesional, sexo, etc.). Se empleó el análisis gráfico para visualizar e interpretar más fácilmente los resultados estadísticos obtenidos, todo ello acompañado de las correspondientes tablas de frecuencia que proporcionan una descripción cuantitativa detallada.

La herramienta empleada para el análisis estadístico fue el software SPSS 22.0 para Windows. El análisis realizado constó de una parte descriptiva y otra inferencial y se realizó en el Área de Medicina Legal y Forense de la Universidad de Murcia.

3.4.4.1. Análisis descriptivo

Se realizó un análisis descriptivo univariante con el fin de presentar, describir, y analizar los datos de cada variable. Las variables cualitativas fueron descritas a través de porcentajes en tablas de frecuencias y las variables cuantitativas, mediante medidas de tendencia central (media) y dispersión (desviación estándar), así como valores máximos y mínimos.

3.4.4.2. Análisis bivariante o asociación entre variables

Con el objetivo de saber que variables del estudio se relacionan significativamente entre sí. Se compararon las puntuaciones de cada variable dependiente con las variables independientes mediante métodos estadísticos no paramétricos. El test de la U de Mann Whitney cuando la variable cualitativa tenía 2 niveles, y el test de Kruskal-Wallis si la medición cualitativa estaba

formada por 3 niveles. Si ambas variables eran de tipo cualitativo, categórico se realizó una tabulación cruzada (tablas de contingencia) empleando el estadístico Chi-cuadrado de Pearson para contrastar la hipótesis de independencia (en tablas $r \times s$). En los casos donde las variables eran dependientes entre sí, se recurrió al test de Wilcoxon cuando la variable cualitativa tenía 2 niveles y el test Friedman si la medición cualitativa estaba formada por 3 niveles.

En las ocasiones que ambas variables eran cuantitativas y tras la comprobación de los supuestos de normalidad, se aplicó el coeficiente de correlación de Pearson para conocer el grado de asociación lineal. En el caso de que no cumplieran dicho supuesto se ha utilizado el coeficiente de Spearman que es más robusto y no se ve afectado por valores anormales alejados. Todos los resultados se consideraron significativos estadísticamente si $p < 0,05$.

3.5. Consideraciones éticas y legales

La investigación se ha realizado bajo el compromiso del cumplimiento de las normas éticas de investigación y de los requerimientos legales imprescindibles para poder llevar a cabo este tipo de estudios. Asimismo se ha respetado en todo momento la normativa vigente que garantiza la confidencialidad de los datos de carácter personal y su tratamiento automatizado de acuerdo a la legislación vigente sobre protección de datos de carácter personal (L.O. 15/99, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, el R.D. 944/1999, de 11 de junio, por el que se aprueba el Reglamento de medidas de seguridad de los ficheros automatizados que contengan datos de carácter personal, así como toda la normativa aplicable a esta materia).

En concreto, se ha llevado especial cuidado en el cumplimiento de los siguientes aspectos éticos:

- Confidencialidad de los datos obtenidos en el estudio.
- Anonimato de las personas encuestadas.

- Almacenaje y mantenimiento de los datos recogidos, en lugar seguro impidiendo que ninguna persona que no pertenezca al equipo investigador pueda hacer uso de los mismos.
- Inocuidad de los resultados del estudio para todos los participantes en la investigación.

Y todo ello, con la intención y el interés de maximizar las probabilidades de que las respuestas de los sujetos participantes fueran lo más sinceras y completas posibles, de manera que se puedan extraer conclusiones que puedan contribuir a una mejora entre esta corporación policial y las personas que padecen problemas de salud mental.

4. RESULTADOS

4.1 Descripción de la muestra

4.1.1. Características laborales de los participantes

➤ **Categoría/años de servicio**

De los 927 agentes que accedieron a participar, 395 (42,6%) eran Oficiales, 240 (25,9%) Subinspectores, 235 (25,4%) Inspectores, 37 (4%) Inspectores Jefe y 20 (2,2%) Comisarios (tabla 4.1 y figura 4.1).

Categoría	Nº participantes	Porcentaje (%)
Oficial	395	42,6
Subinspector	240	25,9
Inspector	235	25,4
Inspector Jefe	37	4
Comisario	20	2,2

Tabla 4.1. Distribución de los participantes en función de la categoría.

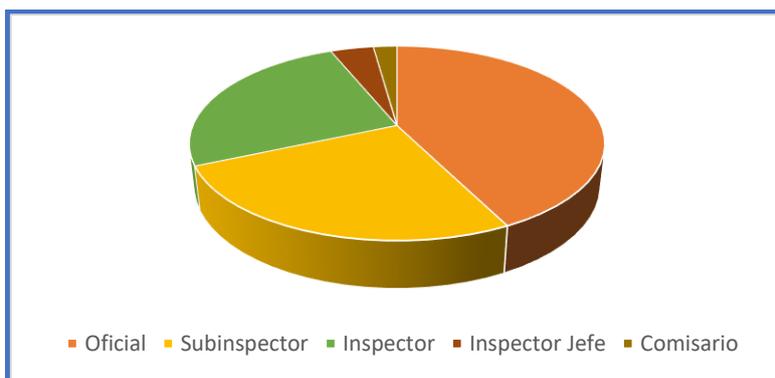


Figura 4.1. Distribución de los participantes en función de la categoría.

La media de años de ejercicio profesional en la policía se situó en 11,26 años, con una desviación típica de 7,15 años. El tiempo mínimo en activo fue de 1 año y el máximo 42 años. Podemos observar en la distribución de años de servicio que muestra el histograma (figura 4.2), como hay una mayor concentración de participantes, con un tiempo en activo entre 5 y 10 años en el cuerpo policial.

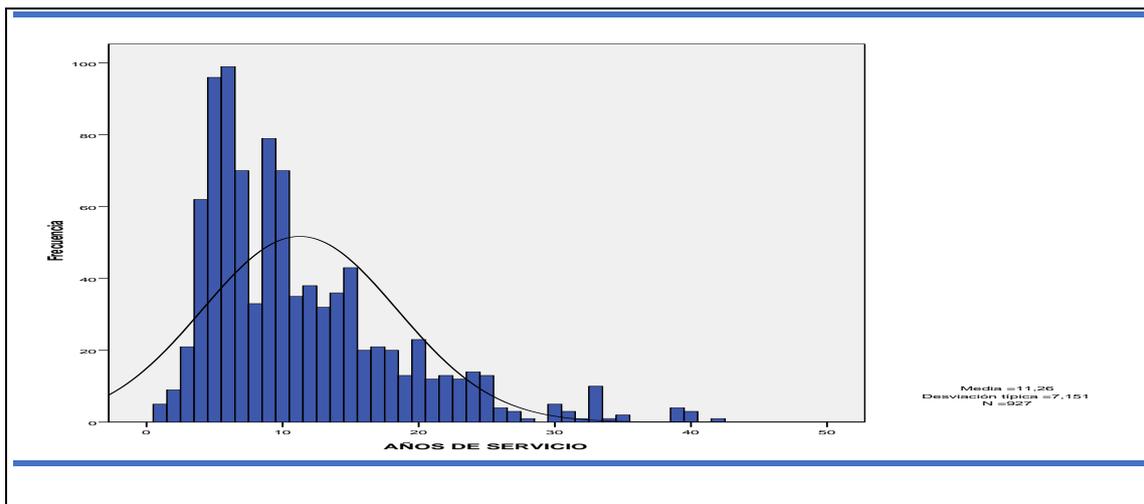


Figura 4.2. Distribución de la muestra por años de servicio.

4.1.2. Características sociodemográficas de los participantes

➤ Edad/Género

Como se aprecia en la figura 4.3, los varones supusieron la mayoría de los encuestados con un 82,4%, frente a un 17,6% que fueron mujeres.

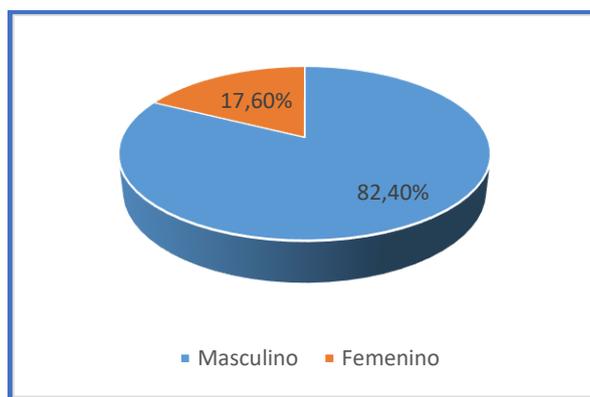


Figura 4.3. Distribución de la muestra por género.

La edad media de los agentes fue de 35,5 años y una desviación típica de 6,68 años, siendo la edad mínima 24 años y la máxima 61 años. Para apreciar de una manera más pormenorizada la edad de los participantes, se calculó el porcentaje de participantes agrupados en distintos tramos de edad (figura 4.4). Más de la mitad de la muestra, en concreto el 56,8 %, tenían edades comprendidas entre 31 y 40 años, ambos inclusive, el 23,5 % menos o igual a 30 años, y el 19,7 % más de cuarenta años.

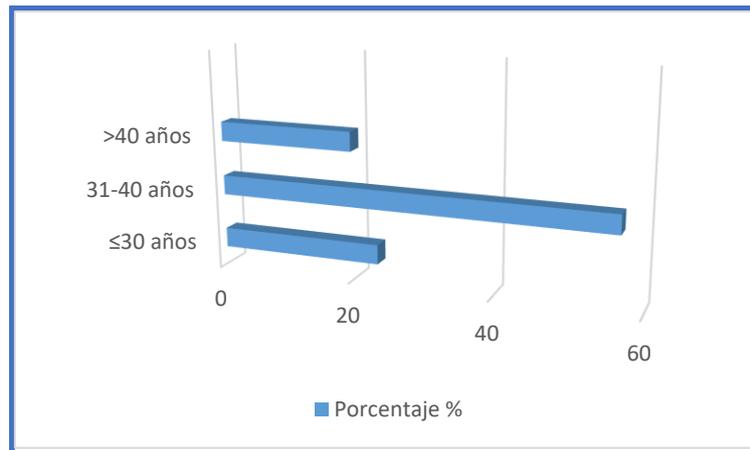


Figura 4.4. Distribución de los participantes por grupos de edad.

➤ **País de nacimiento/Estado civil/ Número de hijos**

El 97,4 % de los encuestados son nacidos en España y el 2,6% en otros países de la U.E. (figura 4.5).



Figura 4.5. Distribución de la muestra por país de nacimiento.

Referente al estado civil, el 48,7 % era soltero/a, el 46% estaba casado/a, y el resto (5,3%) se encontraba viudo/a o separado/a. (figura 4.6)

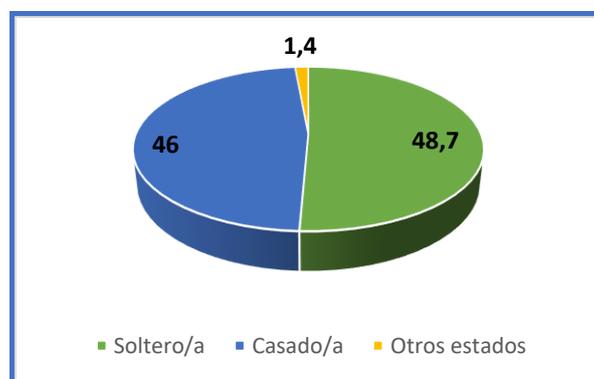


Figura 4.6. Distribución de la muestra por estado civil.

Más de la mitad (56,7%) no tenían ningún hijo/a, el 22,3% tenía al menos un hijo/a y el 21% más de uno/a, siendo la media $0,69 \pm 0,91$ hijo/a (figura 4.7).

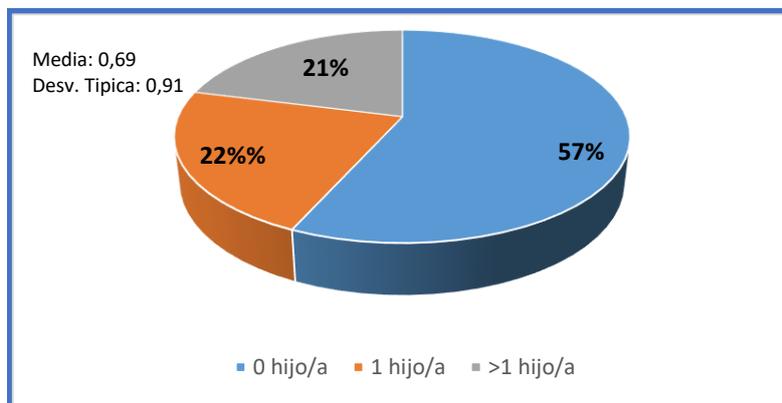


Figura 4.7. Distribución de la muestra por número de hijo/a.

➤ Nivel de estudios

En cuanto al nivel máximo de estudios alcanzados, más de la mitad (53,5%) poseían estudios superiores, y el resto (46,5%) estudios secundarios, incluyéndose en esta última categoría, desde aquellos que poseían la educación secundaria obligatoria, hasta los que estaban cursando alguna titulación universitaria (figura 4.8).

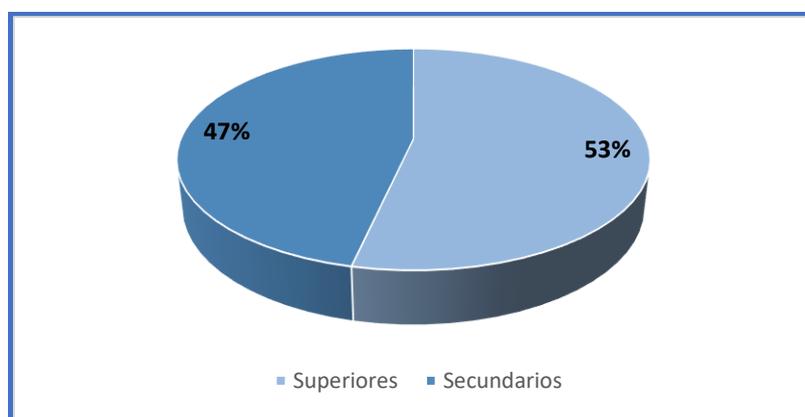


Figura 4.8. Distribución de la muestra en base al nivel de estudios.

4.1.3. Interés por el estudio

El 85,7% de los agentes que participaron consideraron "Muy interesante/interesante" los objetivos de este estudio (figura 4.9) y a 2 de cada 3 participantes le gustaría conocer los resultados de este trabajo (figura 4.10).

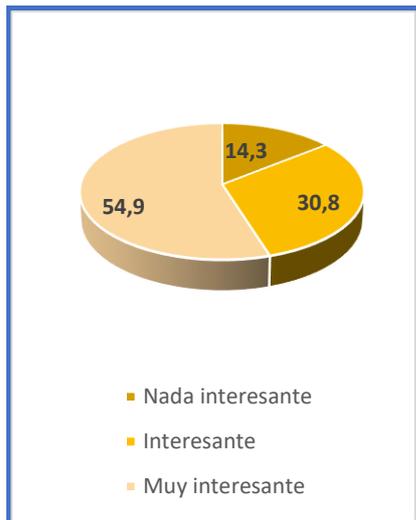


Figura 4.9. Distribución interés por el estudio.



Figura 4.10. Distribución interés por conocer los resultados

4.2 Formación profesional en salud mental

La figura 4.11 muestra la distribución de horas de formación recibida en la academia, en relación con la enfermedad mental. De forma general, observamos (figura 4.12) que los participantes han tenido formación en este ámbito, durante su periodo de instrucción, un tiempo medio de 7,36 horas y una desviación típica de 21,94 horas. Sin embargo, como muestra la figura 4.12, esta formación recibida aparece de manera irregular, casi el 40% de los encuestados manifestó haberla recibida con una duración entre 1-5 horas, un 27,3% más de 5 horas, y el 32,8% consideró no haber recibido formación.

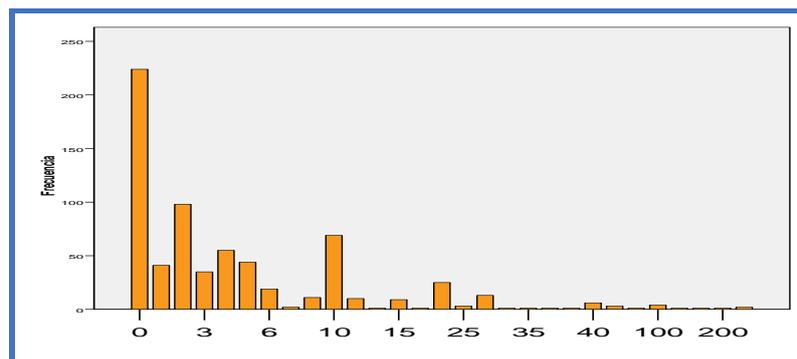


Figura 4.11. Distribución horas de formación recibida en la academia relacionada con la enfermedad mental.

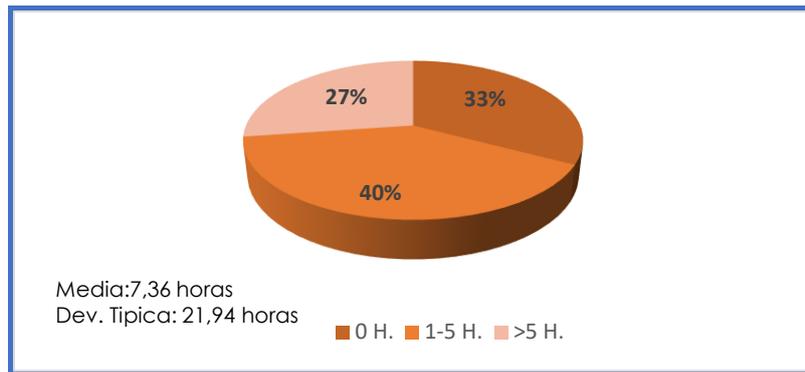


Figura 4.12. Distribución grupos de horas recibidas en relación con la enfermedad mental.

Por otro lado, se aprecia (figura 4.13) que 1 de cada 10 participantes refirió haber recibido formación complementaria en este ámbito durante el año pasado, siendo la media del tiempo dedicado 13,11 horas y una desviación típica de 18,7 horas, con un mínimo de 1 hora y máximo 100 horas.

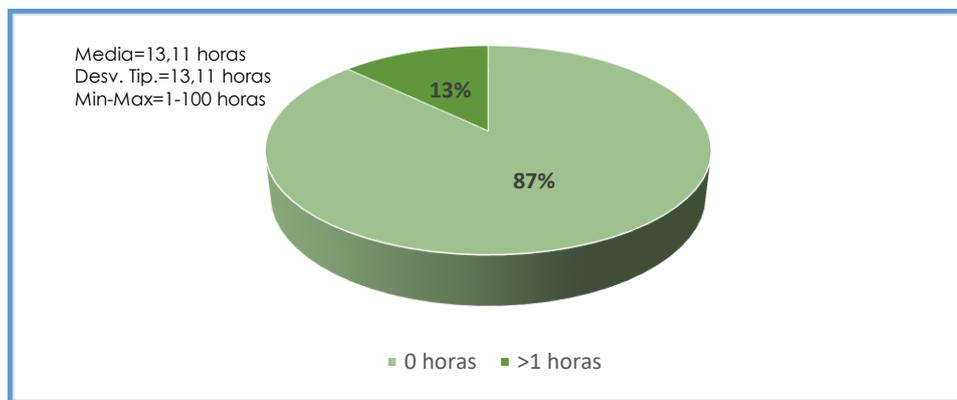


Figura 4.13. Distribución horas de formación complementaria relacionada con la enfermedad mental

Respecto a las opiniones que mantienen sobre este tipo de formación, podemos afirmar a la luz de los resultados obtenidos, que el 75% de los participantes no está nada satisfecho con la formación recibida en salud mental, quedando la distribución de opiniones como recoge la figura 4.14. La opinión general en este aspecto se situó en 1,88 puntos y una desviación típica de 0,89 puntos, siendo la puntuación mínima 1 punto "Nada satisfecho" y la máxima 5 puntos "Muy satisfecho" (tabla 4.2). Por otra parte, el 60% de la muestra consideró que más formación en este ámbito es "muy necesaria/necesaria", en contra del 10% que la consideraba "nada/poco necesaria" (figura 4.15), siendo la puntuación media para esta cuestión 3,75 puntos y una desviación típica de 1,00 punto con rango 1-5 (tabla 4.2).

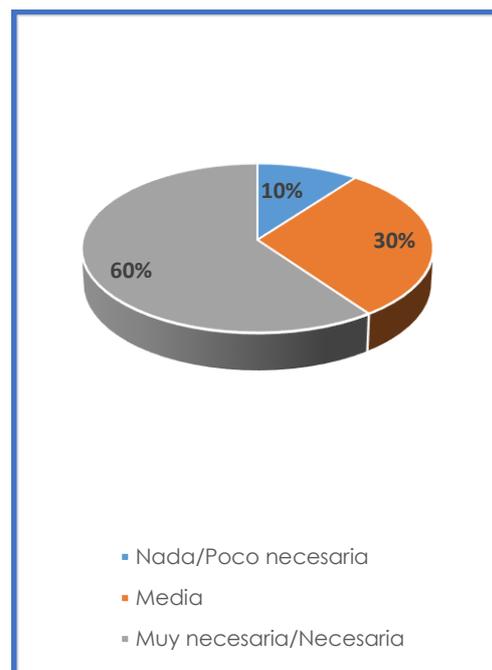
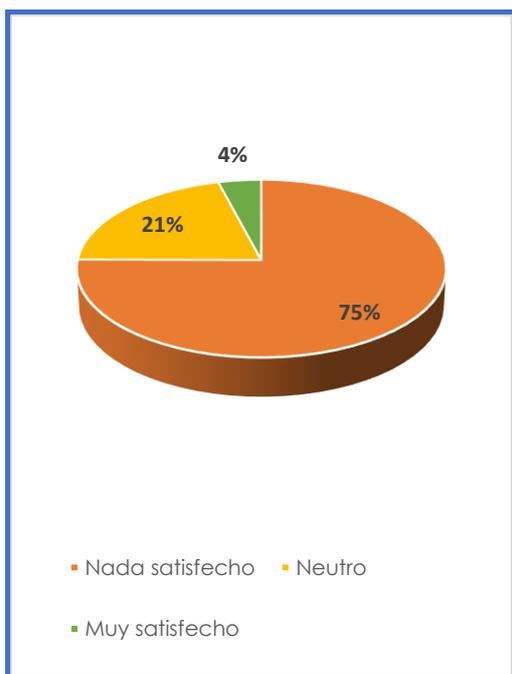


Figura 4.14: Distribución opinión formación recibida. **Figura 4.15:** Distribución necesidad de más formación.

Variable	Media	Desv. Tip.
¿Considera que ha recibido una formación adecuada en relación con las enfermedades mentales?	1,88 ^a	0,89
¿Considera necesario una formación adecuada en relación con las enfermedades mentales?	3,75 ^b	1,00

Tabla 4.2. Media y desviación típica sobre formación profesional relacionada con la enfermedad mental.

^a Las puntuaciones van de 1 al 5, con puntuaciones altas indican poseer una buena formación.

^b Las puntuaciones van de 1 al 5, con puntuaciones altas indican necesidad de más formación.

4.3 Familiaridad con la enfermedad mental

4.3.1. Ámbito personal

Por lo que respecta a la relación de los encuestados con personas con enfermedad mental (tabla 4.3), resulta mayoritario el porcentaje de quienes han tenido alguna forma de contacto dentro del ámbito personal (72,1%), y minoritario el porcentaje que no lo ha tenido (27,9%).

¿Ha tenido algún contacto o relación en su vida personal con la enfermedad mental?	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Sí	688	72,1
No	259	27,9
Total	927	100

Tabla 4.3. Distribución de participantes en función del contacto con la enfermedad mental en el ámbito personal.

La figura 4.16, muestra la distribución de los participantes que ha manifestado tener contacto personal con la enfermedad mental en base a distintos tipos de relación. Observamos que la forma de contacto más común, es con personas conocidas (33,9%), seguido de algún miembro familiar (21,5%). En menor proporción aparecen amistades (7,9%), compañeros de trabajo (7,2%), otros tipos de relación (4%) y un 0,9% manifestó haber padecido en algún momento algún episodio de enfermedad mental.

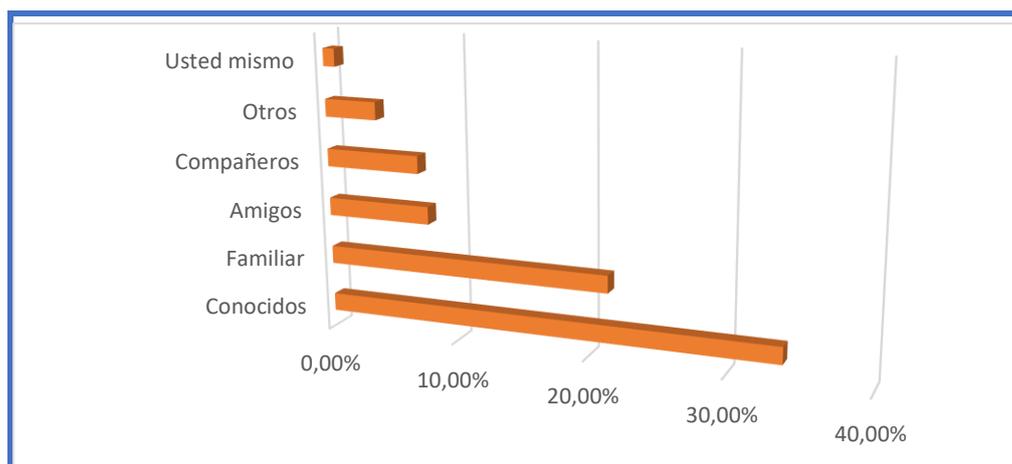


Figura 4.16. Distribución de la muestra en base a distintos tipo de relación con enfermedad mental.

4.3.2. Ámbito profesional

En el ámbito profesional apreciamos (tabla 4.4), de forma global, que el contacto con personas con enfermedad mental es frecuente, de al menos una vez por semana. Analizando la frecuencia de este tipo de contacto, de una manera más detallada, observamos (figura 4.17) que un 18,5% de los agentes señaló que estos encuentros ocurren "Muchísimas veces/a menudo", un 34,4%, "A veces", y un 47,1% "Nunca/Muy raramente".

Ítem	Media±D.T.	(Min-Max)
En su trabajo, ¿se encuentra con personas con enfermedad mental?	2,59 ^a ±1,01	(1-5 puntos)
A cuantas personas con enfermedad mental se encuentra en su trabajo semanalmente	0,92 ^b ±1,78	(0-24 pax)

Tabla 4.4. Media y desviación típica de contacto profesional con la enfermedad mental que tiene los participantes.

^a La media se ha obtenido entre puntuaciones que van de 1 a 5. Puntuaciones altas indican una frecuencia de contacto elevada.

^b La puntuación se ha obtenido mediante la media del número de encuentros que ha tenido cada participante.

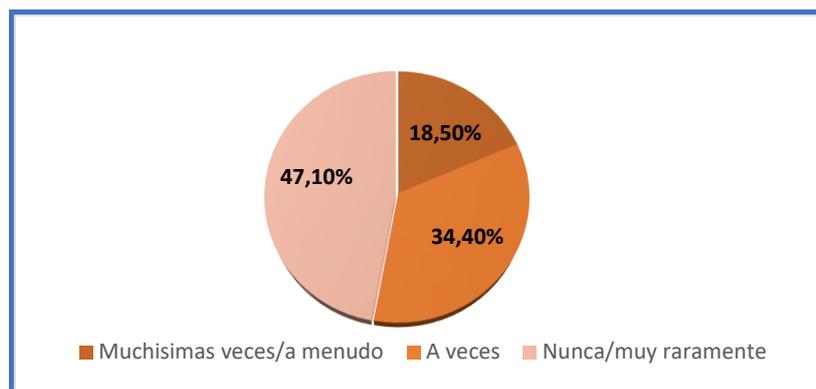


Figura 4.17. Distribución de la muestra según frecuencia contacto profesional

En relación a la frecuencia de las situaciones en las que se produce el contacto profesional, con personas con enfermedad mental (tabla 4.5), el papel de víctima obtuvo la mayor puntuación con una media de $2,60 \pm 1,17$ puntos, seguido de sospechosas, y de personas que requieren transporte para asistencia sanitaria, con unas puntuaciones de $2,59 \pm 1,13$ y $2,54 \pm 1,15$ puntos en rango 1-5 (respectivamente). En cuanto a la distribución de frecuencias de estas situaciones, vemos (tabla 4.5) como un 20,6% de los participantes señaló que los encuentros con sujetos con enfermedad mental sospechosos ocurren "muchísimas veces/a menudo", un 20,4% cuando requieren transporte para asistencia médica, y un 20,1% cuando son víctimas.

¿Con que frecuencia en su trabajo se encuentra con personas con enfermedad mental en el papel de?	Media ^a ±D.T	Proporción (%) Muchísimas veces/a menudo
Víctimas	$2,60 \pm 1,17$	20,1
Sospechosas	$2,59 \pm 1,13$	20,6
Testigos	$2,27 \pm 1,05$	11,1
Personas que requieren transporte para asistencia medica	$2,54 \pm 1,15$	20,4
Personas que necesitan transporte para tratamiento de salud	$2,31 \pm 1,08$	13
Otras situaciones	$1,62 \pm 1,22$	4,9

Tabla 4.5. Medias y porcentajes de frecuencia de contacto profesional en base a distintas situaciones.

^aLas media se ha obtenido entre puntuaciones que van del 1 a 5. Puntuaciones altas indican una frecuencia de contacto elevada.

4.4 Opiniones acerca de la salud mental en el ámbito profesional

4.4.1. Dificultades y conocimientos

Las opiniones que mantienen los participantes a la hora de interactuar con personas con problemas de salud mental se presentan en la figura 4.18. El 75,1%

consideró que la comunicación resulta difícil, dos tercios (66,8%) afirmó que estas personas son impredecibles y el 33% que son peligrosas. Por otro lado, una gran mayoría considera que la policía puede hacer mucho por ayudar (80,2%), que los servicios de salud responden adecuadamente (83,5%), y que las intervenciones no requieren de mucho tiempo (80,8%).

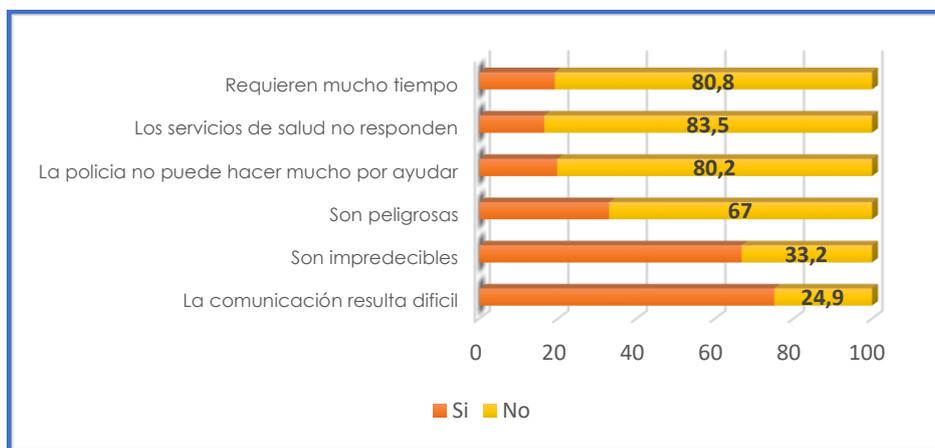


Figura 4.18. Distribución de opiniones hacia la enfermedad mental

Respecto a los criterios que ha de reunir una persona para que precise de asistencia en salud mental, distinguimos en la distribución de opiniones de los policías (figura 4.19), que la peligrosidad para otros y para sí mismo fueron las condiciones más prevalentes (81% y 76,7%, respectivamente), siendo los comportamientos extraños (29,3%) y el historial de problemas en salud mental (34,2%) las condiciones menos utilizadas por los encuestados.

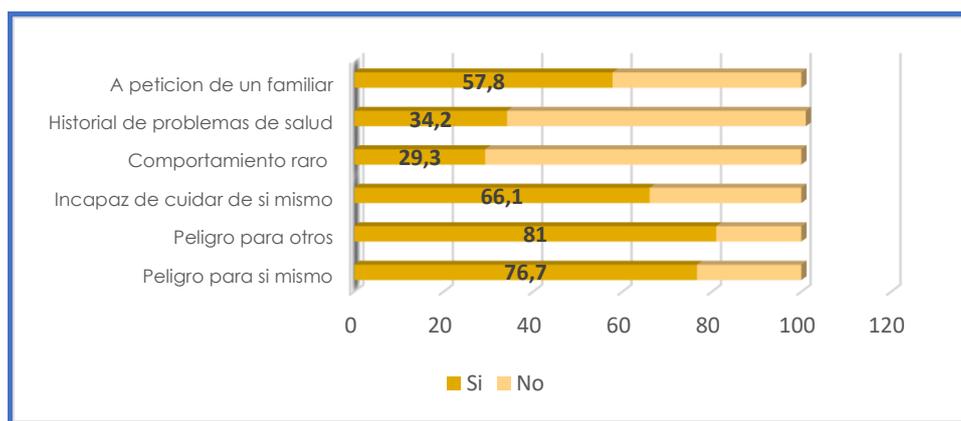


Figura 4.19. Distribución de opiniones sobre la necesidad de asistencia en salud mental.

4.4.2. Seguridad jurídica

De la percepción de seguridad jurídica que mantienen nuestros participantes ante distintas situaciones, observamos (tabla 4.6) que cuando el autor de los hechos que originaba la intervención era una persona con enfermedad mental,

la opinión general se situó en $3,11 \pm 0,86$ puntos, $3,12 \pm 1,11$ puntos cuando fue un menor de edad, y $3,21 \pm 0,94$ cuando el autor era un extranjero, todos ellos con un rango 1 "Nada protegido"-5 "Muy protegido".

Tras comparar las puntuaciones entre todas las situaciones (enfermedad mental vs menor de edad vs extranjero), se observó (tabla 4.6), que la media era significativamente menor ($p=0,04$) ante una persona con enfermedad mental con respecto a un extranjero y un menor de edad. No obstante, al valorar este resultado de una manera más detallada (enfermedad mental vs extranjero; enfermedad mental vs menor de edad), esta diferencia seguía siendo significativa respecto a un extranjero ($p=0,001$), pero no ante un menor de edad ($p=0,6$).

¿Cómo de protegido se sentiría desde el punto de vista legal? Si el autor del hecho delictivo, fuera:	
	Media ^a ±D.T.
Una persona con enfermedad mental	3,11±0,86
Un extranjero que no habla el idioma	3,21±0,94
Un menor de edad	3,12±1,11
	p=0,04*

Tabla 4.6. Medias y desviaciones típicas de seguridad jurídica ante un menor de edad, extranjero y con enfermedad mental.

^aLa media se ha obtenido en una escala 1 "Nada protegido"-5 "Muy protegido". Niveles altos indican una mayor seguridad jurídica.

*Test de Friedman (enfermedad mental vs extranjero vs menor) con **p<0,05 diferencia estadísticamente significativa.**

Test de Wilcoxon (enfermedad mental vs extranjero, **p=0,001**); (menor vs extranjero, **p=0,004**); (enfermedad mental vs menor, $p=0,6$).

4.5. Nivel de seguridad jurídica con variables sociodemográficas y laborales

➤ Seguridad jurídica/edad

La tabla 4.7 muestra las medias obtenidas en los tres supuestos que analizaron la percepción de seguridad jurídica en función de la edad de los encuestados. Los participantes de más edad puntuaron, con una media significativamente más alta que los participantes más jóvenes, sentirse más protegidos jurídicamente en los supuestos donde el autor de los hechos delictivos era un menor de edad y una persona con enfermedad mental. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el supuesto donde el autor era un extranjero.

¿Cómo de protegido se sentiría desde el punto de vista legal? Si el autor, fuera:	Edad	Media ^a ±D.T
Un menor de edad**	<31 años	2,97±1,17
	31-40 años	3,11±1,09
	>40 años	3,32±1,04
Extranjero que no habla el idioma	<31 años	3,20±0,96
	31-40 años	3,18±0,91
	>40 años	3,31±0,97
Persona con enfermedad mental*	<31 años	3,01±0,85
	31-40 años	3,10±0,86
	>40 años	3,27±0,86

Tabla 4.7. Diferencias de medias obtenidas en los tres supuestos que analizaron la seguridad jurídica en función de la edad de los encuestados.

^aLa media se ha obtenido en una escala 1-5. Niveles altos indican una mayor seguridad jurídica.

*Test de kruskal-Wallis con **p<0,05 diferencia estadísticamente significativa.**

➤ Seguridad jurídica/Categoría profesional

La tabla 4.8 muestra las medias obtenidas en los tres supuestos que analizaron la percepción de seguridad jurídica en función de los cursos de ascenso. Los participantes de más categoría profesional puntuaron, con una media más alta que los participantes de menor categoría, sentirse más protegido jurídicamente en actuaciones donde el supuesto autor era un menor de edad. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los supuestos donde el autor era una persona que no hablaba el idioma y persona con una enfermedad mental.

¿Cómo de protegido se sentiría desde el punto de vista legal? Si el autor, fuera:	Curso de ascenso	Media ^a ±D.T.
Un menor de edad*	Oficial	3,05±1,17
	Subinspector	3,18±0,98
	Inspector	3,08±1,10
	Inspector Jefe	3,49±1,00
	Comisario	3,59±1,10
Extranjero que no habla el idioma	Oficial	3,20±0,97
	Subinspector	3,14±0,87
	Inspector	3,25±0,92
	Inspector Jefe	3,46±1,01
	Comisario	3,24±1,14
Persona con enfermedad mental	Oficial	3,03±0,88
	Subinspector	3,12±0,84
	Inspector	3,22±0,81
	Inspector Jefe	3,23±0,94
	Comisario	3,18±1,01

Tabla 4.8. Diferencias de medias obtenidas en los tres supuestos que analizaron la seguridad jurídica en función de los cursos de ascenso de los encuestados.

^aLa media se ha obtenido en una escala 1-5. Niveles altos indican una mayor seguridad jurídica.

*Test de kruskal-Wallis con **p<0,05 diferencia estadísticamente significativa.**

➤ Seguridad jurídica/Género

La tabla 4.9 muestra las medias obtenidas en los tres supuestos que analizaron la seguridad jurídica en función del género entre los encuestados. La variable género no produjo ninguna diferencia significativa en ningún supuesto.

¿Cómo de protegido se sentiría desde el punto de vista legal? Si el autor, fuera:	Género	Media ^a ± D.T.
Un menor de edad*	Hombre	3,13±1,10
	Mujer	3,09±1,15
Extranjero que no habla el idioma*	Hombre	3,22±0,94
	Mujer	3,17±0,93
Persona con enfermedad mental*	Hombre	3,13±0,87
	Mujer	3,05±0,78

Tabla 4.9. Diferencias de medias obtenidas en los tres supuestos que analizaron la seguridad jurídica en función del género de los encuestados.

^aLa media se ha obtenido en una escala 1-5. Niveles altos indican una mayor seguridad jurídica.

*Test de kruskal-Wallis con $p > 0,05$ diferencia no estadísticamente significativa.

4.6 Actitudes, estereotipos y nivel de apoyo hacia la enfermedad

4.6.1. Cuestionario de actitudes y comprensión hacia la enfermedad mental

La tabla 4.10, muestra las respuestas de los participantes a los 15 ítems del cuestionario sobre actitudes y comprensión hacia la enfermedad mental, agrupadas en tres grupos, "muy de acuerdo/de acuerdo", "neutro" y "muy en desacuerdo/en desacuerdo". Respecto a los que se mostraban "muy de acuerdo/de acuerdo", observamos que la mayoría de los participantes consideran que la sociedad debe tratar con tolerancia a las personas con enfermedad mental (82,3%) y que cualquier persona puede desarrollarla (76,7%). El 69,6% señalaba que es difícil predecir el comportamiento y el estado de ánimo de la persona con enfermedad mental. Más de la mitad (61,7%) piensa que es difícil comunicarse con personas con una enfermedad mental y casi dos tercios (60,3%) señalan que las personas que tienen una enfermedad mental son despreciadas. De los agentes que estaban "muy en desacuerdo o en desacuerdo" vemos que la gran mayoría (90%) desaprobó que sea una pérdida de dinero incrementar el gasto en el servicio de atención a personas con enfermedad mental. El 84% no considera que las personas con enfermedad mental sean débiles y deban culparse por ello. El 82,1% de los agentes no sentirían vergüenza si tuvieran que salir con un familiar con enfermedad mental y el 73% de los profesionales consideran no sentir miedo al hablar con personas con enfermedad mental, además más de la mitad de los encuestados (63,3%)

no se opondrían a la construcción de una residencia para personas con enfermedad mental.

Ítems	Proporción (%) muy de acuerdo o de acuerdo	Proporción (%) neutro	Proporción (%) muy en desacuerdo o en desacuerdo
Es difícil comunicarse con gente con enfermedad mental	61,7	26,5	11,8
Es común que la gente con enfermedad mental tengan propensión a la violencia	28,9	46,1	25
La mayoría de la gente con enfermedad se puede recuperar	33,5	50,3	16,1
La gente con enfermedad mental es débil y deberían culparse por su enfermedad	4,2	11,5	84,3
La sociedad debe tratar a la gente con enfermedad mental con tolerancia	82,3	12,2	5,5
Los comportamientos y el humor de la gente con enfermedad mental son difíciles de predecir	69,6	24	6,4
Cualquier persona tiene riesgo de desarrollar una enfermedad mental	76,7	18,5	4,8
No le diría a nadie que padezco una enfermedad mental	26,4	40,5	33,1
Las personas que sufren por una enfermedad mental son despreciadas por otros	60,3	25,8	13,9
Tengo miedo de hablar con las personas con enfermedad mental	4,7	21,8	73,5
Me opongo a que construyan una residencia para enfermos mentales cerca de mi casa	10,6	26,2	63,3
No existen tratamientos para la enfermedad mental y la gente con enfermedad mental tiene muy pocas opciones de recuperarse	10,5	24,2	65,3
Es difícil para mí hacer amistad con gente con enfermedad mental	23,6	47,4	29
Me siento avergonzado de salir con un familiar que tenga una enfermedad mental	2,8	15,1	82,1
Es una pérdida de dinero incrementar el gasto para el cuidado con la enfermedad mental	2,2	7,6	90,2

Tabla 4.10. Distribución de las opiniones y actitudes de los policías hacia la enfermedad mental (n=927).

4.6.2. Estereotipos comunes y apoyo hacia la enfermedad mental

De los ítems que pretendieron medir la percepción que mantienen nuestros participantes, hacia la agresividad y la propensión a cometer delitos violentos entre personas con enfermedad mental en comparación con aquellas sin enfermedad, vemos (tabla 4.11), que ambos ítems, obtuvieron una puntuación media de $3,24 \pm 0,66$ puntos y $3,09 \pm 0,7$ puntos, respectivamente, en un rango de 1 a 5. Para obtener una información más exhaustiva sobre estos resultados, se

evaluó el porcentaje de la muestra que consideraba a la persona con enfermedad mental “mucho más o más” agresiva y propensa a cometer delitos violentos. El resultado fue que un 29,1% y 23,3% (respectivamente) de los participantes los consideraban así.

Respecto a los niveles de apoyo a distintos programas hipotéticos de inserción social, apreciamos (tabla 4.11) que los destinados a personas con enfermedad mental fueron los que más puntuación recibieron ($3,11 \pm 1,00$ puntos), y los dirigidos a personas con problemas, como antecedentes penales, drogadicción y enfermedades infecciosas (en ese orden), una menor puntuación (inferior a 2 puntos en una escala de 1 a 5).

Ítems	Proporción	
	Media \pm D.T.	(%) “Mucho más o más”
¿Consideras a la persona con enfermedad mental más o menos agresiva que la persona que no sufre esta enfermedad? ^a	3,24 \pm 0,66	29,1
¿Consideras a la persona con enfermedad mental más o menos propensa a cometer delitos violentos que la persona que no sufre esta enfermedad? ^a	3,09 \pm 0,7	23,3
Apoyaría que a 200 metros de su domicilio particular construyeran un centro para ^b :		
• Personas con antecedentes penales	1,80 \pm 0,96	-
• Personas con enfermedad mental	3,11 \pm 1,00	-
• Personas con problemas de drogadicción	1,82 \pm 0,99	-
• Personas con enfermedades infecciosas	1,89 \pm 1,00	-

Tabla 4.11. Medias y desviaciones típicas de estereotipos comunes hacia la enfermedad mental y niveles de apoyo a distintos hipotéticos programas.

^aLa media se ha obtenido en una escala 1-5. Niveles altos indican una percepción más negativa.

^bLa media se ha obtenido en una escala 1-5. Niveles altos indican un mayor apoyo hacia el programa.

4.7 Análisis de las actitudes y comprensión hacia la enfermedad mental según variables sociodemográficas y la familiaridad con la enfermedad mental del agente

➤ Cuestionario de actitudes/Categoría profesional

La tabla 4.12 muestra las asociaciones estadísticamente significativas entre afirmaciones sobre actitudes y creencias hacia la enfermedad mental en función de la categoría de los participantes. Las afirmaciones “La mayoría de la gente con enfermedad mental se puede recuperar” y “No le diría a nadie que padezco una enfermedad mental”, indican que la proporción que estuvo muy de acuerdo/de acuerdo con ellas, aumenta a mayor categoría profesional

entre los participantes. En cambio, los profesionales de mayor categoría estuvieron más en desacuerdo para las afirmaciones "Las personas con enfermedad mental son despreciadas por otros", "No existen tratamientos para la enfermedad mental..." y "Es difícil para mí hacer amistad con gente con enfermedad mental".

Afirmación	Curso de ascenso	Proporción (%) muy de acuerdo o de acuerdo	Proporción (%) neutro	Proporción (%) muy en desacuerdo o en desacuerdo
La mayoría de la gente con enfermedad mental se puede recuperar**	OFICIAL	28,3	50,3	21,4
	SUBINSPECTOR	35,3	53,6	11,2
	INSPECTOR	35,9	51,6	12,4
	INSP. JEFE	48,6	31,4	20,0
	COMISARIO	61,1	33,3	5,60
No le diría a nadie que padezco una enfermedad mental*	OFICIAL	24,7	39,5	35,8
	SUBINSPECTOR	28,6	46,9	24,6
	INSPECTOR	24,4	39,6	35,9
	INSP. JEFE	40,0	22,9	37,1
	COMISARIO	33,3	27,8	38,9
Las personas que sufren por una enfermedad mental son despreciadas por otros*	OFICIAL	60,5	28,6	10,9
	SUBINSPECTOR	65,3	24,4	10,2
	INSPECTOR	56,2	23,5	20,3
	INSP. JEFE	62,9	11,4	25,7
	COMISARIO	38,9	38,9	22,2
No existen tratamientos para la enfermedad mental y la gente con enfermedad mental tiene pocas opciones de recuperarse**	OFICIAL	13,3	26,9	59,7
	SUBINSPECTOR	7,60	28,6	63,8
	INSPECTOR	8,30	19,9	71,8
	INSP. JEFE	14,3	2,9	82,9
	COMISARIO	5,60	5,6	88,9
Es difícil para mí hacer amistad con gente con enfermedad mental*	OFICIAL	28,2	44,4	27,4
	SUBINSPECTOR	20,1	54,9	25,0
	INSPECTOR	21,2	47	31,8
	INSP. JEFE	17,1	42,9	40
	COMISARIO	11,8	29,4	58,8

Tabla 4.12. Asociaciones estadísticamente significativas entre afirmaciones del cuestionario de actitudes y creencias hacia la enfermedad mental en función de la categoría profesional del participante. Test Chi-cuadrado de Pearson con * $p < 0,05$ y ** $p < 0,001$.

➤ Cuestionario de actitudes/Género

La tabla 4.13 muestra solo las asociaciones estadísticamente significativas entre afirmaciones sobre actitudes y creencias hacia la enfermedad mental en función del género. Los resultados muestran que el porcentaje de mujeres en desacuerdo es superior al de los varones en las siguientes afirmaciones: "La gente con enfermedad mental es débil y deberían culparse por su enfermedad", "Es difícil para mí hacer amistad con gente con enfermedad mental" y "Me siento avergonzado de salir con un familiar que tenga una enfermedad mental".

Afirmación	Género	Proporción (%) muy de acuerdo o de acuerdo	Proporción (%) neutro	Proporción (%) muy en desacuerdo o en desacuerdo
La gente con enfermedad mental es débil y deberían culparse por su enfermedad**	Masculino	4,9	12,9	82,2
	Femenino	1,3	4,6	94,1
Es difícil para mí hacer amistad con gente con enfermedad mental*	Masculino	24,3	48,5	27,2
	Femenino	20,3	42,5	37,3
Me siento avergonzado de salir con un familiar que tenga una enfermedad mental*	Masculino	3,4	15,7	81
	Femenino	0	12,4	87,6

Tabla 4.13. Asociaciones estadísticamente significativas entre afirmaciones del cuestionario sobre actitudes y creencias hacia la enfermedad mental en función del género en la muestra. Test Chi-cuadrado de Pearson con * $p < 0,05$ y ** $p < 0,001$.

➤ Cuestionario de actitudes/Nivel de estudios

La tabla 4.14 muestra solo las asociaciones estadísticamente significativas entre actitudes y creencias hacia la enfermedad mental en función del nivel de estudios. Así los agentes con nivel de estudios universitarios están en mayor proporción en desacuerdo con las afirmaciones: "Es difícil comunicarse con gente con enfermedad mental" y "Las personas con enfermedad mental son despreciadas por otros" y se muestran menos indecisos ante la consideración de que "Cualquier persona tiene riesgo a desarrollar una enfermedad mental"

Afirmación	Estudios	Proporción (%) muy de acuerdo o de acuerdo	Proporción (%) neutro	Proporción (%) muy en desacuerdo o en desacuerdo
Es difícil comunicarse con gente con enfermedad mental*	Secundarios	60,7	29,6	9,7
	Universitarios	62,8	22,9	14,3
Cualquier persona tiene riesgo a desarrollar una enfermedad mental*	Secundarios	75,5	21,0	3,4
	Universitarios	78	15,6	6,4
Las personas con enfermedad mental son despreciadas por otros*	Secundarios	62,3	26,6	11,1
	Universitarios	58	24,9	17

Tabla 4.14. Asociaciones estadísticamente significativas entre afirmaciones del cuestionario de actitudes y creencias hacia la enfermedad mental en función del nivel de estudios de los participantes. Test Chi-cuadrado de Pearson con * $p < 0,05$ y ** $p < 0,001$.

➤ Cuestionario de actitudes/Contacto personal

La tabla 4.15 muestra solo las asociaciones estadísticamente significativas entre actitudes y creencias hacia la enfermedad mental en función del contacto personal con la enfermedad mental. Se observa que aquellos participantes que tienen contacto personal con sujetos con enfermedad mental estaban en una mayor proporción en desacuerdo con las afirmaciones: "Tengo miedo de hablar con personas con enfermedad mental" y "Es difícil para mí hacer amistad con gente con enfermedad mental". y se muestran menos indecisos ante la

consideración de que "La gente con enfermedad mental es débil y deberían culparse por su enfermedad", y "Me siento avergonzado de salir con un familiar que tenga una enfermedad mental",

Afirmación	Contacto personal	Proporción (%) muy de acuerdo o de acuerdo	Proporción (%) neutro	Proporción (%) muy en desacuerdo o en desacuerdo
La gente con enfermedad mental es débil y deberían culparse por su enfermedad*	Sí	4,9	10	85,1
	No	2,5	15,5	82
Tengo miedo de hablar con personas con enfermedad mental**	Sí	4,6	19,1	76,3
	No	5	29	66
Es difícil para mí hacer amistad con gente con enfermedad mental**	Sí	21,6	46,8	31,6
	No	28,8	49,2	22
Me siento avergonzado de salir con un familiar que tenga una enfermedad mental**	Sí	3,2	13,1	83,7
	No	1,7	20,3	78

Tabla 4.15. Asociaciones estadísticamente significativas entre afirmaciones del cuestionario de actitudes y creencias hacia la enfermedad mental en función del contacto personal con la enfermedad mental en la muestra.

Test Chi-cuadrado de Pearson con * $p < 0,05$ y ** $p < 0,001$.

4.8. Supuestos policiales

➤ **Persona necesitada de ayuda**

"Estás patrullando a pie en el andén de la estación local de tren. La revisora de la estación se aproxima hacia ti y te señala un hombre que está sentado en un banco. La revisora te indica que el hombre lleva sentado allí todo el día. Fuera hace frío y él lleva solamente una chaqueta muy fina. Le preguntas que por qué está sentado allí. Él afirma que no tiene dinero ni modo de volver a su casa que se encuentra a 8 Kilómetros.

Tipo 1: Ya conoces a Pedro. Hace tres meses sufrió una crisis de salud mental y le atendiste llevándolo al hospital para un internamiento involuntario. Él padece esquizofrenia y recibe medicación.

Tipo 2: Ya conoces a Pedro. Hace tres meses sufrió una crisis de salud mental y le atendiste llevándolo al hospital para un internamiento involuntario. Él padece depresión y recibe medicación.

Tipo3: No se aporta información sobre antecedentes de crisis de salud mental"

Doscientos sesenta y dos agentes respondieron el supuesto que describe a Pedro en una situación de soledad, y sin la indumentaria apropiada para protegerse del frío en la estación de tren. El 33,9% (n=89) de los funcionarios no recibió ninguna información en su supuesto sobre problemas de salud mental

del sujeto que lo protagonizaba; un 31,9% (n=83) la recibió con antecedentes de esquizofrenia; y el resto, con problemas de depresión (n=90).

La tabla 4.16 muestra la media y desviación típica para cada actuación en función de la información proporcionada. Como puede apreciarse, la actuación que más puntuación recibió, y por tanto sería la más utilizada por los participantes fue, preguntar a Pedro si podía llamar a alguien para que lo recogiera, con una puntuación de $4,63 \pm 0,72$ puntos para el supuesto donde no se aportaba información sobre antecedentes de enfermedad mental; $4,56 \pm 0,71$ puntos para el supuesto del sujeto con esquizofrenia; y $4,39 \pm 0,79$ puntos para el que hace referencia al sujeto con depresión, en segundo lugar con puntuaciones muy similares los agentes llamaría a la familia de Pedro para que lo recogieran con una puntuación de $4,45 \pm 0,93$ puntos cuando no se aporta información de enfermedad mental, $4,48 \pm 0,83$ puntos cuando se aporta esquizofrenia y $4,39 \pm 0,79$ puntos con depresión. En el lado opuesto, la acción que menos puntuación recibió, y por consiguiente la que menos emplearían, sería la decisión de no intervenir, con una media de $1,74 \pm 1,26$ puntos cuando no se añadió ninguna información; $1,84 \pm 1,42$ puntos en caso de un sujeto con esquizofrenia; y $1,82 \pm 1,36$ puntos en el caso de que el sujeto padeciera una depresión (rango 1-5).

Tras examinar las diferencias de medias entre las respuestas de los agentes que habían recibido información sobre alguna enfermedad mental y los que no la recibían (enfermedad mental vs no enfermedad mental), solamente existen diferencias estadísticamente significativas en la actuación de solicitar asistencia de personal médico para atender a Pedro ($p=0,04$), siendo los agentes menos propensos a solicitar la asistencia a Pedro, cuando no recibían información sobre antecedentes de enfermedad mental con respecto a los que recibían información de antecedentes de enfermedad mental ($p=0,02$). Cuando se compararon solo las puntuaciones de los participantes que habían realizado la viñeta con sujetos con algún tipo de enfermedad mental (esquizofrenia vs depresión), no se hallaron diferencias significativas entre ellos en ninguna actuación (tablas 4.16 y 4.17).

Actuación	No enfermedad mental	Esquizofrenia	Depresión	p
	Media \pm D.T. (n=89)	Media \pm D.T. (n=83)	Media \pm D.T. (n=90)	
No intervienes	1,74 \pm 1,26	1,84 \pm 1,42	1,82 \pm 1,36	0,9*/0,8**
Hablas con Pedro y le animas a que se vaya a casa	3,88 \pm 1,25	3,61 \pm 1,42	3,76 \pm 1,26	0,5*/0,6**
Le dices a Pedro que tiene que irse de allí y que no puede permanecer todo el día en la estación de tren	2,70 \pm 1,48	2,41 \pm 1,27	2,69 \pm 1,45	0,4*/0,2**
Le preguntas a Pedro si puede llamar a alguien que lo venga a recoger	4,63 \pm 0,72	4,56 \pm 0,71	4,39 \pm 0,86	0,09*/0,2**
Llamas a la familia de Pedro para que vengan a buscarle	4,45 \pm 0,93	4,48 \pm 0,83	4,39 \pm 0,79	0,4*/0,2**
Te ofreces a llevarle a casa o conseguir que alguien lo lleve	3,68 \pm 1,28	4,04 \pm 1,06	3,84 \pm 1,27	0,2*/0,4**
Solicitas asistencia de personal médico especializado para que atiendan a Pedro	3,82 \pm 1,14	4,06 \pm 1,14	4,23 \pm 0,94	0,04*/0,5**

Tabla 4.16. Medias y desviaciones típicas de las actuaciones policiales ante una persona hipotética que requiere de ayuda con esquizofrenia, depresión y sin ninguna enfermedad mental.

^aLa media se ha obtenido en una escala 1 "En ningún caso"- 5 "Muy probablemente".

*Test de kruskal-Wallis (sin enfermedad mental vs esquizofrenia vs depresión) **Test Mann-Whitney (Esquizofrenia Vs Depresión) con **p<0,05 diferencia estadísticamente significativa.**

Actuación	No enfermedad mental	Enfermedad mental	p*
	Media \pm D.T. (n=89)	Media \pm D.T. (n=173)	
No intervienes	1,74 \pm 1,26	1,83 \pm 1,39	0,7
Hablas con Pedro y le animas a que se vaya a casa	3,88 \pm 1,25	3,68 \pm 1,35	0,3
Le dices a Pedro que tiene que irse de allí y que no puede permanecer todo el día en la estación de tren	2,70 \pm 1,48	2,56 \pm 1,37	0,5
Le preguntas a Pedro si puede llamar a alguien que lo venga a recoger	4,63 \pm 0,72	4,47 \pm 0,79	0,07
Llamas a la familia de Pedro para que vengan a buscarle	4,45 \pm 0,93	4,43 \pm 0,81	0,5
Te ofreces a llevarle a casa o conseguir que alguien lo lleve	3,68 \pm 1,28	3,93 \pm 1,18	0,1
Solicitas asistencia de personal médico especializado para que atiendan a Pedro	3,82 \pm 1,14	4,15 \pm 1,04	0,02

Tabla 4.17. Medias y desviaciones típicas de las actuaciones policiales ante una persona hipotética que requiere de ayuda con enfermedad mental y sin enfermedad mental.

^aLa media se ha obtenido en una escala 1 "En ningún caso"-5 "Muy probablemente".

*Test Mann-Whitney (sin enfermedad mental vs enfermedad mental) con **p<0,05 diferencia estadísticamente significativa.**

➤ **Víctima**

“Recibes una llamada acerca de un mirón. Cuando llegas, Pedro explica que su vecino ha estado asomándose a sus ventanas.

Tipo 1: Ya conoces a Pedro. Hace tres meses sufrió una crisis de salud mental y le atendiste llevándolo al hospital para un internamiento involuntario. Él padece esquizofrenia y recibe medicación.

Tipo 2: Ya conoces a Pedro. Hace tres meses sufrió una crisis de salud mental y le atendiste llevándolo al hospital para un internamiento involuntario. Él padece depresión y recibe medicación.

Tipo 3: No se aporta información sobre antecedentes de crisis de salud mental Pedro te muestra la ventana en la que vio a su vecino mirándole. Te das una vuelta por el exterior de la casa y observas lo que podría ser parte de una huella frente a la ventana. Sin embargo el suelo está seco y está oscuro ahí fuera, de modo que es difícil saber cuál es la pisada y cuánto tiempo lleva allí. Pedro afirma que está seguro de que se trataba de su vecino mirando. Eres consciente del historial de problemas entre Pedro y su vecino”.

Doscientos treinta y nueve participantes cumplimentaron la viñeta que describe a Pedro como víctima de los acosos que sufre en su domicilio por parte de su vecino. De ellos, 87 agentes recibieron el supuesto que añade información del protagonista con antecedentes de esquizofrenia, 79 con depresión y 73 sin ninguna información.

La tabla 4.18 muestra la media y desviación típica para cada actuación en función de la información proporcionada. La acción que más puntuación recibió en los tres casos y por lo tanto la que con mayor frecuencia adoptarían los agentes sería, llamar al vecino y entrevistarse con él, con una media de $3,30 \pm 1,32$ puntos cuando no recibían antecedentes de enfermedad mental, $3,38 \pm 1,44$ puntos con esquizofrenia y $3,54 \pm 1,68$ puntos con depresión y en segundo lugar comparecer en comisaría para realizar un informe, con una puntuación de $3,26 \pm 1,51$ puntos cuando no se aporta información de enfermedad mental, $3,04 \pm 1,50$ puntos cuando se aporta esquizofrenia y $3,23 \pm 1,87$ puntos con depresión. En el lado opuesto, el no intervenir fue la acción que menos adoptarían los profesionales, siendo $2,14 \pm 0,98$ puntos en los casos sin

enfermedad mental, $2,31 \pm 1,31$ puntos para la esquizofrenia, y $2,68 \pm 1,80$ puntos para la depresión (rango 1-5).

Cuando se compararon las respuestas de los agentes (tablas 4.18 y 4.19) que habían realizado su viñeta con un sujeto con antecedentes de enfermedad mental frente a los que no (enfermedad mental vs no enfermedad mental), no se halló ninguna diferencia estadísticamente significativa en las actuaciones policiales. Sin embargo, cuando se analizaron las diferencias entre los supuestos cuyo sujeto padecía esquizofrenia o depresión, se percibió que los agentes estaban más dispuestos a decirle a Pedro que realmente no podían hacer nada, pero que les llamase si viese algo más ($p=0,03$), cuando se le asociaba con depresión.

Actuación	No enfermedad mental	Esquizofrenia	Depresión	p
	Media ^a ± D.T. (n=73)	Media ^a ± D.T. (n=87)	Media ^a ± D.T. (n=79)	
No intervienes	2,14±0,98	2,31±1,31	2,68±1,80	0,1*/0,2**
Le dices a Pedro que realmente no puedes hacer nada, pero que llame si ve algo más	2,81±1,24	2,53±1,42	3,12±1,80	0,08*/0,03**
Llamas a la puerta del vecino y le preguntas si ha estado fuera recientemente	3,30±1,32	3,38±1,44	3,54±1,68	0,9*/0,7**
Adiertes al vecino que no moleste a Pedro	2,49±1,31	2,57±1,35	2,79±1,74	0,9*/0,8**
Compareces en la comisaría para realizar el informe sobre los hechos ocurridos	3,26±1,51	3,04±1,50	3,23±1,87	0,4*/0,9**

Tabla 4.18. Medias y desviaciones típicas de las actuaciones policiales ante una persona hipotética en el papel de víctima con esquizofrenia, depresión y sin ninguna enfermedad mental.

^aLa media se ha obtenido en una escala 1 "En ningún caso"-5 "Muy probablemente".

*Test de kruskal-Wallis (sin enfermedad mental vs esquizofrenia Vs depresión) **Test Mann-Whitney (esquizofrenia vs depresión) **con $p < 0,05$ diferencia estadísticamente significativa.**

Actuación	No enfermedad mental	Enfermedad mental	p*
	Media \pm D.T. (n=73)	Media \pm D.T. (n=166)	
No intervienes	2,14 \pm 0,98	2,45 \pm 1,13	0,1
Le dices a Pedro que realmente no puedes hacer nada, pero que llame si ve algo más	2,81 \pm 1,24	2,80 \pm 1,22	0,6
Llamas a la puerta del vecino y le preguntas si ha estado fuera recientemente	3,30 \pm 1,32	3,45 \pm 1,14	0,8
Adviertes al vecino que no moleste a Pedro	2,49 \pm 1,31	2,62 \pm 1,35	0,8
Compareces en la comisaría para realizar el informe sobre los hechos ocurridos	3,26 \pm 1,51	3,07 \pm 1,35	0,1

Tabla 4.19. Medias y desviaciones típicas de las actuaciones policiales ante una persona hipotética en el papel de víctima con enfermedad mental y sin enfermedad mental.

^aLa media se ha obtenido en una escala 1 "En ningún caso"-5 "Muy probablemente".

*Test Mann-Whitney (sin enfermedad mental Vs enfermedad mental **con p<0,05 diferencia estadísticamente significativa.**

➤ Testigo

"Te avisan de un caso de atropello y fuga en el centro de negocios de tu ciudad. Alguien colisionó con varios coches aparcados y se dio a la fuga. Tres personas oyeron la colisión y salieron de un almacén para ver lo que había sucedido. Ninguno de ellos consiguió ver bien el coche pues se alejó rápidamente, pero se ofrecen a darte una descripción limitada de lo que pasó.

En primer lugar te diriges hacia los coches que han sido dañados para asegurarte de que no hay nadie en ninguno de ellos. Mientras examinas los daños un hombre se acerca a ti y se presenta a sí mismo como Pedro.

Tipo 1: Ya conoces a Pedro. Hace tres meses sufrió una crisis de salud mental y le atendiste llevándole al hospital para un internamiento involuntario. Él padece esquizofrenia y recibe medicación.

Tipo 2: Ya conoces a Pedro. Hace tres meses sufrió una crisis de salud mental y le atendiste llevándole al hospital para un internamiento involuntario. Él padece depresión y recibe medicación.

Tipo 3: No se aporta información sobre antecedentes de crisis de salud mental Pedro indica que vio el accidente y que te puede dar una descripción detallada del coche."

Doscientos quince agentes cumplimentaron el supuesto que describe a Pedro como testigo de un vehículo que se ha dado a la fuga originando daños. De ellos, el 33,9% (n=73) recibió la viñeta que asociaba a Pedro con antecedentes de esquizofrenia, el 31,6% (n=68) con depresión, y el restante (n=74) sin ninguna información adicional.

La tabla 4.20 muestra la media y desviación típica para cada actuación en función de la información proporcionada. La actuación que más puntuación recibió en los tres casos y por lo tanto la que con mayor frecuencia adoptarían los funcionarios, sería coger la información de Pedro y verificarla con el resto de testigos, con una puntuación de $4,09 \pm 1,10$ puntos cuando no se le aportaba ninguna información, $4,08 \pm 1,26$ puntos en el caso del sujeto con esquizofrenia y $4,35 \pm 1,44$ puntos en el caso de un sujeto con depresión (rango 1-5). En el lado opuesto, la acción que menos emplearían en los casos de sujetos sin enfermedad mental sería, hablar primero con otros testigos con una media de $2,39 \pm 1,12$ puntos y en los supuestos con sujetos con esquizofrenia y depresión, comprobar los datos de Pedro y realizar acciones investigadoras, con unas puntuaciones de $2,54 \pm 1,41$ y $2,87 \pm 1,85$ puntos, respectivamente.

Tras analizar las opiniones de los participantes que habían recibido información sobre alguna enfermedad mental y los que no la recibieron (enfermedad mental vs no enfermedad mental), se apreciaron varias diferencias significativas (tablas 4.20 y 4.21). Los agentes consideraron la información de Pedro más fiable ($p=0,007$; $p=0,01$) cuando no se le asociaba ninguna enfermedad mental con respecto a los que tenían enfermedad mental. No obstante, cuando se compararon solo las puntuaciones entre los tipos de enfermedad mental (esquizofrenia vs depresión) la información era considerada más fiable para la depresión que para la esquizofrenia ($p=0,04$). También, fueron más proclives a hablar primero con otros testigos, antes que con Pedro, cuando se le asociaba alguna enfermedad mental ($p=0,01$; $p=0,04$). Además, estos participantes, cuyo protagonista en el supuesto no tenía información de enfermedad mental, tendían a comprobar más los datos de Pedro y a realizar labores de investigación, que cuando se le asociaba alguna enfermedad mental ($p=0,04$; $p=0,04$).

Actuación	No enfermedad mental	Esquizofrenia	Depresión	p
	Media \pm D.T. (n=74)	Media \pm D.T. (n=73)	Media \pm D.T. (n=68)	
Consideras que la información de Pedro es correcta e informas por radio para que otras unidades puedan buscar el vehículo	3,59 \pm 1,03	3,11 \pm 1,25	3,58 \pm 1,61	0,007*/0,04**
Recoges la información de Pedro, confirmas su descripción con la del resto de los testigos, y después informas por radio.	4,09 \pm 1,10	4,08 \pm 1,26	4,35 \pm 1,44	0,6*/0,3**
Primero hablas con los testigos que estaban en el almacén, informas por radio, y después hablas con Pedro	2,39 \pm 1,12	2,89 \pm 1,43	2,94 \pm 1,81	0,1*/0,6**
Primero hablas con los testigos que estaban en el almacén, a continuación con Pedro, y después informas por radio	2,96 \pm 1,40	3,63 \pm 1,32	3,75 \pm 1,75	0,01*/0,9**
Compruebas los datos de Pedro y averiguas qué tipo de vehículo está matriculado a su nombre	2,99 \pm 1,26	2,54 \pm 1,41	2,87 \pm 1,85	0,04*/0,1***

Tabla 4.20. Medias y desviaciones típicas de las actuaciones policiales ante una persona hipotética en el papel de testigo etiquetada con esquizofrenia, depresión y sin etiquetar ninguna enfermedad mental.

^aLa media se ha obtenido en una escala 1 "En ningún caso"-5 "Muy probablemente".

*Test de kruskal-Wallis (sin enfermedad mental vs esquizofrenia vs depresión) **Test Mann-Whitney (esquizofrenia Vs depresión) **con p<0,05 diferencia estadísticamente significativa.**

Actuación	No enfermedad mental	Enfermedad mental	p*
	Media \pm D.T. (n=74)	Media \pm D.T. (n=141)	
Consideras que la información de Pedro es correcta e informas por radio para que otras unidades puedan buscar el vehículo	3,59 \pm 1,03	3,34 \pm 0,96	0,01
Recoges la información de Pedro, confirmas su descripción con la del resto de los testigos, y después informas por radio.	4,09 \pm 1,10	4,21 \pm 0,93	0,9*
Primero hablas con los testigos que estaban en el almacén, informas por radio, y después hablas con Pedro	2,39 \pm 1,12	2,91 \pm 1,20	0,06*
Primero hablas con los testigos que estaban en el almacén, a continuación con Pedro, y después informas por radio	2,96 \pm 1,40	3,69 \pm 1,14	0,04
Compruebas los datos de Pedro y averiguas qué tipo de vehículo está matriculado a su nombre	2,99 \pm 1,26	2,70 \pm 1,19	0,04

Tabla 4.21. Medias y desviaciones típicas de las actuaciones policiales ante una persona hipotética en el papel de testigo con enfermedad mental y sin enfermedad mental.

^aLa media se ha obtenido en una escala 1 "En ningún caso"-5 "Muy probablemente".

*Test Mann-Whitney (sin enfermedad mental vs enfermedad mental) **con p<0,05 diferencia estadísticamente significativa.**

➤ **Sospechoso**

“Te llaman desde un albergue para personas sin hogar. El hombre que llamó, Juan, te cita en el aparcamiento y te indica que ha tenido una discusión con otro huésped del albergue, Pedro, y que Pedro le empujó y rasgó su abrigo.

Tipo 1: Ya conoces a Pedro. Hace tres meses sufrió una crisis de salud mental y le atendiste llevándolo al hospital para un internamiento involuntario. Él padece esquizofrenia y recibe medicación.

Tipo 2: Ya conoces a Pedro. Hace tres meses sufrió una crisis de salud mental y le atendiste llevándolo al hospital para un internamiento involuntario. Él padece depresión y recibe medicación.

Tipo3: No se aporta información sobre antecedentes de crisis de salud mental

El personal del albergue afirma haber oído la discusión, pero que no estaban prestando suficiente atención cómo para ver si alguien fue empujado. Examinas el abrigo destrozado y dañado de Juan y ves un rasgón en la manga.”

Doscientos once participantes cumplimentaron el supuesto que describía a Pedro como autor de empujar y romper el abrigo a su compañero de albergue. De ellos, 77 agentes recibieron la viñeta sin ninguna información del autor sobre problemas de salud mental, 70 con antecedentes de esquizofrenia y 64 con depresión.

La tabla 4.22 muestra la media y desviación típica para cada actuación, en función de la información proporcionada. La actuación que más puntuación obtuvo cuando no se le daba información y se le informaba con depresión, fue informar al compañero Juan de que podía ir a comisaría a poner una denuncia con una puntuación de $4,05 \pm 1,23$ puntos y $3,86 \pm 1,35$ puntos, respectivamente. Cuando se aportaba antecedentes de esquizofrenia la actuación que más baremo obtuvo fue advertir a Pedro sobre las consecuencias de agredir físicamente, con una puntuación de $3,95 \pm 1,47$ puntos. Para las tres situaciones, la acción que menos puntuación obtuvo fue la detención, con un valor $1,16 \pm 0,60$ puntos cuando no se le daba información, $1,08 \pm 0,63$ puntos cuando se aportaba esquizofrenia y $1,27 \pm 0,64$ puntos con depresión (rango 1-5).

Tras evaluar las diferencias de medias entre las respuestas de los agentes que habían recibido información sobre alguna enfermedad mental y los que no la recibieron (enfermedad mental vs no enfermedad mental). Se observó, que los agentes tendían a realizar menos advertencias a Pedro ($p=0,02$) cuando no se le asociaba ningún tipo de enfermedad mental. Tras valorar la diferencias entre los supuestos que tenían esquizofrenia y depresión (esquizofrenia vs depresión), se observó, que las advertencias eran mayores hacia la esquizofrenia con respecto a la depresión ($p=0,02$) (tablas 4.22 y 4.23).

Actuación	No enfermedad mental	Esquizofrenia	Depresión	p
	Media ^a ± D.T. (n=77)	Media ^a ± D.T. (n=70)	Media ^a ± D.T. (n=64)	
No intervienes	2,14±1,31	1,87±1,44	1,81±1,16	0,3*/0,8**
Adviertes a Pedro que permanezca alejado de Juan	3,66±1,31	3,32±1,57	3,59±1,30	0,9*/0,9**
Adviertes a Juan que permanezca alejado de Pedro	3,63±1,28	3,53±1,45	3,53±1,28	0,5*/0,2**
Adviertes a Pedro sobre las consecuencias de agredir físicamente a otros, en especial a Juan	3,68±1,37	3,95±1,47	3,73±1,32	0,02*/0,02**
Informas a Pedro que debe abandonar el albergue	1,88±0,97	1,65±1,15	1,97±1,03	0,2*/0,08**
Detienes a Pedro por empujar a Juan y dañar su abrigo	1,16±0,60	1,08±0,63	1,27±0,64	0,1*/0,1***
Informas a Juan que puede ir a la comisaría a presentar una denuncia	4,05±1,23	3,69±1,63	3,86±1,35	0,7*/0,6***
Compareces en la comisaría para realizar el informe sobre los hechos ocurridos	3,86±1,37	3,63±1,75	3,77±1,48	0,7*/0,5**

Tabla 4.22. Medias y desviaciones típicas de las actuaciones policiales ante una persona hipotética en el papel de sospechoso etiquetada con esquizofrenia, depresión y sin etiquetar ninguna enfermedad mental.

^aLa media se ha obtenido en una escala 1 "En ningún caso"-5 "Muy probablemente".

*Test de kruskal-Wallis (sin enfermedad mental vs esquizofrenia vs depresión) **Test Mann-Whitney (esquizofrenia vs depresión) **con $p<0,05$ diferencia estadísticamente significativa.**

Actuación	No enfermedad mental	Enfermedad mental	p*
	Media ^a ± D.T. (n=77)	Media ^a ± D.T. (n=134)	
No interviene	2,14±1,31	1,84±1,26	0,1
Adviertes a Pedro que permanezca alejado de Juan	3,66±1,31	3,45±1,08	0,8
Adviertes a Juan que permanezca alejado de Pedro	3,63±1,28	3,53±0,99	0,7
Adviertes a Pedro sobre las consecuencias de agredir físicamente a otros, en especial a Juan	3,68±1,37	3,84±1,00	0,08
Informas a Pedro que debe abandonar el albergue	1,88±0,97	1,81±1,02	0,8
Detienes a Pedro por empujar a Juan y dañar su abrigo	1,16±0,60	1,17±0,56	0,1
Informas a Juan que puede ir a la comisaría a presentar una denuncia	4,05±1,23	3,77±1,06	0,5
Compareces en la comisaría para realizar el informe sobre los hechos ocurridos	3,86±1,37	3,70±1,26	0,7

Tabla 4.23. Medias y desviaciones típicas de las actuaciones policiales ante una persona hipotética en el papel de sospechoso con enfermedad mental y sin enfermedad mental.

^aLa media se ha obtenido en una escala 1 "En ningún caso"-5 "Muy probablemente".

*Test Mann-Whitney (sin enfermedad mental vs enfermedad mental) **con p<0,05 diferencia estadísticamente significativa.**

➤ Desahucio

"Estás patrullando a pie por la Gran Vía de tu ciudad. Un hombre muy alterado y nervioso se aproxima y te manifiesta que esta noche se va suicidar porque su Caja de Ahorros le va embargar su casa.

Tipo 1: Ya conoces a Pedro. Hace tres meses sufrió una crisis de salud mental y le atendiste llevándolo al hospital para un internamiento involuntario. Él padece esquizofrenia y recibe medicación.

Tipo 2: Ya conoces a Pedro. Hace tres meses sufrió una crisis de salud mental y le atendiste llevándolo al hospital para un internamiento involuntario. Él padece depresión y recibe medicación.

Tipo3: No se aporta información sobre antecedentes de crisis de salud mental."

Los 927 participantes recibieron el supuesto que describía a un sujeto que vivía una situación de desahucio y que amenazaba con quitarse la vida. El 39,9% (n=371) de los funcionarios recibió en su supuesto información complementaria de antecedentes de esquizofrenia en el protagonista, el 31,2% (n=288) de

antecedentes depresivos y el 28,9 % (n=268) no recibieron ninguna información complementaria de antecedentes.

La tabla 4.24 muestra la media y desviación típica para cada actuación, en función de la información proporcionada. La actuación policial que más puntuación recibió cuando se le asociaba alguna enfermedad mental, fue solicitar asistencia de personal médico, con una puntuación $4,12 \pm 1,30$ puntos cuando se le proporcionaba esquizofrenia y, de $4,07 \pm 1,26$ puntos para depresión. No aportar ninguna información de antecedentes de enfermedad mental hizo que la acción que más utilizarían los policías sería hablar con Juan, con $4,11 \pm 1,36$ puntos. En el lado opuesto la actuación que menos valor tuvo para las tres situaciones, fue el de no intervenir, con un valor de $1,86 \pm 1,41$ puntos para el supuesto con esquizofrenia, $1,89 \pm 1,34$ puntos para depresión, y $1,94 \pm 1,46$ puntos para el que no llevaba información de antecedentes de enfermedad.

Tras analizar las diferencias de medias entre las respuestas de los participantes que habían recibido información sobre alguna enfermedad mental y los que no la recibieron (enfermedad mental vs no enfermedad mental), se establecieron varias diferencias significativas (tablas 4.24 y 4.25). Los agentes tendían a hablar y a animar más a Juan ($p=0,001$; $p=0,003$) cuando no se le asociaba ningún antecedente de enfermedad mental con respecto a los que si recibían información de antecedentes, pero en cambio estos que si recibían información de enfermedad mental estaban más dispuestos a solicitar asistencia médica ($p=0,04$). Cuando se compararon las puntuaciones de los supuestos según el tipo de enfermedad recibida (esquizofrenia vs depresión), no se apreció ninguna diferencia estadísticamente significativa.

Actuación	No enfermedad mental	Esquizofrenia	Depresión	p*
	Media ^a ± D.T. (n=268)	Media ^a ± D.T. (n=371)	Media ^a ± D.T. (n=288)	
No intervienes	1,94±1,46	1,86±1,41	1,89±1,34	0,7*/0,6**
Hablas con Juan y le animas dialogando con él	4,11±1,36	3,94±1,30	3,96±1,23	0,003*/0,9**
Realizas gestiones para comprobar la veracidad de lo manifestado	3,64±1,42	3,75±1,34	3,60±1,27	0,1*/0,05**
Llamas a la familia de Juan para que vengan a buscarle	4,01±1,37	4,03±1,30	3,95±1,31	0,5*/0,3**
Solicitas asistencia de personal médico especializado para que atiendan a Juan	3,93±1,38	4,12±1,30	4,07±1,26	0,07*/0,3**
Compareces en la comisaría para realizar el informe sobre los hechos ocurridos	3,97±1,40	4,00±1,38	3,95±1,30	0,6*/0,3**

Tabla 4.24. Medias y desviaciones típicas de las actuaciones policiales ante una persona hipotética en el papel de víctima de un desahucio con esquizofrenia, depresión y sin enfermedad mental.

^aLa media se ha obtenido en una escala 1 "En ningún caso"-5 "Muy probablemente".

*Test de kruskal-Wallis (sin enfermedad mental vs esquizofrenia vs depresión) **Test Mann-Whitney (esquizofrenia vs depresión) **con p<0,05 diferencia estadísticamente significativa.**

Actuación	No enfermedad mental	Enfermedad mental	p*
	Media ^a ± D.T.	Media ^a ± D.T.	
No intervienes	1,94±1,46	1,87±1,38	0,4
Hablas con Juan y le animas dialogando con él	4,11±1,36	3,94±1,23	0,001
Realizas gestiones para comprobar la veracidad de lo manifestado	3,64±1,42	3,70±1,32	0,8
Llamas a la familia de Juan para que vengan a buscarle	4,01±1,37	3,99±1,31	0,6
Solicitas asistencia de personal médico especializado para que atiendan a Juan	3,93±1,38	4,09±1,29	0,04
Compareces en la comisaría para realizar el informe sobre los hechos ocurridos	3,97±1,40	3,98±1,37	0,9

Tabla 4.25. Medias y desviaciones típicas de las actuaciones policiales ante una persona hipotética en el papel de víctima de un desahucio con enfermedad mental y sin enfermedad mental.

^aLa media se ha obtenido en una escala 1 "En ningún caso"-5 "Muy probablemente".

*Test Mann-Whitney (sin enfermedad mental vs enfermedad mental) **con p<0,05 diferencia estadísticamente significativa.**

4.9. Atribuciones hacia la enfermedad mental (AQ-modificado)

➤ Enfermedad mental / No enfermedad mental

Los 927 participantes cumplimentaron el cuestionario AQ-modificado en relación con un supuesto policial que habían realizado previamente. El 33,8% de los agentes no recibió ninguna información sobre antecedentes de enfermedad

mental en el sujeto de la viñeta y el 66,2% de los agentes respondieron ante una situación de enfermedad mental.

La tabla 4.26 y figura 4.20 muestran las puntuaciones de cada factor y las de sus ítems en base a la información proporcionada. El no aportar ningún antecedente de enfermedad mental hizo que los factores con más puntuación fueran, "ayuda" con una media de $3,61 \pm 0,89$ puntos, y "credibilidad" con $3,06 \pm 0,63$ puntos. En el otro extremo, las puntuaciones más bajas fueron para los factores "ira" y "segregación" con una puntuación, de $1,64 \pm 0,73$ y $1,98 \pm 0,74$ puntos respectivamente. Los ítems con puntuación media más alta fueron aquellos que evaluaron la disposición de ayudar, en concreto los ítems 22 ($3,83 \pm 1,00$ puntos) y 21 ($3,79 \pm 0,99$ puntos); y los que menos puntuación obtuvieron, los ítems 3 ($1,56 \pm 0,76$ puntos) y 19 ($1,62 \pm 0,78$ puntos), relacionados con las atribuciones ira y peligrosidad, en ese orden.

En los casos del sujeto con enfermedad mental, los factores con más puntuación fueron "ayuda" ($3,82 \pm 0,83$) y "evitación" ($3,28 \pm 0,72$ puntos), y aquellos con las puntuaciones más bajas "ira" ($1,74 \pm 0,71$ puntos) y "responsabilidad" ($2,04 \pm 0,58$ puntos). Los ítems que más puntuación obtuvieron fueron el 22 ($4,04 \pm 0,92$ puntos) y el 21 ($4,03 \pm 0,95$ puntos). Sin embargo, las preguntas 3 ($1,63 \pm 0,75$ puntos) y 12 ($1,80 \pm 0,79$ puntos), ambas destinadas a evaluar el factor "ira", fueron las de menor puntuación media.

Tras comparar las puntuaciones de cada factor para ambas situaciones (enfermedad mental vs no enfermedad mental), observamos que todos los factores a excepción del factor credibilidad, mostraron diferencias de medias estadísticamente significativas (tabla 4.26). De manera que en el caso de la persona con enfermedad mental, los agentes puntuaron con una media más alta las atribuciones piedad, peligrosidad, ayuda, coacción, segregación, evitación e ira, obteniendo una puntuación significativamente menor el factor responsabilidad.

	SIN ENFERMEDAD MENTAL (n=313)	ENFERMEDAD MENTAL (n=614)	p*
FACTORES/Nº Ítems	Media ^β ± Desv. Típica	Media ^β ± Desv. Típica	
RESPONSABILIDAD	2,29±0,63	2,04±0,58	<0,001
11. ¿Cuánto autocontrol tiene Pedro sobre sus problemas?	2,58±0,67	2,39±0,71	
14. Es culpa de Pedro encontrarse en su situación actual.	2,00±0,91	1,67±0,83	
24. ¿Cómo de responsable es Pedro de su situación?	2,42±0,89	2,13±0,86	
PIEDAD	2,72±0,78	3,07±0,73	<0,001
9. Siento lástima por Pedro	2,55±1,25	3,10±1,13	
23. ¿Cuánta simpatía sientes por Pedro?	2,83±0,85	2,97±0,78	
26. ¿Cuánto lo sientes por Pedro?	2,72±0,96	3,12±1,00	
28. ¿Cuánto te preocupa Pedro?	2,86±0,98	3,21±0,88	
IRA	1,64±0,73	1,74±0,71	0,007
1. Pedro me haría sentir irritado.	1,66±0,84	1,81±0,87	
3. ¿Cómo de enfadado te hace sentir Pedro?	1,56±0,76	1,63±0,75	
12. ¿Cómo de irritado te hace sentir Pedro?	1,68±0,81	1,80±0,79	
PELIGROSIDAD	2,26±0,59	2,52±0,55	<0,001
2. Me sentiría inseguro cerca de Pedro.	1,94±0,96	2,18±0,90	
13. ¿Cómo de peligroso es Pedro?	2,10±0,84	2,44±0,80	
19. Me siento amenazado por Pedro	1,62±0,78	1,80±0,81	
25. ¿Cómo de cauteloso serías tratando con Pedro?	3,45±0,89	3,73±0,90	
AYUDA	3,61±0,89	3,82±0,83	<0,001
8. Estaría dispuesto a hablar con Pedro sobre sus problemas.	3,31±1,13	3,48±1,03	
21. ¿Con qué probabilidad ayudarías a Pedro?	3,79±0,99	4,03±0,95	
22. ¿Estás seguro de que ayudarías a Pedro?	3,83±1,00	4,04±0,92	
COACCIÓN	2,26±0,84	3,11±0,88	<0,001
5. Considero que Pedro debería someterse a medicación psiquiátrica.	2,28±1,09	3,49±1,16	
15. ¿Hasta qué punto estás de acuerdo con que se debería obligar a Pedro a someterse a tratamiento psiquiátrico incluso si él no quiere hacerlo?	2,43±1,03	3,43±1,09	
31. Creo que se debería obligar a Pedro a vivir en una residencia especializada	2,14±0,92	2,54±1,02	
SEGREGACIÓN	1,98±0,74	2,47±0,75	<0,001
4. Considero que Pedro supone un riesgo para otras personas	2,01±0,95	2,51±0,96	
6. Pedro supone un riesgo para la comunidad a menos que sea hospitalizado	1,87±0,91	2,44±0,94	
16. Considero que es mejor para la comunidad que Pedro sea internado en un hospital psiquiátrico.	2,11±0,92	2,74±0,97	
18. ¿Crees que en una residencia, donde Pedro estaría apartado de sus vecinos, sería la mejor solución?	1,99±0,94	2,27±0,94	
EVITACIÓN	3,03±0,78	3,28±0,72	<0,001
7. Si fuera empresario estaría dispuesto a hacerte una entrevista de trabajo a Pedro ^α .	3,34±1,01	3,64±0,93	
17. Viajaría en coche compartido con Pedro todos los días ^α .	3,25±1,04	3,55±0,99	
27. Definitivamente trataría de evitar a gente como Pedro.	2,15±1,01	2,33±0,99	
29. Si fuera propietario de un apartamento probablemente se lo alquilaría a Pedro ^α .	3,49±1,01	3,72±0,96	
CREDIBILIDAD	3,06±0,63	2,98±0,63	0,06
10. Creo a Pedro	3,01±0,84	2,86±0,79	
20. ¿Cómo de probable es que Pedro esté mintiendo? ^α	2,84±0,80	2,88±0,87	
30. La versión de Pedro parece creíble.	3,02±0,82	2,98±0,81	

Tabla 4.26. Media y desviación típica de cada factor e ítem del cuestionario AQ-modificado en relación con una persona hipotética etiquetada con enfermedad mental y sin enfermedad mental.

αÍtem cuya puntuación se ha invertido, de manera que a mayor puntuación, mayor será el factor.

βLa media se ha obtenido en una escala 1-5. Puntuaciones altas indican más apoyo hacia el factor.

*Test Mann-Whitney (enfermedad mental vs no enfermedad mental) con **p<0,05 diferencia significativa**.

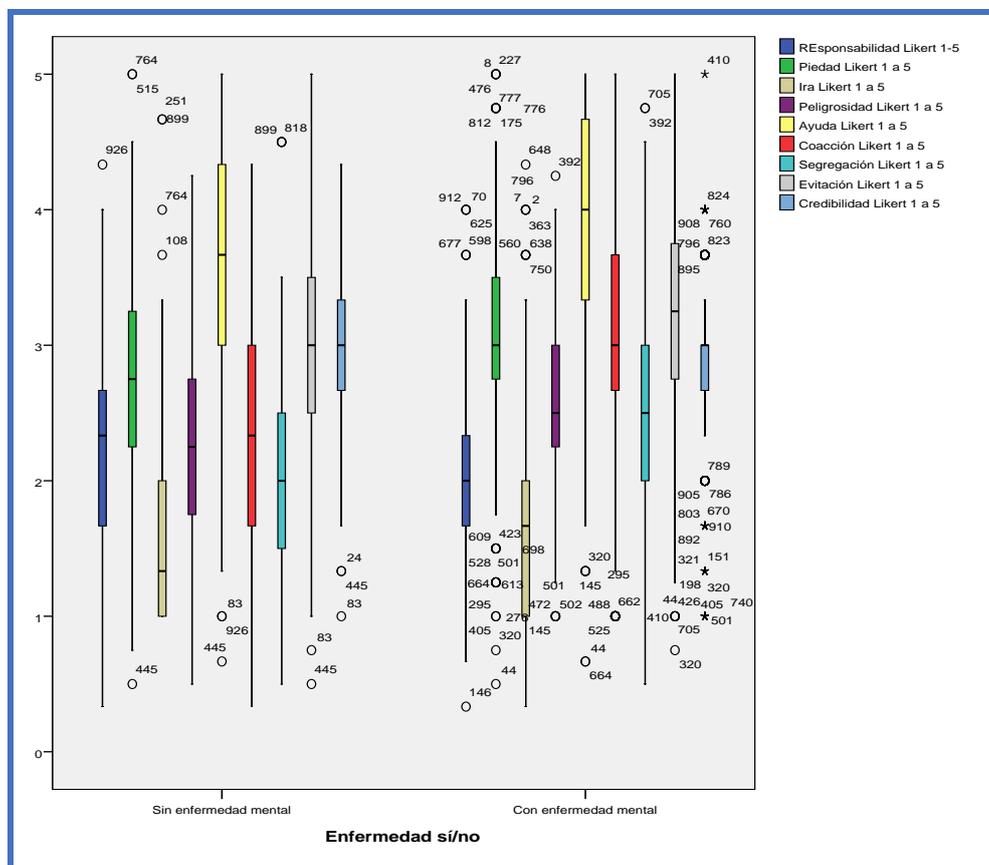


Figura 4.20. Cajas de distribución de cada factor según si han recibido información o no sobre enfermedad mental

➤ Tipo de enfermedad mental

De los 614 participantes que recibieron el AQ-modificado en relación con una persona con un historial de problemas de salud mental, 312 lo cumplimentaron con esquizofrenia y 302 con depresión. La tabla 4.27 muestra la media y desviación típica para cada factor del cuestionario en función del tipo de enfermedad. Para ambos tipos de enfermedad mental (esquizofrenia y depresión), los factores que más puntuación obtuvieron fueron los mismos, y por lo tanto las características que más atribuyen los agentes son "ayuda" ($3,82 \pm 0,81$ y $3,81 \pm 0,88$ puntos) y "evitación" ($3,30 \pm 0,74$ y $3,23 \pm 0,75$ puntos); y los de menor puntuación "ira" ($1,74 \pm 0,70$ y $1,72 \pm 0,72$ puntos) y "responsabilidad" ($1,99 \pm 0,57$ y $2,08 \pm 0,60$ puntos), respectivamente.

Tras el análisis comparativo de las puntuaciones en base al tipo de enfermedad mental (esquizofrenia vs depresión), observamos como los factores peligrosidad, coacción y segregación, obtuvieron una media significativamente más alta y por lo tanto más atribuidos en los casos de esquizofrenia frente a los supuestos con depresión (tabla 4.27).

Factores	Esquizofrenia (n=312)	Depresión (n=302)	p*
	Media ^a ± Desv. Típica	Media ^a ± Desv. Típica	
Responsabilidad	1,99±0,57	2,08±0,60	0,1
Piedad	3,08±0,72	3,03±0,75	0,4
Ira	1,74±0,70	1,72±0,72	0,6
Peligrosidad	2,55±0,58	2,45±0,58	0,02
Ayuda	3,82±0,81	3,81±0,88	0,9
Coacción	3,20±0,85	3,00±0,91	0,008
Segregación	2,54±0,74	2,36±0,78	0,002
Evitación	3,30±0,74	3,23±0,75	0,2
Credibilidad	2,94±0,63	3,01±0,63	0,2

Tabla 4.27. Media y desviación típica de cada factor del cuestionario AQ-modificado en relación con una persona hipotética con esquizofrenia y depresión.

^aLa media se ha obtenido en una escala 1-5. Puntuaciones altas indican más apoyo hacia el factor.

*Test Mann-Whitney (esquizofrenia vs depresión) con **p<0,05 diferencia estadísticamente significativa**.

➤ En diversas situaciones

El cuestionario AQ-modificado se realizó por los funcionarios policiales en proporciones muy parecidas en relación a cuatro situaciones: persona que requiere de ayuda (28,2%), víctima (25,8%), testigo (23,2%) y sospechoso (22,8%). La tabla 4.28 muestra la media y desviación típica para cada factor del cuestionario en función de cada situación. Observamos que para todas las situaciones, el factor que más puntuación recibió fue la atribución "ayuda" y la que menos "ira". Al comparar las puntuaciones de cada factor entre todas las situaciones (ayuda vs víctima vs testigo vs sospechoso), se observaron, para todos los factores diferencias estadísticamente significativas, excepto para el factor responsabilidad. Así, las atribuciones peligrosidad, ira, segregación y evitación eran mayores para el papel de sospechoso. La piedad, ayuda y coacción para el rol de persona necesitada de ayuda, y la credibilidad para el caso del testigo.

Factores	Ayuda	Víctima	Testigo	Sospechoso	p*
	Media±D.T.	Media±D.T.	Media±D.T.	Media±D.T.	
Responsabilidad	2,08±0,64	2,10±0,58	2,12±0,62	2,19±0,62	0,251
Piedad	3,31±0,7	2,77±0,74	2,74±0,76	2,86±0,79	<0,001
Ira	1,54±0,63	1,77±0,76	1,67±0,66	1,83±0,79	<0,001
Peligrosidad	2,47±0,56	2,35±0,62	2,26±0,58	2,56±0,64	<0,001
Ayuda	3,99±0,84	3,58±0,86	3,64±0,93	3,68±0,86	<0,001
Coacción	3,09±0,92	2,76±0,89	2,44±0,97	2,91±1,00	<0,001
Segregación	2,34±0,70	2,31±0,81	1,95±0,75	2,55±0,85	<0,001
Evitación	3,20±0,74	3,15±0,79	2,95±0,75	3,44±0,74	<0,001
Credibilidad	3,16±0,68	2,84±0,58	3,26±0,58	2,72±0,49	<0,001

Tabla 4.28. Media y desviación típica de cada factor del cuestionario AQ-modificado en función de distintos papeles.

^aLa media se ha obtenido en una escala 1-5. Puntuaciones altas indican más apoyo hacia el factor.

*Test de kruskal-Wallis (ayuda vs víctima vs testigo vs sospechoso) con **p<0,05 diferencia estadísticamente significativa.**

➤ Tipo de enfermedad mental/No enfermedad mental en diversas situaciones

1. Necesitada de ayuda

De los participantes que realizaron el AQ-modificado en relación con una persona que requiere de ayuda, 82 lo cumplimentaron con antecedentes de esquizofrenia, 91 con depresión y 89 lo hicieron sin antecedentes de enfermedad mental. Los resultados para cada factor del cuestionario se observan en la tabla 4.29, para todas las situaciones. La "ira" fue el factor que menos puntuación obtuvo y "ayuda" el que más.

Tras analizar las diferencias de media en función de la información proporcionada (no enfermedad vs depresión vs esquizofrenia), observamos que cuando no se aporta ningún antecedente de enfermedad mental, los factores, peligrosidad, coacción y segregación, obtuvieron una puntuación significativamente menor que en casos de depresión y esquizofrenia, y en cambio, para la responsabilidad la puntuación fue mayor. Cuando se compararon las puntuaciones entre los tipos de enfermedad mental (depresión vs esquizofrenia), fueron significativamente diferentes los factores responsabilidad y segregación, de manera que en los supuestos de esquizofrenia la atribución de "responsabilidad" fue menor y la "segregación" mayor que para la depresión.

Persona que requiere de ayuda (N=262)				
	Sin enfermedad mental (n=89)	Esquizofrenia (n=82)	Depresión (n=91)	
Factores	Media ^a ± D.T.	Media ^a ± D.T.	Media ^a ± D.T.	p
Responsabilidad	2,24±0,68	1,86±0,52	2,13±0,64	0,01*/0,01**
Piedad	3,23±0,60	3,39±0,77	3,32±0,72	0,2*/0,4**
Ira	1,49±0,66	1,63±0,64	1,50±0,58	0,1*/0,2**
Peligrosidad	2,33±0,54	2,62±0,57	2,35±0,54	0,004*/0,07**
Ayuda	3,96±0,85	3,97±0,89	4,04±0,78	0,8*/0,7**
Coacción	2,56±0,85	3,40±0,89	3,32±0,79	<0,001*/0,4**
Segregación	2,06±0,69	2,58±0,63	2,38±0,68	<0,0001*/0,02**
Evitación	3,09±0,73	3,25±0,77	3,26±0,73	0,2*/0,9**
Credibilidad	3,20±0,66	3,16±0,74	3,14±0,65	0,05*/0,5**

Tabla 4.29. Media y desviación típica de cada factor del cuestionario AQ-modificado en relación con una persona hipotética etiquetada con esquizofrenia, depresión y sin enfermedad que requiere de ayuda.

^aLa media se ha obtenido en una escala 1-5. Puntuaciones altas indican más apoyo hacia el factor.

*Test de kruskal-Wallis (sin enfermedad mental vs esquizofrenia vs depresión) **Test Mann-Whitney (esquizofrenia vs depresión) con **p<0,05 diferencia estadísticamente significativa.**

2. Víctima

Del 25,8% de la muestra que realizó el AQ-modificado en relación con una persona en el papel de víctima, 87 agentes lo cumplimentaron con antecedentes de esquizofrenia, 79 con depresión y 73 sin antecedentes de enfermedad mental. Los resultados para cada factor del cuestionario pueden verse en la tabla 4.30, para todas las situaciones. La "ira" fue el factor que menos puntuación obtuvo y "ayuda" el que más.

Tras comparar la media de cada atribución para las tres situaciones (no enfermedad vs depresión vs esquizofrenia), observamos que los factores piedad, peligrosidad, coacción, segregación y evitación, mostraron diferencias estadísticamente significativas. Así, las puntuaciones para estos factores fueron menores cuando no se asociaba alguna enfermedad mental, excepto para el factor evitación que fue mayor. Cuando se compararon las medias entre los tipos de enfermedad mental (esquizofrenia vs depresión) no se hallaron diferencias estadísticamente significativas.

Víctima (N=239)				
Factores	Sin enfermedad mental (n=73)	Esquizofrenia (n=87)	Depresión (n=79)	p
	Media $\alpha \pm$ D.T.	Media $\alpha \pm$ D.T.	Media $\alpha \pm$ D.T.	
Responsabilidad	2,21 \pm 0,58	2,05 \pm 0,56	2,05 \pm 0,62	0,1*/0,9**
Piedad	2,47 \pm 0,81	2,92 \pm 0,67	2,87 \pm 0,68	0,001* /0,7**
Ira	1,58 \pm 0,65	1,81 \pm 0,81	1,89 \pm 0,77	0,05*/0,4**
Peligrosidad	2,06 \pm 0,62	2,50 \pm 0,55	2,45 \pm 0,60	<0,001* /0,6**
Ayuda	3,50 \pm 0,87	3,63 \pm 0,79	3,60 \pm 0,94	0,5*/0,9**
Coacción	2,16 \pm 0,77	3,13 \pm 0,74	2,88 \pm 0,88	<0,001* /0,06**
Segregación	1,91 \pm 0,76	2,55 \pm 0,72	2,41 \pm 0,82	<0,001* /0,2**
Evitación	2,89 \pm 0,86	3,35 \pm 0,70	3,16 \pm 0,75	0,01* /0,09**
Credibilidad	2,92 \pm 0,63	2,78 \pm 0,57	2,83 \pm 0,55	0,3*/0,5**

Tabla 4.30. Media y desviación típica de cada factor del cuestionario AQ-modificado en relación con una persona hipotética etiquetada con esquizofrenia, depresión y sin enfermedad en el papel de víctima.

^aLa media se ha obtenido en una escala 1-5. Puntuaciones altas indican más apoyo hacia el factor.

*Test de kruskal-Wallis (sin enfermedad mental vs esquizofrenia vs depresión) **Test Mann-Whitney (esquizofrenia vs depresión) con **p<0,05 diferencia estadísticamente significativa.**

3. Testigo

De los agentes que realizaron el AQ-modificado en relación con una persona en el papel de testigo, 73 lo hicieron con antecedentes de esquizofrenia, 68 con depresión y 74 sin antecedentes de enfermedad mental. Las puntuaciones medias de cada factor pueden verse en la tabla 4.31. Para los casos de esquizofrenia y depresión el factor con mayor puntuación fue "ayuda" y para los casos sin enfermedad mental la "credibilidad", por el contrario para las tres situaciones la atribución "ira" fue la que menos puntuación obtuvo.

Tras el análisis comparativo entre las puntuaciones de cada factor para las tres situaciones (no enfermedad vs depresión vs esquizofrenia), observamos que los factores, piedad, peligrosidad, ayuda, coacción, segregación y evitación mostraron diferencias de media significativas, siendo estas menores para cuando no se le aportaba información de antecedentes de enfermedad mental. Cuando se compararon solo las puntuaciones para los dos tipos de enfermedad mental (esquizofrenia vs depresión) solo el factor segregación mostró diferencias significativas, siendo este mayor para la esquizofrenia.

Testigo (N=215)				
	Sin enfermedad mental (n=74)	Esquizofrenia (n=73)	Depresión (n=68)	
Factores	Media ^a ± D.T.	Media ^a ± D.T.	Media ^a ± D.T.	p
Responsabilidad	2,28±0,61	2,00±0,62	2,08±0,61	0,05*/0,33**
Piedad	2,34±0,76	2,95±0,62	2,95±0,74	<0,001*/0,98**
Ira	1,60±0,63	1,78±0,66	1,63±0,68	0,17*/0,15**
Peligrosidad	2,13±0,61	2,42±0,54	2,25±0,56	0,02*/0,08**
Ayuda	3,29±1,04	3,84±0,71	3,80±0,92	0,001*/0,91**
Coacción	1,88±0,83	2,88±0,86	2,57±0,94	<0,001*/0,05**
Segregación	1,69±0,70	2,23±0,71	1,94±0,74	<0,001*/0,02**
Evitación	2,69±0,74	3,09±0,71	3,07±0,74	0,004*/0,79**
Credibilidad	3,34±0,54	3,14±0,54	3,32±0,66	0,09*/0,08**

Tabla 4.31. Media y desviación típica de cada factor del cuestionario AQ-modificado en relación con una persona hipotética etiquetada con esquizofrenia, depresión y sin enfermedad en el papel de testigo.

^aLa media se ha obtenido en una escala 1-5. Puntuaciones altas indican más apoyo hacia el factor.

*Test de kruskal-Wallis (sin enfermedad mental vs esquizofrenia vs depresión) **Test Mann-Whitney (esquizofrenia vs depresión) con **p<0,05 diferencia estadísticamente significativa.**

4. Sospechoso

De los participantes que realizaron el AQ-modificado sobre una persona sospechosa, 70 fueron con antecedentes de esquizofrenia, 64 con depresión y 77 sin antecedentes de enfermedad mental. Las puntuaciones para cada factor pueden verse en la tabla 4.32. Para todos los supuestos, la "ayuda" fue el factor que más puntuación obtuvo, por el contrario los de menor calificación para los casos de esquizofrenia y sin enfermedad mental fue el factor "ira" y para la depresión el factor "responsabilidad".

Tras comparar la media de cada factor para las tres situaciones (no enfermedad mental vs depresión vs esquizofrenia), observamos que los factores, responsabilidad, piedad, peligrosidad, coacción y segregación, mostraron diferencias estadísticamente significativas. De manera que las puntuaciones para la piedad, peligrosidad, coacción y segregación fueron menores cuando no se le asociaba ninguna enfermedad mental y para la responsabilidad mayor. Cuando se compararon solo el tipo de enfermedad mental (esquizofrenia vs depresión), no se apreció en ningún factor diferencia estadísticamente significativa.

Sospechoso (N=211)				
FACTORES	Sin enfermedad Mental (n=77)	Esquizofrenia (n=70)	Depresión (n=64)	p
	Media \pm D.T.	Media \pm D.T.	Media \pm D.T.	
Responsabilidad	2,43 \pm 0,66	2,08 \pm 0,57	2,03 \pm 0,53	0,001* /0,53**
Piedad	2,62 \pm 0,80	3,06 \pm 0,70	2,91 \pm 0,80	0,003* /0,29**
Ira	1,84 \pm 0,91	1,75 \pm 0,65	2,91 \pm 0,80	0,41*/0,20**
Peligrosidad	2,38 \pm 0,66	2,69 \pm 0,62	2,62 \pm 0,59	0,005* /0,53**
Ayuda	3,48 \pm 0,88	3,84 \pm 0,83	3,73 \pm 0,82	0,05*/0,43**
Coacción	2,23 \pm 0,87	3,39 \pm 0,83	3,16 \pm 0,90	<0,001* /0,11**
Segregación	2,12 \pm 0,84	2,83 \pm 0,77	2,73 \pm 0,73	<0,001* /0,32**
Evitación	3,33 \pm 0,73	3,54 \pm 0,72	3,46 \pm 0,78	0,14*/0,49**
Credibilidad	2,74 \pm 0,51	2,70 \pm 0,51	2,73 \pm 0,47	0,92*/0,72**

Tabla 4.32. Media y desviación típica de cada factor del cuestionario AQ-modificado en relación con una persona hipotética con esquizofrenia, depresión y sin enfermedad en el papel de sospechoso.

^aLa media se ha obtenido en una escala 1-5. Puntuaciones altas indican más apoyo hacia el factor.

*Test de kruskal-Wallis (sin enfermedad mental vs esquizofrenia vs depresión) **Test Mann-Whitney (esquizofrenia vs depresión) con **p<0,05 diferencia estadísticamente significativa.**

4.10. Atribuciones hacia la enfermedad mental (AQ-modificado) con variables sociodemográficas

➤ AQ-modificado/Edad

La tabla 4.33 muestra las diferencias de media de cada factor del cuestionario AQ-modificado, en relación con una persona con enfermedad mental en función de grupos de edad de la muestra. Se observa que los factores peligrosidad y evitación obtuvieron una diferencia de medias estadísticamente significativas. Así, los participantes más jóvenes puntuaron más alto ambas atribuciones que aquellos con más edad.

Factores	<31 Años Media \pm D.T.	31 - 40 Años Media \pm D.T.	>40 Años Media \pm D.T.	p*
Responsabilidad	2,03 \pm 0,55	2,02 \pm 0,60	2,09 \pm 0,61	0,58
Piedad	3,03 \pm 0,72	3,07 \pm 0,75	3,07 \pm 0,71	0,85
Ira	1,81 \pm 0,73	1,71 \pm 0,71	1,69 \pm 0,68	0,24
Peligrosidad	2,55 \pm 0,61	2,52 \pm 0,56	2,38 \pm 0,59	0,03
Ayuda	3,85 \pm 0,80	3,79 \pm 0,87	3,83 \pm 0,83	0,82
Coacción	3,12 \pm 0,81	3,13 \pm 0,91	2,99 \pm 0,92	0,30
Segregación	2,47 \pm 0,76	2,48 \pm 0,76	2,36 \pm 0,78	0,5
Evitación	3,29 \pm 0,69	3,32 \pm 0,72	3,08 \pm 0,84	0,01
Credibilidad	2,92 \pm 0,61	2,97 \pm 0,61	3,07 \pm 0,70	0,15

Tabla 4.33. Diferencia de medias de cada factor del cuestionario AQ-modificado en relación con una persona hipotética etiquetada con enfermedad mental en función de los grupos de edad en la muestra.

^aLa media se ha obtenido en una escala 1-5. Puntuaciones altas indican más apoyo hacia el factor.

*Test de kruskal-Wallis con **p<0,05 diferencia estadísticamente significativa.**

➤ AQ-modificado/ Género

La tabla 4.34 muestra las diferencias de media de cada factor del cuestionario AQ-modificado, en relación con una persona hipotética con enfermedad mental en función del género en la muestra. Los resultados muestran que las mujeres dieron una puntuación significativamente más alta a los factores piedad y ayuda con respecto a los varones.

Factores	Hombre Media ^a ± D.T.	Mujer Media ^a ± D.T.	p*
Responsabilidad	2,04±0,57	2,00±0,64	0,24
Piedad	3,02±0,72	3,24±0,80	0,005
Ira	1,75±0,71	1,63±0,68	0,09
Peligrosidad	2,49±0,57	2,56±0,63	0,16
Ayuda	3,77±0,84	3,99±0,85	0,006
Coacción	3,10±0,89	3,09±0,88	0,99
Segregación	2,47±0,76	2,39±0,77	0,30
Evitación	3,28±0,75	3,22±0,72	0,50
Credibilidad	2,97±0,63	3,00±0,65	0,65

Tabla 4.34. Diferencia de medias de cada factor del cuestionario AQ-modificado en relación con una persona hipotética etiquetada con enfermedad mental en función del género en la muestra.

^aLa media se ha obtenido en una escala 1-5. Puntuaciones altas indican más apoyo hacia el factor.

*Test de kruskal-Wallis con **p<0,05 diferencia estadísticamente significativa.**

➤ AQ-modificado/Estado civil y nivel de estudios

Las tablas 4.35 y 4.36 muestran las diferencias de media de cada factor del cuestionario AQ-modificado en relación con una persona hipotética con enfermedad mental, en función del estado civil y nivel de estudios en la muestra. Como se observa en ellas, el análisis comparativo para ambas variables no mostró ninguna diferencia estadísticamente significativa.

Factores	Soltero/a Media ^a ± D.T.	Casado/a Media ^a ± D.T.	p*
Responsabilidad	2,04±0,60	2,03±0,57	0,97
Piedad	2,11±0,74	3,00±0,73	0,10
Ira	1,75±0,73	1,71±0,68	0,53
Peligrosidad	2,53±0,56	2,47±0,60	0,26
Ayuda	3,87±0,80	3,75±0,89	0,14
Coacción	3,14±0,86	3,06±0,92	0,32
Segregación	2,46±0,76	2,45±0,78	0,84
Evitación	3,28±0,73	3,25±0,77	0,78
Credibilidad	2,97±0,66	2,99±0,60	0,57

Tabla 4.35. Diferencia de medias de cada factor del cuestionario AQ-modificado en relación con una persona hipotética etiquetada con enfermedad mental en función del estado civil en la muestra.

^aLa media se ha obtenido en una escala 1-5. Puntuaciones altas indican más apoyo hacia el factor.

*Test de kruskal-Wallis con **p<0,05 diferencia estadísticamente significativa.**

Factores	Secundarios	Universitarios	p*
	Media \pm D.T.	Media \pm D.T.	
Responsabilidad	2,07 \pm 0,61	1,99 \pm 0,79	0,06
Piedad	3,03 \pm 0,69	3,10 \pm 0,79	0,08
Ira	1,76 \pm 0,73	1,70 \pm 0,68	0,48
Peligrosidad	2,52 \pm 0,57	2,48 \pm 0,59	0,36
Ayuda	3,77 \pm 0,82	3,86 \pm 0,87	0,11
Coacción	3,13 \pm 0,85	3,07 \pm 0,92	0,49
Segregación	2,49 \pm 0,73	2,42 \pm 0,80	0,17
Evitación	3,31 \pm 0,71	3,22 \pm 0,78	0,14
Credibilidad	2,97 \pm 0,58	2,99 \pm 0,69	0,73

Tabla 4.36. Diferencia de medias de cada factor del cuestionario AQ-modificado en relación con una persona hipotética etiquetada con enfermedad mental en función del nivel de estudios.

^aLa media se ha obtenido en una escala 1-5. Puntuaciones altas indican más apoyo hacia el factor.

*Test de kruskal-Wallis con **p<0,05 diferencia estadísticamente significativa.**

➤ **AQ-modificado/ Años de servicio**

La tabla 4.37 muestra los valores de correlación entre factores del cuestionario modificado en relación con una persona con enfermedad mental y los años de experiencia profesional de los agentes. Se observa que los años de servicio se correlacionaron positivamente con el factor responsabilidad y negativamente con el factor evitación.

Factores	Años de servicio	
	r ^o	p*
Responsabilidad	0,08*	0,04
Piedad	0,01	0,76
Ira	-0,03	0,40
Peligrosidad	-0,06	0,10
Ayuda	-0,02	0,61
Coacción	-0,006	0,88
Segregación	0,001	0,97
Evitación	-0,08*	0,03
Credibilidad	0,05	0,21

Tabla 4.37. Valores de correlación de Pearson entre factores del AQ-modificado relacionado con una persona con alguna enfermedad mental y variable profesional.

^oValores entre -1y+1, el signo indica la dirección de la correlación.

***La correlación es significativa al nivel 0,05(Bilateral).**

4.11. Supuestos policiales con factores del AQ-modificado

➤ **Supuesto persona necesitada de ayuda/Factores de atribución**

La tabla 4.38 muestra los coeficientes de correlación entre los factores de atribución hacia la persona protagonista del AQ-modificado (con y sin enfermedad mental) y las actuaciones del supuesto policial que lo describía en el papel de necesitado de ayuda. Como se observa, todos los factores, a excepción del factor segregación, produjeron correlaciones significativas (positivas y/o negativas) con diversas actuaciones policiales.

Los mayores coeficientes de correlación se obtuvieron entre las actuaciones policiales “te ofreces a llevarle a casa para conseguir que alguien le lleve” ($r=0,492$) y “llamas a la familia de Pedro para que venga a buscarle” ($r=0,416$) con el factor de atribución ayuda

AYUDA	No intervienes	Hablas con Pedro y le animas a que se vaya a casa	Le dices a Pedro que tiene que irse de allí y que no puede permane cer todo el día en la estación de tren	Le pregunta s a Pedro si puede llamar a alguien que le venga a recoger	Llamas a la familia de Pedro para que vengan a buscarle	Te ofreces a llevarle a casa o conseguir que alguien le lleve	Solicitas asistenci a de personal médico especiali zado para que atiendan a Pedro
	p	p	p	p	p	p	p
Responsabilidad	0,053	0,087	0,014*	-0,083	-0,156*	-0,240**	-0,235**
Piedad	-0,073	0,192**	0,041	0,204**	0,200**	0,333**	0,142**
Ira	0,216**	-0,022	0,148*	-0,212**	-0,227**	-0,291**	-0,141*
Peligrosidad	0,057	0,032	0,133*	-0,104	-0,042	-0,101	0,000
Ayuda	-0,230**	0,124	-0,073	0,372**	0,416**	0,492**	0,289**
Coacción	0,090	0,089	0,087	0,004	0,025	0,053	0,168**
Segregación	0,113	-0,006	0,099	-0,123	-0,050	-0,050	0,073
Evitación	0,112	0,003	0,015*	-0,139*	-0,221**	-0,268**	-0,136*
Credibilidad	-0,145*	0,057	-0,037	0,118	0,064	0,101	0,113

Tabla 4.38. Valores de correlación entre las actuaciones ante una hipotética persona en el papel de víctima con distintas variables (edad y factores del AQ-modificado).

°Test de spearman, los valores oscilan entre -1 y +1, el signo indican el sentido de la correlación.

* $p < 0,05$ y ** $p < 0,001$

➤ Supuesto víctima/Factores de atribución

La tabla 4.39 muestra los valores de correlación entre los factores de atribución hacia la persona protagonista del AQ-modificado y las actuaciones del supuesto policial que lo describía en el papel de víctima. Como se observa, los factores de atribución, piedad, ira, peligrosidad, ayuda, coacción, segregación y credibilidad produjeron correlaciones significativas con diversas actuaciones policiales

Los mayores coeficientes de correlación se obtuvieron entre los factores segregación ($r=0,281$) y coacción ($r=0,266$) con la actuación policial “adviertes al vecino que no moleste a Pedro”.

VÍCTIMA	No intervienes	Le dices a Pedro que realmente no puedes hacer nada, pero que llame si ve algo más	Llamas a la puerta del vecino y le preguntas si ha estado fuera recientemente	Adviertes al vecino que no moleste a Pedro	Compareces en la comisaría para realizar el informe sobre los hechos ocurridos
	ρ^a	ρ^a	ρ^a	ρ^a	ρ^a
Responsabilidad	0,040	0,049	0,046	0,085	0,007
Piedad	-0,022	-0,069	0,170**	0,260**	-0,036
Ira	0,178**	0,164*	-0,106	0,149*	-0,135*
Peligrosidad	0,071	0,055	0,038	0,232**	-0,073
Ayuda	-0,133*	-0,173**	0,195**	0,140*	0,119
Coacción	-0,029	-0,030	0,089	0,266**	-0,079
Segregación	0,008	0,028	0,032	0,281**	-0,006
Evitación	-0,037	-0,058	-0,020	0,030	-0,064
Credibilidad	-0,049	-0,013	0,017	-0,006	0,138*

Tabla 4.39. Valores de correlación entre las actuaciones ante una hipotética persona en el papel de víctima con distintas variables (edad y factores del AQ-modificado).

^aTest de spearman, los valores oscilan entre -1 y +1, el signo marca el sentido de la correlación.

* $p<0,05$ y ** $p<0,001$

➤ Supuesto testigo/Factores de atribución

La tabla 4.40 muestra los valores de correlación entre los factores de atribución hacia la persona protagonista del AQ-modificado, y las actuaciones del supuesto policial que lo describía en el papel de testigo. Como se observa, todos los factores del AQ produjeron correlaciones significativas (positivas o negativas) con diversas actuaciones policiales.

Los mayores coeficientes de correlación se obtuvieron entre los factores credibilidad ($r=0,607$) y responsabilidad ($r=0,266$) con la actuación policial “consideras que la información de Pedro es correcta e informas por radio para que otras unidades puedan buscar el vehículo”.

TESTIGO	Consideras que la información de Pedro es correcta e informas por radio para que otras unidades puedan buscar el vehículo	Coges la información de Pedro, confirmas su descripción con la del resto de los testigos, y después informas por radio.	Primero hablas con los testigos que estaban en el almacén, informas por radio, y después hablas con Pedro	Primero hablas con los testigos que estaban en el almacén, a continuación con Pedro, y después informas por radio	Compruebas los datos de Pedro y averiguas que tipo de vehículo está matriculado a su nombre
	ρ^a	ρ^a	ρ^a	ρ^a	ρ^a
Responsabilidad	0,320**	-0,068	-0,029	-0,031	0,084
Piedad	-0,175*	-0,013	0,131	0,103	0,170*
Ira	-0,266**	-0,182**	0,172*	0,082	0,111
Peligrosidad	-0,326**	-0,150*	0,110	0,118	0,125
Ayuda	0,191**	0,187**	-0,116	0,081	-0,040
Coacción	-0,286**	-0,092	0,149*	0,170*	0,139*
Segregación	-0,338**	-0,207**	0,210**	0,143*	0,143*
Evitación	-0,368**	-0,159*	0,223**	0,071	0,076
Credibilidad	0,607**	0,226**	-0,124	-,067	-0,069

Tabla 4.40. Valores de correlación entre las actuaciones ante una hipotética persona en el papel de testigo con distintas variables (edad y factores del AQ-modificado).

^aTest de spearman, los valores oscilan entre -1 y +1, el signo marca el sentido de la correlación.

* $p < 0,05$ y ** $p < 0,001$

➤ Supuesto sospechoso/Factores de atribución

La tabla 4.41 muestra los valores de correlación entre los factores de atribución hacia Pedro del AQ-modificado y las actuaciones del supuesto policial que lo describía en el papel de sospechoso. Como se observa, todos los factores a excepción de la evitación y credibilidad produjeron correlaciones significativas positivas y/o negativas.

Los mayores coeficientes de correlación se obtuvieron entre los factores ira ($r=0,416$) y peligrosidad ($r=0,333$) con la actuación policial "informas a Pedro que debe abandonar el albergue".

SOSPECHOSO	No interviene	Adviertes a pedro que permanezca alejado de Juan	Adviertes a juan que permanezca alejado de Pedro	Adviertes a Pedro sobre las consecuencias de agredir físicamente a otros, en especial a Juan	Informas a Pedro que debe abandonar el albergue	Detienes a Pedro por empujar a Juan y dañar su abrigo	Informas a Juan que puede ir a la comisaría a presentar una denuncia	Compara ces en la comisaría para realizar el informe sobre los hechos ocurridos
	ρ^a	ρ^a	ρ^a	ρ^a	ρ^a	ρ^a	ρ^a	ρ^a
Responsabilidad	0,138	0,042	-0,068	-0,074	0,174*	0,208**	-0,018	-0,017
Piedad	-0,059	0,136	0,155*	0,063	0,086	0,043	-0,018	0,173*
Ira	0,209**	0,073	0,016	-0,036	0,416**	0,297**	-0,198**	-0,061
Peligrosidad	-0,023	0,126	0,113	0,079	0,333**	0,166*	0,034	0,085
Ayuda	-0,262**	0,089	0,084	0,264**	-0,064	-0,112	0,142*	0,198**
Coacción	-0,160*	0,215**	0,265**	0,198**	0,239**	0,090	0,095	0,156*
Segregación	-0,085	0,177*	0,175*	0,084	0,391**	0,192**	0,028	0,130
Evitación	-0,059	0,040	0,055	0,083	0,082	-0,111	-0,023	-0,038
Credibilidad	0,057	-0,068	-0,130	-0,037	-0,046	0,069	-0,071	-0,120

Tabla 4.41. Valores de correlación entre las actuaciones ante una hipotética persona en el papel de testigo con distintas variables (edad y factores del AQ-modificado).

^aTest de spearman, los valores oscilan entre -1 y +1, el signo marca el sentido de la correlación.

* $p < 0,05$ y ** $p < 0,001$.

5. DISCUSIÓN

Uno de los resultados más representativos y generalizados de la presente investigación ha sido la gran sensibilidad que manifiestan los agentes del Cuerpo Nacional de Policía (CNP) hacia los problemas que plantean las personas que padecen alguna enfermedad mental, y su disposición a mejorar la atención hacia ellas, al prestarse a realizar este tipo de estudio a nivel nacional, a lo que no todas las corporaciones están dispuestas. En esta línea, es necesario recalcar la colaboración prestada por los responsables de la corporación para llevarlo a cabo, facilitando en todo momento la participación de sus centros de formación, de reconocido prestigio a nivel nacional e internacional, donde además no han querido distinguir entre escalas ni categorías, implicando a todos los profesionales. Otro matiz a resaltar de la Institución, es el hecho de que se haya acordado realizar el trabajo durante el periodo de ingreso y promoción interna de los agentes, a través de la fase centralizada y presencial de los diferentes cursos que han participado, lo cual refleja la apuesta que tiene por la formación en valores.

En las últimas décadas, tras la reforma psiquiátrica en nuestro país, hemos asistido a un desarrollo importante de los servicios de salud mental, y a una mejora en los diferentes tratamientos que reciben las personas con este problema de salud, y en especial hacia aquellas que lo sufren de una manera persistente y grave. Durante este tiempo, los agentes de policía se han convertido en una parte importante en la atención y gestión de estos pacientes desde el punto de vista penal y sociosanitario, fruto del aumento de los contactos que ha producido la desinstitucionalización, unido a las fuertes demandas de la sociedad, que cada vez más les exige mayores competencias como servicio público de protección y de asistencia al ciudadano, ya que generalmente son los primeros profesionales en acudir cuando se trata de situaciones urgentes.

A pesar de los progresos que se están llevando a cabo con estos ciudadanos con problemas de salud mental, la sociedad en general, e incluso los mismos profesionales sanitarios que tratan con ellos, siguen manteniendo ciertas actitudes negativas que promueven el rechazo y el distanciamiento social, afectando a su calidad de vida. Es por ello que, cada vez más, las investigaciones que abordan el fenómeno del estigma hacia la enfermedad mental, están empezando a incluir a las agencias policiales como parte

vinculada en la atención de este sector. En este sentido, es importante conocer cuáles son las actitudes que mantiene nuestra policía hacia estas patologías, pues de ser negativas, podrían llegar a ser un obstáculo para el ejercicio de la defensa de derechos e incluso para la propia protección de las personas que la padecen.

Barron (2013) afirma que algo de estigma hacia la enfermedad mental es comprensible pero no aceptable. Sin embargo, como bien indica la Federación de Euskadi de Asociaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES), la lucha contra el estigma no debe pretender señalar ni culpabilizar a nadie, sino requerir la implicación de todos los colectivos posibles: desde las propias personas que la sufren, a sus familiares, profesionales, pasando por las instituciones educativas, sanitarias, judiciales y de interior, y todo ello para tomar conciencia y sensibilidad hacia las personas que la sufren y poder llegar así a una erradicación completa de este fenómeno, y es bajo esta premisa que se ha realizado esta investigación.

El estudio ha nacido con dos particularidades relevantes, es el primero que se realiza con una institución policial española, y donde además encontramos una elevada participación. Nuestros resultados demuestran en líneas generales que los agentes del CNP muestran una buena aceptación hacia la enfermedad mental, pero, aun así, mantienen ciertas actitudes y creencias a las que se deben prestar atención.

Por ello se plantea analizar el efecto del estigma asociado a la enfermedad mental en el propio contexto policial y con ello estudiar diferentes efectos y aspectos que puedan contribuir a una mejora en la relación de nuestra policía hacia ciudadanos con problemas de salud mental. Por lo tanto, con esta investigación nos planteamos:

1. Contextualizar la labor profesional de los participantes hacia personas con problemas de salud mental.
2. Evaluar el nivel de formación profesional relacionado con las enfermedades mentales.
3. Describir dificultades acerca de la salud mental en el ámbito profesional
4. Valorar la percepción de seguridad jurídica.
5. Examinar actitudes y atribuciones hacia la enfermedad mental.

6. Inspeccionar la influencia de diferentes trastornos mentales en la toma de decisiones en la actuación policial.
7. Analizar factores sociodemográficos y profesionales que puedan modificar las actitudes hacia las personas con enfermedad mental.

5.1 Características de la muestra

La muestra final de la investigación estuvo compuesta por 927 agentes del Cuerpo Nacional de Policía que han participado de forma voluntaria, y en la que han estado representadas todas sus escalas jerárquicas. La categoría más representativa fue la de Oficial de policía. En proporciones similares estuvieron las categorías de Subinspector e Inspector de policía; y la representación para las categorías superiores (Inspector Jefe y Comisario) fue evidentemente menor (<7%). Esta imagen se ajusta de una manera aproximada al sistema piramidal que tiene el cuerpo policial, así como a los criterios de inclusión para este trabajo, pues el número de participantes descendía a medida que aumentaba el nivel en la cadena de mando. Además, profesionalmente, nuestros participantes cuentan con una dilatada carrera, ya que la media de tiempo de servicio en activo fue de 11,26 años, con un mínimo de permanencia de 1 año y un máximo de 42 años. No obstante, este tiempo mínimo de años de servicio se redujo a una proporción muy pequeña de profesionales (<0,5%), que se correspondía con aquellos inspectores alumnos que estaban recibiendo el curso de superación para el ingreso a la institución.

De las variables sociodemográficas evaluadas, demuestran que estamos ante una población adulta con una media de edad de 35,5 años, en su mayoría varones y en proporciones similares de casados/as y solteros/as (46% y 48%, respectivamente), siendo la media de hijos $0,69 \pm 0,91$ hijo/a. Este dato contrasta con la información a nivel nacional ya que la tasa de fecundidad en nuestro país para el año 2013, situó la media de hijos en 1,26 (Ine, en prensa), lo que coloca a estos profesionales a más de medio punto por debajo de la media nacional, pudiendo este resultado ser, un indicador de la dificultad que presenta esta profesión a la hora de conciliar la vida familiar y laboral.

En cuanto al nivel máximo de estudios alcanzados, los agentes mostraron poseer un alto nivel académico, ya que los resultados quedaron dicotomizados

en estudios superiores y secundarios, no figurando niveles inferiores debido a los criterios de ingreso y ascenso.

Comparando nuestros resultados profesionales y sociodemográficos con otros estudios similares realizados en policías de otros países como EE.UU. (Watson y cols., 2004; Ruiz y Miller, 2004 y Compton y cols. 2006), Alemania (Litzcke, 2006), Grecia (Psarra y cols. (2008), Australia (Godfredson y cols., 2010), Canadá (Cotton, 2004), China (Chen y cols., 2012) y Nigeria (Omoaregba y cols., 2015) encontramos grandes coincidencias con las variables género, edad y años de servicio en el cuerpo (figuras, 5.2, 5.3, 5.4). La diferencia más importante respecto al resto de investigaciones, es que nuestro tamaño muestral triplica a aquellas donde han participado un mayor número de profesionales, como en Watson y cols., 2004 (EE.UU) y Godfredson y cols., 2010 (Australia) (figura 5.1).

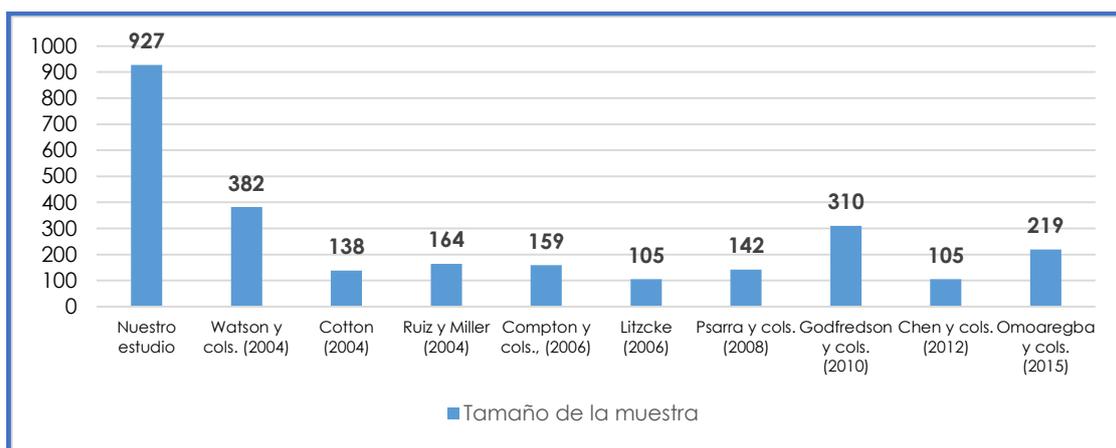


Figura 5.1. Número de participantes en nuestra muestra y en diferentes estudios.

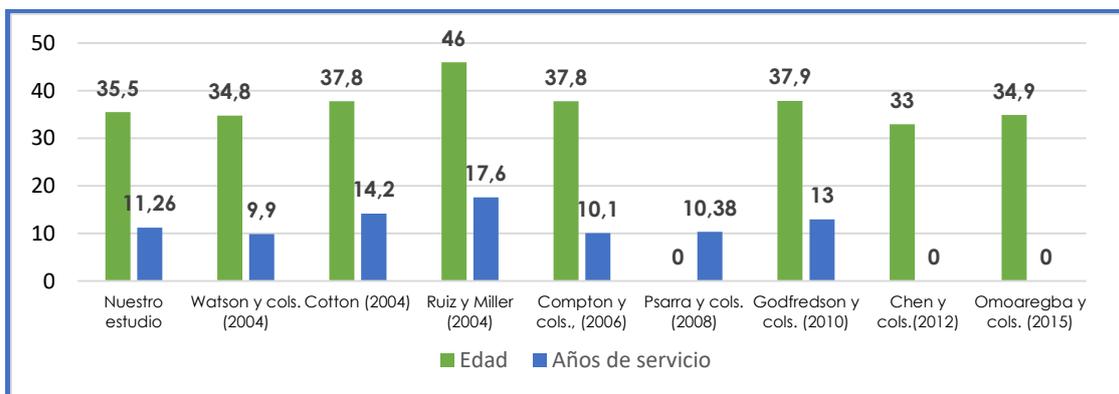


Figura 5.2. Distribución de la edad y experiencia profesional en nuestra muestra y en diferentes estudios.

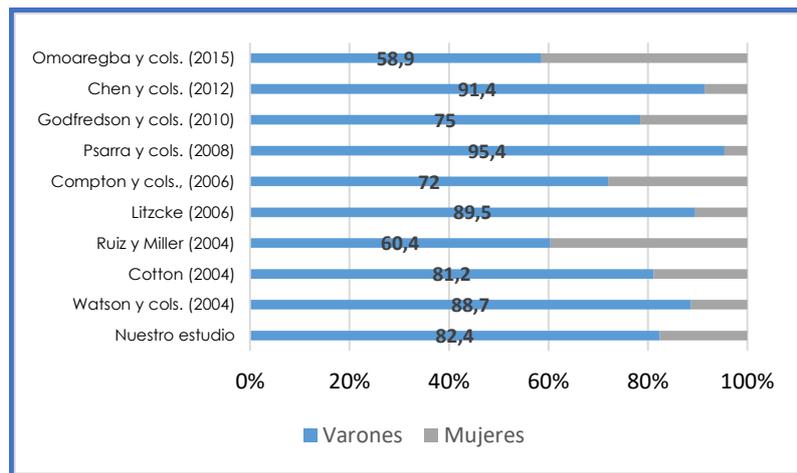


Figura 5.3. Distribución del género en nuestra muestra y en diferentes estudios.

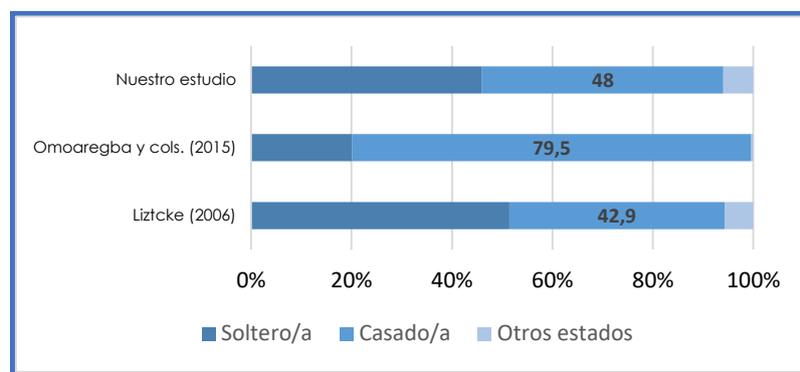


Figura 5.4. Distribución del estado civil en nuestra muestra y en diferentes estudios.

5.2 Familiaridad con la enfermedad mental

En cuanto a la familiaridad de los agentes con la enfermedad mental, tres de cada cuatro participantes refirió haber mantenido algún contacto en el ámbito personal, si bien, este contacto mayoritariamente fue en el entorno familiar y con personas cercanas.

En el ámbito profesional, los resultados señalan que la frecuencia de contacto con personas con enfermedad mental en la actuación policial es habitual, llegando a ser de al menos un encuentro a la semana. No obstante, una parte considerable de la muestra (47,1%) manifestó que estos encuentros ocurren con poca frecuencia. Esta situación posiblemente se deba a las unidades en las que desempeñan su actividad profesional, o bien al cargo que ostentan, ya que estas distinciones no se incluyeron en el análisis. Es de esperar que los puestos de dirección, gestión o unidades que no están a pie de calle tengan un menor contacto directo con la sociedad, que aquellos que realizan funciones de atención al ciudadano (ej. Radio patrullas) o investigación.

Podemos concluir que la policía en España mantiene interacciones frecuentes con personas con problemas de salud mental al igual que ocurre en otros países como Estados Unidos (Deane y cols., 1999; Ruiz y Miller, 2004), Australia (Fry, O'Riordan, y Geanellos, 2002), Canadá (Hartford y cols., 2005) y el Reino Unido (Moore, 2010).

Posteriormente, para una mayor contextualización del contacto profesional que mantienen nuestros participantes con este sector poblacional, se evaluaron diferentes situaciones en las que se pueden encontrar estos pacientes y que requieran de intervención policial. Nuestros resultados revelaron que el papel de víctima es la situación cuantitativamente más frecuente con la que suelen encontrarse. Esta situación inesperada, resulta especialmente relevante y a la vez preocupante, ya que desmitifica la idea de que la forma de contacto más común con estas personas sea solamente cuando están en calidad de sospechosas o en crisis de su patología, y a la vez ratifica la vulnerabilidad y el grado de victimización que padece este grupo social. Consideramos que ante este hallazgo se debería prestar una gran atención a través de campañas de apoyo y sensibilización, tanto en la sociedad como en los cuerpos policiales, pues la investigación sugiere que las víctimas con problemas de salud mental no suelen comunicar tal situación a la policía (Short, 2013). Una involucración activa ante este problema podría generar un mensaje de confianza hacia las víctimas y promovería una reducción del distanciamiento y/u ocultismo.

5.3 Formación profesional

Diferentes trabajos de investigación, han demostrado que la formación policial en el ámbito de la salud mental es un problema y a la vez controvertido, pues no hay un criterio único en cuanto a la forma y contenidos que se han de aplicar a la hora de impartir este tipo de enseñanza (Asfhord, 2012). Cotton (2003) encontró que los conocimientos que sostiene la policía hacia la enfermedad mental no difieren de los de los bomberos, y por otro lado, Cotton y Coleman (2008) hallaron que el tiempo de formación en diferentes instituciones policiales de Canadá oscilaba entre 1 y 24 horas y con diferente metodología.

Nuestros resultados muestran que nuestros participantes dedican aproximadamente $7,36 \pm 21,94$ horas de formación en este área durante el

periodo instructivo en la academia. No obstante, la disparidad de horas encontradas en el análisis, demuestra lo difícil que es objetivar esta variable. Esto podría deberse a que el tema de la salud mental no está incardinado en una asignatura concreta, y sí integrado de una manera multidisciplinar en diversas asignaturas dentro del curriculum docente de la corporación, siendo difícil cuantificar exactamente el tiempo dedicado. Lo que sí resulta significativo es que un tercio de la muestra reveló no haber recibido ninguna hora de formación; esto podría responder a la importancia que ha adquirido la salud mental en los cuerpos policiales con el devenir de los años. Recordemos que nuestros participantes provienen de diversas promociones (rango de antigüedad en el cuerpo entre 1 y 42 años).

A pesar de las horas que refieren, y considerando que nuestros profesionales reciben una formación multidisciplinar y en un periodo de tiempo relativamente corto, nuestros resultados muestran que la gran mayoría no perciben esta formación recibida como adecuada (75,1%), y además la consideran necesaria (60%). Estas opiniones recogidas son coincidentes a lo encontrado en la bibliografía, la cual sostiene que los policías muestran frustración por no estar capacitados para interaccionar con personas con problemas de salud mental, y desean aprender más sobre este ámbito (Carey, 2001; Lamb y cols., 2002; Vermette y cols. 2005 y Psarra y cols., 2008).

A la luz de los resultados, resulta llamativo que la gran mayoría de nuestra muestra no haya recibido ninguna hora de formación extracurricular sobre este ámbito durante el año pasado. Esta reseña pudiera ser debida bien porque no se oferte formación relacionada, o bien porque la ofertada no despierte el interés suficiente de los profesionales a quienes va dirigida, no encontrando la motivación necesaria para realizarla. Hay que tener en cuenta que muchos agentes antes de ingresar en el cuerpo, posiblemente nunca han tenido esta formación, e incluso aquellos profesionales más veteranos posiblemente ni la hayan recibido, y además si ésta no se acompaña o se recicla a lo largo de la carrera profesional puede terminar desfigurándose u olvidándose. Por tanto, nuestros resultados aluden y sustentan una revisión del contenido y de la oferta formativa en esta área.

Lejos de valorar cuanta formación se necesita, autores como Cotton y Coleman (2008) recomiendan que estas enseñanzas deben abordar aptitudes específicas de como interaccionar con personas con problemas de salud mental en sus distintos encuentros, teniendo como referente el fenómeno del estigma hacia ellas, que se encuentra tanto en la sociedad como en la policía. A este respecto, las investigaciones sugieren que cursos enfocados a reducir el estigma y aumentar los conocimientos en salud mental, favorecen y repercuten positivamente en las intervenciones con estos ciudadanos (Pinfold y cols. 2005; Wundsam y cols., 2007; CPC, 2010).

5.4 Opiniones acerca de la salud mental en el ámbito profesional

Entre las complicaciones profesionales que sostienen nuestros agentes a la hora de interactuar con personas con enfermedad mental, figuran principalmente los problemas de comunicación (75,1%) y la impredecibilidad con la que pueden actuar estos pacientes (66,8%). Las dificultades evidenciadas, aunque sean fruto de sus experiencias vividas con este sector de población, probablemente estén retroalimentadas por ciertas dosis de estigma, pues al fin y al cabo la impredecibilidad genera desconfianza, que es la esencia de este fenómeno. Además, considerando que los agentes tienden a interactuar y a comportarse con estas personas en base a sus conocimientos y experiencias profesionales (Henshaw y Thomas, 2012), el problema que sostienen sobre la falta de entendimiento, podría condicionar de forma negativa la atención y/o las intervenciones con estas personas, pues presuponer que la comunicación va a ser difícil, puede hacer que los agentes declinen el diálogo, decantándose por medidas coercitivas o más restrictivas; y por otra parte, esta deficiencia es la que demandan las propias personas que sufren este tipo de enfermedades, ya que desean que la policía tenga más habilidades de comunicación (Brink y cols., 2011), pues perciben que los agentes se niegan a dialogar con ellos (Watson y cols., 2008). Es por ello que algunos estudios (Krameddine y cols., 2013) reiteran una mejor capacitación, entre los agentes, sobre técnicas de comunicación e intervención verbal hacia las personas con problemas de salud mental, lo que conduciría a mejores resultados entre ambos grupos.

Por otra parte, es necesario remarcar la consideración que tienen nuestros participantes al afirmar mayoritariamente (80,2%) que la policía puede

hacer mucho por ayudar a las personas que padecen de problemas de salud mental. Esta referencia, posiblemente demuestre como los propios policías, cada vez más, son conscientes y asumen como parte de sus funciones tratar con estas personas, probablemente influenciados por los principios de policía comunitaria junto a la desinstitucionalización. Esta opinión, es compartida por la policía de EE.UU (Cooper y cols., 2004) y sin embargo, no lo es con la policía de Grecia (Psarra y cols., 2008), ni la de Australia (Fry y cols. 2002), ya que ambas consideran que no debería ser responsabilidad suya hacer frente a situaciones donde estén implicados estos pacientes. También, resulta revelador que nuestros agentes (80,8%) no consideren que las intervenciones con personas con problemas de salud mental requieran de mucho tiempo. Posiblemente, este dato se deba a las buenas relaciones que parecen sostener con el sistema sanitario, pues la mayoría de los participantes (83,5%) consideran que los servicios de salud responden rápidamente. Por tanto, estos resultados quizás indiquen que la colaboración entre las distintas instituciones, policía y servicios sanitarios, en nuestro país, vaya en la dirección correcta.

Cuando analizamos las opiniones de la muestra acerca de los criterios que ha de reunir una persona para que requiera asistencia de salud mental en la actuación policial, se reveló que la peligrosidad fue la causa más señalada por los funcionarios (81%). Seguramente, un escenario que entrañe peligro sea el contexto más extremo y evidente donde la policía requiera de una colaboración especializada en salud mental; no obstante, también hay que prestar atención a la situación que menos puntuación obtuvo, “cuando la persona manifiesta un comportamiento raro o extraño” (29,3%). Este comportamiento raro o confuso, aunque sea difícil de evaluar o diagnosticar como consecuencia de una patología mental por parte de la policía, hay que tener presente que en estas situaciones, según refieren otros estudios, los agentes muestran una mayor discreción a la hora de intervenir (Godfresson y cols., 2010). Por tanto, sería importante transmitir a los funcionarios que ante una persona con un comportamiento ambiguo, el contacto con el sistema de salud mental, quizás sea la primera medida que haya de instaurarse.

5.5 Seguridad jurídica

Los integrantes del estudio, de manera general, mostraron sentir un nivel intermedio de seguridad jurídica a la hora de intervenir ante diversos escenarios. Sin embargo, cuando se evaluó esta percepción entre las diferentes situaciones planteadas en la encuesta, el análisis reveló que los agentes mostraron sentirse significativamente menos seguro ante una persona con enfermedad mental, que cuando intervienen con una persona extranjera o menor de edad. Este resultado podría deberse a los problemas que pueden surgir en la intervenciones, ya que al no existir un protocolo unificado de actuación, debido a la amplia variedad de circunstancias en las que interaccionan, y quedando bajo la responsabilidad del agente la toma de decisiones, ésta puede quedar comprometida desde el punto de vista penal, lo que unido a la falta de formación adecuada sobre la manera de gestionar con éxito los conflictos con las personas que parecen estar experimentando un trastorno mental, dejan expuesto al agente a una mayor percepción de inseguridad jurídica. Si bien, cuando se compararon solo las puntuaciones de esta percepción ante un menor de edad y una persona con enfermedad mental, no se halló una diferencia estadísticamente significativa. Este dato factiblemente demuestre que estas situaciones dentro del ámbito policial, sean las más complejas o gravosas a la hora de abordarlas y por lo tanto generen más inseguridad jurídica a los agentes.

5.6 Influencia de variables sociodemográficas y profesionales en la percepción de seguridad jurídica ante diversas situaciones

Evaluamos la influencia de las variables sociodemográficas y profesionales de los participantes en la seguridad jurídica que perciben los agentes ante diversas situaciones.

Según el género, no encontramos diferencias significativas en ninguno de los supuestos. Sin embargo, cuando evaluamos la categoría profesional que ostentaba el participante, se estableció que los agentes con mayor categoría profesional mostraban una mayor seguridad jurídica ante un menor de edad. Al analizar la influencia de la edad, el análisis señaló que aquellos agentes con más edad mostraban una mayor seguridad en una actuación donde esté implicado un menor de edad ó una persona con enfermedad mental.

Aunque no podemos comparar nuestros resultados con otros estudios, sí que parece que la madurez y experiencia profesional se revelan como factores que aumentan la seguridad jurídica en situaciones donde las personas implicadas pueden presentar un mayor grado de vulnerabilidad.

5.7 Actitudes, creencias y apoyo hacia la enfermedad mental

El eje principal de este estudio ha sido evaluar diferentes actitudes hacia la enfermedad mental, y conocimientos relacionados con el estigma. Para ello, se obtuvo la información a través de un modelo breve de encuesta compuesto por 15 ítems y una serie de elementos relacionados con el tema. El cuestionario breve fue diseñado por Siu y cols. (2012) para indagar actitudes, estigmas potenciales y mitos sobre los trastornos mentales en población asiática, y los elementos que se incorporaron fueron adaptados del estudio de Compton y cols., (2006) donde analizaron cambios en conocimientos y actitudes relacionados con la enfermedad mental entre agentes de policía de Georgia (EE.UU.).

Respecto al cuestionario breve, nuestros resultados indican que los agentes mayoritariamente muestran una gran comprensión y tolerancia por las personas que sufren una enfermedad mental, pues consideran que merecen un gran respeto (82,3%), y que se debe invertir más para su cuidado (90,2%), pues son conscientes de que ellos mismos pueden sufrir un problema de salud de este tipo (76,7%). Esta sensibilidad posiblemente se deba a la conciencia que tienen del fenómeno del estigma, ya que más de la mitad de los encuestados consideran que estas personas sufren el desprecio por parte de la sociedad (60,3%), y/o al conocimiento en salud mental, pues solo una mínima parte creen que estas personas son culpables de su situación (4,2%). Por otro lado, los participantes muestran una actitud algo pesimista hacia la recuperación tras sufrir una enfermedad mental, ya que solo un tercio apoyó estar de acuerdo en que se pueden recuperar. Este sentimiento podría deberse a una exposición repetida y sesgada con personas con enfermedad mental en el ámbito laboral (Watson y cols., 2005).

Los integrantes del estudio no muestran en un alto porcentaje conductas excluyentes hacia las personas con enfermedad mental. La mayoría no sentirían miedo al hablar con ellas (73,5%), ni estarían avergonzados por tener un familiar

con esta enfermedad (82,1%), y la gran mayoría de ellos no se opondría a la construcción de un centro para personas con problemas de salud de este tipo próximo a sus viviendas (90,2%). En cambio, casi la mitad de los participantes tienden a ser más indecisos ante la consideración de que les resultaría difícil hacer amistad con estas personas (47,4%), lo que se ajusta a las conclusiones de estudios precedentes que afirman que las personas con enfermedad mental son aceptados socialmente, pero tienden a ser apartados de las relaciones personales (Siu y cols., 2012).

Por otra parte, sin embargo, hay una proporción muy elevada de los agentes que estuvieron de acuerdo en la afirmación de que era difícil comunicarse con estas personas (61,7%), posiblemente por la consideración que tienen sobre la propensión a la violencia (28,9%) y a su impredecibilidad (69,7%).

Una atención especial merece la opinión que mantienen acerca de si comunicarían a alguien el hecho de estar padeciendo alguna enfermedad mental, pues solo un tercio de los encuestados estaría dispuesto a hacerlo. Este estigma "percibido o anticipado" (Muñoz y cols. 2009) posiblemente se deba a la idea que tienen los profesionales sobre las consecuencias del estigma, unido a las creencias y representaciones negativas hacia los problemas de salud mental, lo cual podría llevar a que estos funcionarios desestimen querer buscar ayuda profesional por miedo a que se les etiquete como débiles, poco fiables, a que se les evite por parte de sus compañeros y/o su entorno social, y a negarse a querer solicitar apoyo institucional, pues podrían verse truncadas sus expectativas profesionales dentro de la institución a nivel de ascensos o puestos de trabajo (Barron, 2013).

Aunque las afecciones en salud mental entre los componentes del CNP "es una situación excepcional y de carácter temporal" (Rizo y Barrios, 2012), no cabe duda que este sector de profesionales se encuentran entre aquellos sectores con alto riesgo de sufrir alteraciones de salud de este tipo (Barron, 2013), debido a la naturaleza de su trabajo, ya que han de presenciar sucesos estremecedores, afrontando en muchas ocasiones situaciones de estrés en sus intervenciones. También diferentes situaciones profesionales y personales suman efectos que contribuyen a la posible alteración de la salud mental, tales como

la necesidad de traslado por motivos de destino u/o ascenso, originando su desarraigo social, y a las dificultades de conciliación familiar y personal, debido al trabajo a turnos o a la dedicación de horas fuera del horario laboral que requieren el avance y la resolución de las investigaciones (Rizo y Barrios, 2012). Si a estos factores de riesgo le unimos la problemática del estigma, que tiene implicaciones directas sobre la prevención, detección temprana y tratamiento de alteraciones de la salud mental (Siu y cols., 2012), podría desencadenar graves consecuencias en los funcionarios de estas instituciones, pues se verían afectadas la salud, seguridad y bienestar de sus integrantes. Por lo tanto, un mayor y mejor conocimiento de la enfermedad mental y menos sentimientos y actuaciones estigmatizantes se presentan como una solución para la búsqueda de ayuda profesional por parte de los agentes en caso de necesitarla (Schomerus y cols., 2012).

Para una mejor contextualización de nuestros resultados, realizamos una comparación con los que ofrecen Siu y cols., (2012) en su estudio, los cuales emplearon este cuestionario con 1035 sujetos entre población general de Hong Kong. La tabla 5.1 muestra solo las proporciones (%) que estuvo muy de acuerdo/de acuerdo con cada ítem del estudio de Siu y el nuestro. En general las diferencias entre ambas muestras son muy pequeñas, por debajo de 5 puntos. No obstante, en 6 ítems las diferencias fueron mayores (entre 15 y 30 puntos). Así, aunque nuestros funcionarios consideren la comunicación más difícil y fueran menos optimistas hacia la recuperación, en comparación con la muestra asiática, sostienen una mayor aceptación hacia la enfermedad mental, pues muestran una mayor conciencia del sufrimiento que padecen las personas con enfermedad mental, menos sentimientos de miedo y vergüenza hacia ellas y más apoyo hacia la patología mental. Este resultado en parte se ajustaría al hallado por Cotton (2004), el cual sostiene que la policía muestra actitudes más positivas hacia la enfermedad mental que la sociedad en general.

Ítems	A	B	A-B
	Proporción (%) muy de acuerdo o de acuerdo en nuestro estudio N=927	Proporción (%) muy de acuerdo o de acuerdo en el estudio de Siu y cols. (2012) N=1035	Diferencia porcentajes %
Es difícil comunicarse con gente con enfermedad mental	61,7	38	23,7
Es común que la gente con enfermedad mental tengan propensión a la violencia	28,9	20	8,9
La mayoría de la gente con enfermedad se puede recuperar	33,5	57	-23,5
La gente con enfermedad mental es débil y deberían culparse por su enfermedad	4,2	8	-3,8
La sociedad debe tratar a la gente con enfermedad mental con tolerancia	82,3	85	-2,7
Los comportamientos y el humor de la gente con enfermedad mental son difíciles de predecir	69,6	68	1,6
Cualquier persona tiene riesgo de desarrollar una enfermedad mental	76,7	79	-2,3
No le diría a nadie que padezco una enfermedad mental	26,4	33	-6,6
Las personas que sufren por una enfermedad mental son despreciadas por otros	60,3	31	29,3
Tengo miedo de hablar con las personas con enfermedad mental	4,7	26	-21,3
Me opongo a que construyan una residencia para enfermos mentales cerca de mi casa	10,6	29	-18,4
No existen tratamientos para la enfermedad mental y la gente con enfermedad mental tiene muy pocas opciones de recuperarse	10,5	9	1,5
Es difícil para mí hacer amistad con gente con enfermedad mental	23,6	19	4,6
Me siento avergonzado de salir con un familiar que tenga una enfermedad mental	2,8	18	-15,2
Es una pérdida de dinero incrementar el gasto para el cuidado con la enfermedad mental	2,2	4	-1,8

Tabla 5.1. Proporción de participantes que estuvieron "muy de acuerdo /de acuerdo" a cada ítem del cuestionario de actitudes en nuestra muestra y en el estudio de Siu y cols. (2012).

Posteriormente, para ahondar de una manera más pormenorizada sobre mitos falsos asociados al estereotipo peligrosidad y el nivel de apoyo hacia la enfermedad mental, evaluamos la percepción de agresividad y la propensión a cometer delitos violentos entre personas con enfermedad mental, con respecto a aquellas que no padecen estas patologías, y el nivel de apoyo a distintos colectivos sociales.

Respecto a los estereotipos, nuestro análisis reveló, que a pesar de no mostrar puntuaciones elevadas, ya que fueron puntuaciones intermedias, uno de cada cuatro participantes sigue percibiendo a las personas con enfermedad

mental “mucho más o más” agresivas y propensas a cometer delitos violentos que otras personas sin enfermedad. Por lo que nuestros resultados sugieren la necesidad implementar distintas actuaciones para disminuir estas creencias.

De los niveles de apoyo a la construcción de un centro próximos a sus domicilios dirigidos a distintos colectivos, los destinados a personas con enfermedad mental fue el que más apoyo recibió y con una diferencia superior respecto a los demás grupos sociales. Se constata por tanto que los destinados a personas con antecedentes penales, problemas de drogadicción y enfermedades infecciosas probablemente entrañen un mayor estigma asociado que la enfermedad mental.

Para analizar en mayor profundidad nuestros resultados (estereotipos y niveles de apoyo), los comparamos con los publicados por Compton y cols. (2006), quienes aplicaron estos elementos para evaluar cambios de estas creencias a través de un pre y post estudio en 159 policías de Atlanta. Observamos que con los datos que aportan del pre estudio (tabla 5.2), para los estereotipos, las diferencias entre los policías de ambas muestras son pequeñas ($\leq 0,1$ punto). Para el nivel de apoyo a los diferentes programas, los resultados también fueron muy similares, excepto para el ítem dirigido a personas con enfermedades infecciosas, donde el nivel de apoyo en nuestro estudio fue menor. Esto podría relacionarse con la adaptación de la pregunta a nuestra investigación, ya que en el original iba dirigido exclusivamente a personas con VIH-SIDA, lo que pudo hacer que nuestros participantes ante el amplio espectro de enfermedades infecciosas, otorgaran una menor puntuación y por consiguiente un menor apoyo.

Ítems	Media ± D. T en nuestro estudio A	Media± D.T. estudio Compton* y cols. (2006) B	Diferencia de relaciones** A/n-B/n
¿Consideras a la persona con enfermedad mental más o menos agresiva que la persona que no sufre esta enfermedad?	Rango (1-5)	Rango (0-4)	
	3,24±0,66	2,4±0,9	0,08
¿Consideras a la persona con enfermedad mental más o menos propensa a cometer delitos violentos que la persona que no sufre esta enfermedad?			
	3,09±0,7	2±0,9	0,1
Apoyaría que a 200 metros de su domicilio particular construyeran un centro para:	(Rango 1-5)	Rango (1-4)	
• Personas con antecedentes penales	1,8±0,96	1,8±0,8	-0.09
• Personas con enfermedad mental	3,11±1,0	2,5±0,8	-0.003
• Personas con problemas de drogadicción	1,82±0,99	1,8±0,9	-0.09
• Personas con enfermedades infecciosas	1,89±1,0	2,8±0,8	-0.3

Tabla 5.2. Media y desviación típica hacia estereotipos comunes de la enfermedad mental y niveles de apoyo a distintos hipotéticos grupos sociales en nuestra muestra y en el estudio de Compton y cols. (2006).

* Los resultados se corresponden con los datos aportados del pre-estudio.

**La relación viene expresada entre la media y el valor máximo de la escala.

5.8 Atribuciones hacia distintos tipo de enfermedad mental

Tras explorar diversos conocimientos y actitudes de los agentes hacia la enfermedad mental de una manera general y descriptiva, se evaluaron diferentes reacciones emocionales y percepciones de nuestra muestra hacia distintos tipos de enfermedad mental, y su relación ante diversos escenarios, y para ello aplicamos un cuestionario de atribución (AQ-modificado) realizado por Watson y cols. (2004a), que fue empleado en la policía de Chicago (EE.UU).

En una primera fase del análisis estadístico examinamos el efecto principal que tiene el hecho de asociar o no una patología mental a una persona, en todos los factores del cuestionario AQ-modificado. Aunque las puntuaciones de cada factor para ambas situaciones (sujeto con o sin enfermedad mental) fueron en general intermedias y similares, nuestro análisis evidenció diferencias estadísticamente significativas para la mayoría de los factores ($p < 0,001$), excepto para la credibilidad, donde la diferencia no fue significativa ($p > 0,05$). Así, los resultados sugieren que nuestros agentes muestran hacia la persona con enfermedad mental, en comparación con una persona cuyo estado de salud no conocen, un gran deseo por ayudarla, mayores

sentimientos de compasión y la consideran menos responsable de su situación; pero también manifiestan más reacciones de ira y de evitación, la consideran más peligrosa y ven más necesario segregarla y coaccionarla para que siga un tratamiento médico.

Estos hallazgos son coincidentes con los aportados por Watson y cols. (2004a), excepto para la reacción ira, pues esta atribución no obtuvo ninguna diferencia significativa en su caso. Si comparamos las puntuaciones de cada factor del cuestionario AQ-modificado hacia la enfermedad mental entre nuestra muestra y la americana (tabla 5.3), observamos que las diferencias de puntuaciones entre ellas son muy pequeñas (<0,5 punto). Sin embargo, hay dos atribuciones en donde las diferencias fueron mayores (≈ 1 punto), el referido a la coacción para adherirse a un tratamiento y el sentimiento de piedad, en donde nuestra muestra mostró mayores puntuaciones. Estas dos últimas atribuciones resultan interesantes, pues hay que considerar que para nuestro análisis se añadieron dos tipos de enfermedad mental, una más estigmatizada (esquizofrenia) y otra algo menos (depresión), en comparación con el de Watson y cols. (2004a), donde solo evaluaron la esquizofrenia, y por tanto era de esperar que nuestras puntuaciones para estos dos factores fueran más atenuadas. Estas diferencias probablemente estén motivadas por la conciencia que tienen nuestros agentes sobre los problemas asociados a la enfermedad mental y a un conocimiento deficitario sobre la recuperación y tratamientos de estas personas (reseñados anteriormente). No obstante, este deseo de coaccionar a la persona con una enfermedad mental para conseguir un cumplimiento terapéutico, también es acorde con resultados de otras investigaciones en nuestro país, donde sugieren que las actitudes estigmatizadoras hacia la enfermedad mental en la población, principalmente son la coacción para que siga un tratamiento y la disposición de ayudar (Muñoz y cols., 2009).

Al comparar nuestros resultados con los de Muñoz y cols. (2009), los cuales aplicaron el cuestionario de atribución-27 (AQ-27) en población general española, no hallamos diferencias importantes respecto a las atribuciones otorgadas por los policías de nuestra muestra. A pesar de que no se pudo establecer una comparación cuantitativa, pues la escala utilizada por estos autores fue distinta a la nuestra, se atendió al gradiente de las puntuaciones de

los factores entre ambas muestras, observando (tabla 5.4) que la mayoría de las atribuciones ocupan ordinalmente posiciones idénticas, excepto, para los factores coacción y evitación, donde para la muestra española ocuparon la primera y cuarta posición; y en nuestro estudio la tercera y segunda posición, respectivamente. Estas diferencias probablemente entrañen, por parte de los agentes, un menor deseo de coaccionar a la persona con enfermedad mental, pero sí mayor por evitarlas. Esta última diferencia, se ajustaría al resultado encontrado por Litzcke (2006) en policías de Alemania, el cual sugiere que la policía muestra más distancia social que la población general.

	Media±D.T. en nuestro estudio N=614	Media*±D.T. en Watson y cols. (2004a) N=191	Diferencia media A-B
Responsabilidad	2,04±0,58	2,35±0,74	-0,31
Piedad	3,07±0,78	2,08±0,62	0,99
Ira	1,74±0,71	1,74±0,78	0
Peligrosidad	2,52±0,55	2,68±0,75	-0,16
Ayuda	3,82±0,83	3,45±0,85	0,37
Coacción	3,11±0,88	2,2±0,63	0,91
Segregación	2,47±0,75	No evaluado	--
Evitación	3,28±0,72	No evaluado	--
Credibilidad	2,98±0,63	2,95±0,60	0,03

Tabla 5.3. Media y desviación típica para cada factor del AQ-modificado en relación con la enfermedad mental en nuestro estudio y en el de Watson y cols. (2004a).

*La media se ha obtenido sumando las puntuaciones de cada factor en cada viñeta.

	Atribuciones (Media±D.T.) en nuestro estudio N=614	Atribuciones (Media*±D.T.) en Muñoz y cols. (2009) N=439
+ ↑ -	Ayuda (3,82±0,83)	Coacción (21,48±4,04)
	Evitación (3,28±0,72)	Ayuda (20,22±4,9)
	Coacción (3,11±0,88)	Piedad (17,60±4,72)
	Piedad (3,07±0,78)	Evitación (14,12±6,28)
	Credibilidad (2,98±0,63)	Peligrosidad (11,11±5,46)
	Peligrosidad (2,52±0,55)	Segregación (10,11±5,93)
	Segregación (2,47±0,75)	Miedo(9,05±5,53)
	Responsabilidad (2,04±0,58)	Responsabilidad (8,72±3,72)
	Ira (1,74±0,71)	Ira (7,85±3,83)

Tabla 5.4. Factores del AQ en relación con la enfermedad mental ordenadas en gradiente de puntuación en nuestro estudio y en el de Muñoz y cols. (2009).

*La media se ha obtenido en una escala 3-27.

Posteriormente evaluamos el impacto en los factores del cuestionario AQ-modificado cuándo se asocian distintos tipos de enfermedad mental (esquizofrenia vs depresión). Los resultados revelaron diferencias significativas

($p < 0,05$) entre ambos tipos de enfermedad, para las atribuciones peligrosidad, coacción y segregación. Así, se constata que nuestros agentes consideran a una persona que tiene esquizofrenia más peligrosa; y creen que es más necesario segregarla y coaccionarla para que siga un tratamiento médico, que a una persona con depresión. Estos resultados, en parte, eran esperables, pues el estereotipo peligrosidad está más arraigado a la esquizofrenia que a la depresión, haciendo que esta percepción, probablemente, se traduzca en miedo y produzca el deseo de apartar a la persona que lo padece y obligarla a que reciba tratamiento. Sin embargo, para el indicador de distancia social (factor evitación) aunque recibió más puntuación la esquizofrenia con respecto a la depresión, el análisis estadístico no originó diferencias significativas entre ambas patologías. Este dato difiere de los trabajos de Nordt y cols. (2006) y Jackowska (2009), los cuales sostienen que la esquizofrenia muestra niveles más altos de distancia social que la depresión. Nordt y cols. (2006), en su estudio sobre más de 2.700 sujetos entre grupos de profesionales sanitarios y población general, evaluaron el deseo de interactuar con una persona con esquizofrenia, depresión y sin asociar ninguna enfermedad mental, y las diferencias entre ambas. A pesar de que el número de ítems que evaluaron esta distancia social era superior al nuestro (7 frente a 4), y sus preguntas iban enfocadas a un tipo de relación más íntima, su estudio concluyó que para ambos grupos (profesionales y población), el deseo de distancia social era mayor hacia la persona con esquizofrenia frente a una persona con depresión y a aquella a la que no se asociaba ninguna enfermedad.

Aunque nuestra policía muestra una mayor aceptación hacia la depresión que la esquizofrenia, las conductas de evitación aparecen como uno de los elementos más graves en la estigmatización en ambos casos. Por ello al no encontrar diferencias significativas en el deseo de evitar a una persona con depresión respecto a una que tiene esquizofrenia, nuestros hallazgos no pueden concluir que la depresión en la policía genere un menor estigma, en comparación con la esquizofrenia, como apuntan los estudios en población general de Angermeyer y Matscninger (2003), Griffiths y cols. (2006) y Muñoz y cols. (2009).

Quizás, el aspecto más positivo a resaltar del análisis comparativo entre ambas patologías mentales fue que el factor responsabilidad no produjera

diferencias significativas. Este escenario seguramente se deba a que nuestros participantes tengan conocimientos de que la depresión al igual que la esquizofrenia es una enfermedad mental. Recordemos que una de las grandes lacras que sufren las personas con depresión, es que se les asocie como personas débiles de carácter y responsables de su situación, pues la opinión pública, en general, sigue frivolizando esta enfermedad como un simple estado de ánimo (Zarragoitia, 2010).

Tras evaluar el efecto que genera asociar algún tipo de enfermedad mental en los factores del cuestionario AQ, se examinó la interacción de éstos con los distintos roles que puede adoptar una persona en el ámbito policial (víctima vs testigo vs sospechoso vs persona que requiere de ayuda). El análisis demostró diferencias significativas para todos los factores ($p < 0,001$), excepto para la responsabilidad ($p > 0,05$). Los resultados indican que los agentes consideraron más peligrosa y menos creíble a la persona sospechosa que a un testigo, una víctima y una persona que requiere de ayuda y además muestran más reacciones de ira, evitación y de segregación. Estas atribuciones son consistentes con la realidad policial, ya que la credibilidad de un sospechoso siempre es cuestionada independientemente de su estado de salud (Watson y cols., 2004a). Por otro lado, ante una situación donde está implicado un sospechoso, los agentes la perciben como más peligrosa, factor que les mantiene más alerta, ya que disminuir la atención en este tipo de situaciones puede originarles graves consecuencias. Por el contrario, al comparar las atribuciones que surgen hacia una persona que requiere de ayuda, manifiestan reacciones emocionales contrarias, como el deseo de ayudar y más sentimientos de compasión.

Finalmente, analizamos si existen diferencias entre las atribuciones del cuestionario, en función de las distintas situaciones en las que se puede encontrar un sujeto en el ámbito policial y si se le asociaba o no algún tipo de enfermedad mental (esquizofrenia y depresión). Los resultados identifican diferencias estadísticamente significativas entre las distintas situaciones.

El resultado más relevante del análisis, fue que las atribuciones peligrosidad y coacción marcaron diferencias significativas en todas las situaciones, siendo mayores hacia la persona que tiene alguna enfermedad

mental (independientemente del diagnóstico). Este resultado acerca de la peligrosidad, demuestra como este estereotipo está arraigado intrínsecamente a la enfermedad mental, pues a pesar de variar la información proporcionada referente al tipo de enfermedad mental y a la situación, esta percepción en el contexto policial no varía. Estos resultados coinciden con los hallados en diversas instituciones policiales de todo el mundo, donde los investigadores sostienen que el error más común en la policía es la consideración de que las personas con enfermedad mental son peligrosas (Watson y cols, 2004; Ruiz y Miller, 2004; Psarra y cols, 2008; Siu y cols., 2012). No obstante, y como ilustran Watson y cols. (2004a), esta percepción puede estar sostenida por la experiencia profesional, lo que añadido al deseo de coaccionar al sujeto aunque sea para que se someta a un tratamiento médico, si esta actitud no es reducida en los agentes, podrían conducir a una escalada de violencia innecesaria en estos escenarios.

5.9 Influencia de la enfermedad mental en la toma de decisiones

Simultáneamente, en la investigación examinamos si puede influir en las decisiones de los agentes, recibir información de enfermedad mental a la hora de abordar una intervención policial. Para llevarlo a cabo, utilizamos distintos supuestos que describían a una persona con algún tipo de enfermedad mental y sin enfermedad, en diferentes roles, los cuales fueron empleados en el estudio de Watson y cols. (2004b) en la policía de EE.UU. Aunque los resultados y los comportamientos que se exponen a continuación, no pueden confirmar que fueran los que realizarían exactamente los agentes en su actividad profesional, y que en una intervención policial influyen multitud de variables que no han sido consideradas, sí ponen en relieve una serie de problemas y deficiencias que deberían abordarse.

Un primer análisis evaluó diferencias en las actuaciones en cada supuesto policial, cuando se le proporcionaba al agente información o no de enfermedad mental sobre el sujeto que lo protagonizaba. Nuestros resultados revelaron diferencias estadísticamente significativas para determinadas acciones en todas las viñetas, excepto para cuando la persona que lo protagonizaba ocupaba el rol de víctima. Se podría concluir que los agentes mostraron hacia la persona con enfermedad mental, estar más dispuestos a requerir asistencia sanitaria cuando están en situación de necesidad; ser más

propensos a realizar advertencias verbales cuando es sospechosa; y cuando se trata de un testigo, tienden a no realizar actuaciones de investigación porque cuestionan la información que les proporciona.

Estos resultados han de ser especialmente considerados, ya que puede traer consecuencias nefastas. Cuestionar la información que proporciona un testigo con problemas de salud mental, puede conllevar a que ésta no sea considerada como válida y/o no contribuir al rápido esclarecimiento de algún ilícito penal. Por otro lado, puede dificultar las relaciones con estos sujetos, ya que estas malas experiencias, pueden condicionarlos a que desistan solicitar ayuda en caso de requerirla. Y respecto al hecho de realizar más advertencias verbales a una persona con enfermedad mental cuando es sospechosa, de alguna manera corroboraría como ante situaciones no regladas expresamente, los agentes están más decididos a utilizar mecanismos más informales a la hora de interactuar con estos ciudadanos, tal como sugieren diversas investigaciones (Patch y Arrigo, 1999; Green, 1997; Lamb y cols., 2002; Watson y cols., 2005; Godfredson y cols., 2010 y Cotton y Coleman, 2013).

Nuestros resultados coinciden parcialmente a los halladas por Watson y cols. (2004b), pues en su análisis a diferencia del nuestro, los agentes americanos eran menos propensos a tomar medidas en favor de una víctima con enfermedad mental y en cambio hacia la persona sospechosa su análisis no les produjo ningún resultado significativo. Estas diferencias entre ambas muestras policiales, quizás se deban al contexto policial de cada país. Probablemente, en nuestro estudio el supuesto que describía a una víctima limitase más la discreción a nuestros agentes, y en el de Watson y cols. (2004b) fuera a la inversa.

Realizamos una comparación de todas las actuaciones para cada supuesto entre nuestra investigación y la de la policía americana. Sólo comparamos las puntuaciones cuando el sujeto protagonista de la viñeta tenía esquizofrenia ya que fue el tipo de enfermedad que emplearon los autores americanos. Como podemos observar, muchas actuaciones superaron una diferencia próxima a 1 punto en las siguientes tablas (tablas 5.5, 5.6, 5.7 y 5.8).

Actuación	Media \pm D.T.	Media \pm D.T.	Diferencia A-B
	En nuestro estudio	en el estudio de Watson y cols. (2004b).	
	N=82	N=56	
No intervienes	1,84 \pm 1,42	2,23 \pm 1,45	-0,39
Hablas con Pedro y le animas a que se vaya a casa	3,61 \pm 1,42	3,89 \pm 1,25	-0,28
Le dices a Pedro que tiene que irse de allí y que no puede permanecer todo el día en la estación de tren	2,41 \pm 1,27	3,04 \pm 1,30	-0,63
Le preguntas a Pedro si puede llamar a alguien que le venga a recoger	4,56 \pm 0,71	4,31 \pm 0,99	0,25
Llamas a la familia de Pedro para que vengan a buscarle	4,48 \pm 0,83	4,35 \pm 1,01	0,13
Te ofreces a llevarle a casa o conseguir que alguien le lleve	4,04 \pm 1,06	4,07 \pm 1,30	-0,03
Solicitas asistencia de personal médico especializado para que atiendan a pedro	4,06 \pm 1,14	3,24 \pm 1,29	0,82

Tabla 5.5 Puntuaciones de las actuaciones ante una persona hipotética con enfermedad mental en el papel de necesitada de ayuda en nuestra muestra y en el estudio de Watson y cols. (2004a).

Actuación	Media \pm D.T.	Media \pm D.T.	Diferencia A-B
	En nuestro estudio	en el estudio de Watson y cols. (2004b).	
	N=87	N=45	
No intervienes	2,31 \pm 1,31	2,69 \pm 1,31	-0,38
Le dices a Pedro que realmente no puedes hacer nada, pero que llame si ve algo más	2,53 \pm 1,42	2,24 \pm 1,28	0,29
Llamas a la puerta del vecino y le preguntas si ha estado fuera recientemente	3,38 \pm 1,44	4,00 \pm 1,15	-0,62
Adviertes al vecino que no moleste a Pedro	2,57 \pm 1,35	2,60 \pm 1,16	-0,03
Compareces en la comisaría para realizar el informe sobre los hechos ocurridos	3,04 \pm 1,50	2,71 \pm 1,34	0,33

Tabla 5.6. Puntuaciones de las actuaciones ante una persona hipotética con enfermedad mental en el papel de víctima en nuestra muestra y en el estudio de Watson y cols. (2004a).

Actuación	Media \pm D.T.	Media \pm D.T. en	Diferencia A-B
	En nuestro estudio N=73	el estudio de Watson y cols. (2004b). N=35	
Consideras que la información de Pedro es correcta e informas por radio para que otras unidades puedan buscar el vehículo	3,11 \pm 1,25	3,48 \pm 1,03	-0,37
Coges la información de Pedro, confirmas su descripción con la del resto de los testigos, y después informas por radio.	4,08 \pm 1,26	4,33 \pm 0,78	0,25
Primero hablas con los testigos que estaban en el almacén, informas por radio, y después hablas con Pedro	2,89 \pm 1,43	3,66 \pm 1,07	-0,77
Primero hablas con los testigos que estaban en el almacén, a continuación con Pedro, y después informas por radio	3,63 \pm 1,32	2,84 \pm 1,08	0,79
Compruebas los datos de Pedro y averiguas que tipo de vehículo está matriculado a su nombre	2,54 \pm 1,41	2,50 \pm 1,34	-0,05

Tabla 5.7. Puntuaciones de las actuaciones ante una persona hipotética con enfermedad mental en el papel de testigo en nuestra muestra y en el estudio de Watson y cols. (2004a).

Actuación	Media \pm D.T.	Media \pm D.T. en	Diferencia A-B
	En nuestro estudio N=70	el estudio de Watson y cols. (2004b). N=55	
No intervienes	1,87 \pm 1,44	2,72 \pm 1,36	-0,85
Adviertes a pedro que permanezca alejado de juan	3,32 \pm 1,57	4,23 \pm 0,85	-0,91
Adviertes a juan que permanezca alejado de pedro	3,53 \pm 1,45	4,09 \pm 0,99	-0,56
Adviertes a pedro sobre las consecuencias de agredir físicamente a otros, en especial a juan	3,95 \pm 1,47	4,20 \pm 0,92	-0,25
Informas a pedro que debe abandonar el albergue	1,65 \pm 1,15	2,55 \pm 1,26	-0,9
Defienes a pedro por empujar a juan y dañar su abrigo	1,08 \pm 0,63	2,26 \pm 1,25	-1,18
Informas a juan que puede ir a la comisaría a presentar una denuncia	3,69 \pm 1,63	2,59 \pm 1,37	1,1
Compareces en la comisaría para realizar el informe sobre los hechos ocurridos	3,63 \pm 1,75	2,89 \pm 1,32	0,74

Tabla5.8. Puntuaciones de las actuaciones ante una persona hipotética con enfermedad mental en el papel de sospechoso en nuestra muestra y en el estudio de Watson y cols. (2004a).

El supuesto que más diferencias produjo para las actuaciones descritas entre ambas muestras policiales, era cuando la persona protagonista de la viñeta ocupaba el papel de sospechoso (tabla 5.8). La diferencia más importante fue la disposición a detener a la persona con enfermedad mental, donde los agentes americanos fueron más proclives a realizar esta actuación. Esto probablemente responda a la legislación de cada país, ya que las leyes sobre salud mental difieren mucho entre los países occidentales (Psarra y cols., 2008). En países como Inglaterra, la sección 136 de la Ley de salud Mental en su art.1 confiere a la policía potestad para detener en dependencias policiales a una persona con un trastorno mental siempre que esté necesitada de cuidado, durante un máximo de 72 horas, con el fin de ser examinado por un médico y entrevistado por un trabajador social. En cambio en países como el nuestro, la hospitalización involuntaria hacia una persona que esté experimentando una crisis de salud mental es el único caso en que la legislación permite la detención a efectos de traslado. No obstante, analizando el resto de actuaciones, probablemente, la policía de EE.UU. mantenga un mayor grado de discrecionalidad a la hora de abordar la situación con personas sospechosas, pues ellos están más dispuestos a no intervenir y a realizar más acciones informales; a diferencia de los profesionales de nuestra muestra que parecen ser más proclives a formalizar la actuación a través de una comparecencia en comisaría.

Respecto al supuesto que describía un testigo con enfermedad mental, apreciamos dos diferencias significativas entre ambas poblaciones (tabla 5.7). La policía americana tiende a recoger información de otros testigos primero, comunicando esta información previamente por radio antes de entrevistarse con la persona con patología mental. En cambio, en nuestra muestra aunque los agentes igualmente tienden primero a obtener la información de otros testigos, nuestra policía se entrevistaría primero con la persona con enfermedad antes de comunicarla por la emisora. Por tanto, aunque ambas muestras tienden a cuestionar la información que proporciona la persona con enfermedad mental, la muestra americana es más proclive a una mayor desconfianza hacia estas personas.

Por último, al contrastar las puntuaciones para el supuesto que describía a una persona con enfermedad mental que requería de ayuda (tabla 5.5), se

apreció que aunque en ambos estudios estaban dispuestos a solicitar asistencia médica, los agentes de nuestra muestra están más dispuestos a ello. Esta postura posiblemente se deba a las buenas relaciones que manifestaron nuestros participantes tener con los servicios de salud y/o debido a la aceptación que sostienen de imponer tratamiento médico a estas personas.

En el supuesto complementario y de diseño propio que describía a una persona con y sin enfermedad mental que amenazaba con suicidarse ante un desahucio, los agentes estaban menos dispuestos a dialogar y animar a la persona con enfermedad que con una persona de la que no conocían su estado de salud. Este hallazgo revalida que el problema de comunicación que tienen los agentes con las personas con enfermedad mental puede afectar negativamente en las intervenciones policiales. Es necesario comprender, que algunas personas que padecen un episodio de trastorno mental pueden acudir a la policía como último recurso para recabar ayuda en un momento de crisis, por lo que resulta de especial importancia que los agentes sean capaces de establecer una comunicación afectiva y efectiva en primera instancia, hasta la llegada de personal sanitario cualificado. Aunque es evidente que las habilidades de comunicación entre los agentes puedan variar dependiendo de múltiples factores personales y profesionales, no debería ser la forma de actuar. Por lo tanto, una buena formación en habilidades de comunicación ante personas con problemas de salud mental debería abordarse.

Por otra parte encontramos diferencias en las actuaciones de los supuestos policiales, cuando solo recibían información sobre esquizofrenia y depresión. Todos los supuestos mostraron diferencias estadísticamente significativas, excepto para el supuesto de amenaza de suicidio por desahucio. El efecto fue que hacia la persona con esquizofrenia con respecto a la que tenía depresión, los agentes eran más proclives a realizar advertencias verbales cuando era sospechosa, tendían a cuestionar más la información que aportaba como testigo, y mostraron menos consideración hacia su situación cuando era víctima. Estos resultados demuestran la clara diferenciación que generan ambos estereotipos en el comportamiento de los agentes, posiblemente sostenidos por la disimilitudes halladas en el factor peligrosidad entre ambas patologías. No obstante, hay que prestar atención a la falta de interés encontrada hacia la víctima con antecedentes de esquizofrenia, pues aunque

probablemente, tal como se describe en el supuesto, pudiera interpretarse como un delirio aislado de la persona que aparece, congruente con un episodio de sintomatología activa, podría llevar a que las denuncias interpuestas por estas personas sean tomadas con cierta suspicacia y a no ser consideradas (Watson y cols., 2004a).

5.10 Influencia de variables sociodemográficas, profesionales y de contacto personal en las actitudes y atribuciones hacia la enfermedad mental

En la mayoría de los estudios que abordan el fenómeno del estigma ante la enfermedad mental en la policía, además de ser escasos, no abordan la influencia de las variables sociodemográficas y profesionales o cuando evalúan su impacto esto se realiza con tamaños muestrales muy pequeños.

El género es una de las variables sociodemográficas más discutidas en la literatura sobre estigma hacia la enfermedad mental en población general. En muchos trabajos atribuyen un menor nivel de estigma a las mujeres, en otros, es a la inversa, o incluso otros autores no encuentran diferencias significativas (Zarragoitia, 2010). A partir de los resultados de los análisis de esta investigación se puede concluir que existen diferencias significativas entre diversas actitudes y reacciones emocionales ante la enfermedad mental entre los policías varones y mujeres; así, las mujeres mostraron menos actitudes excluyentes y más sentimientos de piedad y deseo de ayudar hacia la persona que la padece, pero en cambio, no mostraron diferencias en cuanto a la evitación (distancia social) con respecto a los hombres. Estos resultados no coinciden con los de Cotton (2004) pues en su análisis no hubo diferencias entre sexos, y sí son parcialmente acordes con los obtenidos por Omoaregba y cols. (2015), pues hallaron que las mujeres a pesar de mostrar más benevolencia hacia la persona con enfermedad mental, ellas eran más autoritarias.

Si comparamos nuestros resultados con estudios realizados en población general, y en especial con aquellos que emplean otros instrumentos de medidas similares para evaluar actitudes ante la enfermedad mental, nuestros resultados, apoyarían el informe realizado en Inglaterra por la agencia de estudios sociológicos TNS-BMRB (2011), el cual afirma que las mujeres son más positivas que los hombres en sus actitudes hacia las personas con enfermedad mental, y también, con los resultados de Angermeyer y Matschinger (2004) en Alemania,

los cuales hallaron que a pesar de mantener más sentimientos de compasión las mujeres, no muestran diferencias en la distancia social con respecto a los hombres. No obstante, considerando que las mujeres en nuestro estudio muestran mejores actitudes y más deseo de ayudar a las personas con enfermedad mental, pudiera entenderse, como un indicador que las agentes tengan más asumido su papel ante esta población.

Respecto a la variable edad, los datos del análisis señalan que existe una relación entre la edad de los agentes y determinadas atribuciones. Los resultados determinan que los agentes más jóvenes consideran a la persona con enfermedad mental más peligrosa y muestran más deseo de evitarla con respecto a los agentes más veteranos. Este resultado valida lo ya constatado por Angermeyer y cols. (2003), pues la atribución peligrosidad incrementa considerablemente el deseo de distancia social y viene a corroborar los de Psarra y cols. (2008) quienes cotejaron que los agentes más veteranos muestran mejores actitudes hacia las personas con enfermedad mental. Si bien, entran en contradicción a los hallados en población general donde establecen que las personas de más edad muestran peores actitudes respecto a los más jóvenes (Gaebel y cols., 2002, Angermeyer y Matschinger, 2004 y Muñoz y cols., 2009). Posiblemente estas diferencias se deban a que los agentes más jóvenes en la policía tengan contacto con personas con enfermedad mental en periodos de sintomatología aguda, haciendo que estos tipos de encuentros generen una percepción errónea, pudiendo ser la antigüedad del agente dentro de la corporación, la que censure este sesgo. Podría decirse, por tanto, que la edad es un factor decisivo a la hora de corregir la percepción de peligrosidad de estos pacientes entre la policía.

El estado civil de la muestra no marcó ninguna diferencia significativa en los factores del cuestionario de atribución. Sin embargo, en el estudio de Omoaregba y cols. (2015) constataron que los agentes casados mostraban mejores actitudes con respecto a los solteros, pero tampoco con el estudio de Muñoz y cols. (2009) en población general, pues sostienen que las personas solteras y divorciadas muestran un nivel de estigma más bajo.

El nivel de estudios (superiores vs secundarios), aunque mostró diferencias significativas con determinadas afirmaciones del cuestionario de actitudes, no

lo hizo en los factores del AQ-modificado. Este resultado, podría deberse a una contaminación en la muestra, pues el nivel de estudios secundarios estaba limitado a dos extremos muy grandes (desde poseer el título de educación secundaria a cursando algún curso en la universidad). No obstante, nuestros resultados apoyarían los de Psarra y cols. (2008) los cuales hallaron que el nivel académico entre los agentes se correlaciona directamente con actitudes más positivas; y difieren de los de Watson y cols. (2004a) quienes correlacionaron positivamente la formación académica con reacciones de ira.

En cuanto a la familiaridad con la enfermedad mental, nuestro análisis señaló una relación significativa entre los participantes que mantienen un contacto personal con la enfermedad mental con ciertos ítems del cuestionario. Así, los agentes que estaban familiarizados con personas con enfermedad mental, mostraron mejores actitudes hacia ellas con respecto a los que no tienen este tipo de contacto. Este resultado, respaldaría aquellos programas anti-estigma (Pinfold y cols., 2005 y Wundsam y cols., 2007) que se basan en el contacto personal y profesional para el cambio de actitudes y disminuir el estigma en las agencias policiales.

También, diferentes variables profesionales como la categoría y el tiempo en activo marcaron relaciones significativas con las afirmaciones en la encuesta de actitudes, y diversas atribuciones hacia la enfermedad mental. Nuestros resultados indican que los agentes con mayor categoría profesional, señalan mejores conocimientos de algunos aspectos relacionados con la salud mental, actitudes menos excluyentes hacia las personas con enfermedad mental; y sin embargo, muestran un mayor estigma anticipado, pues son más proclives a ocultar su estado de salud mental en el caso de padecer alguna patología. Aunque no se hallaron datos para contrastar si la carrera profesional dentro de la corporación puede influir en la mejora de actitudes, entendemos que la superación de los procesos selectivos y los cursos de ascenso en las instituciones policiales aumentan el nivel de conocimiento relacionado con la salud mental, para lo cual podría traducirse en un menor nivel de estigma público, pues algunos estudios establecen un correlación directa entre el nivel de conocimientos relacionados con la salud mental y la disminución de estigma (Muñozy cols.,2009).

En el análisis de correlaciones entre la antigüedad profesional y diversas atribuciones hacia la enfermedad mental, los resultados indicaron que a mayor tiempo de servicio existe una correlación significativa directa con el factor responsabilidad e indirecta con la evitación. Esta creencia de considerar responsable de su situación a una persona con enfermedad mental entre los agentes con más antigüedad, quizás se deba a una falta de conocimientos y por otro lado el que deseen evitarlos menos, enfatiza más el resultado de la distancia social evidenciado en los agentes más jóvenes, pues interpretamos que a menor antigüedad el agente será más joven. Aunque en nuestro análisis el factor peligrosidad no marcó una correlación significativa, si fue una relación negativa respecto a los años de antigüedad, lo que, en parte, apoyaría el resultado de Watson y cols. (2004a) donde encontraron que la peligrosidad se correlaciona negativamente con la experiencia profesional.

Por tanto observamos que los agentes con menos antigüedad en el servicio y los más jóvenes muestran una mayor distancia social hacia las personas con enfermedad mental y éstos últimos además los consideran más peligrosos, por lo que consideramos que la formación contra el estigma en la policía se debería intensificar al inicio de la carrera profesional.

5.11 Atribuciones (AQ-modificado) con actuaciones de los supuestos policiales

Nuestros resultados han mostrado correlaciones significativas entre las actuaciones de cada supuesto policial con los distintos factores que se atribuyen a una persona indistintamente si padece o no alguna patología mental.

Las reacciones emocionales que más correlaciones significativas generaron en todos los supuestos, fueron el deseo de ayudar, y los sentimientos de compasión e ira hacia la persona protagonista del supuesto. Así, aquellos participantes que mostraron ira hacia la persona hipotética, estaban menos dispuestos a intervenir en el supuesto planteado y a no adoptar ninguna medida, incluida la no comparecencia en comisaría, aunque fuera una víctima. En cambio los participantes que mostraron deseos de ayudar y sentimientos de compasión, estaban más dispuestos a intervenir, a dialogar y a realizar diferentes actuaciones para prestar ayuda.

Considerar a la persona responsable de su situación, significó que los agentes fueran más proclives a tomar medidas más restrictivas, incluida la detención; y estaban menos dispuestos a ayudar y a solicitar asistencia médica especializada. Igualmente, el deseo de evitación hizo que los agentes fueran menos propensos a ayudar y solicitar asistencia médica; y más proclives a realizar advertencias verbales.

La percepción de peligrosidad y el deseo de segregar a la persona se correlacionó positivamente, con realizar más advertencias verbales y medidas más restrictivas, como la detención. El deseo de coaccionar a la persona para que se someta a un tratamiento médico, se correlacionó con solicitar asistencia médica, a comparecer en comisaría y a intervenir, en especial, cuando ocupaba el rol de sospechoso. Y por último, considerar creíble la información que aporta una persona, hizo que los agentes estuvieran más dispuestos a intervenir y comparecer en comisaría.

Con los resultados de este análisis, se podría resumir que las actitudes positivas que mantiene la policía hacia una persona en su actividad profesional, se relacionan con respuestas más formales (ej.: comparecer en comisaría) y con la toma de medidas más auxiliares (ej.: solicitar asistencia médica); sin embargo las actitudes negativas tienden más a respuestas informales (ej: realizar advertencias verbales).y de menor colaboración (ej.: no intervenir).

Si extrapolamos estos resultados al análisis anterior donde evaluamos las atribuciones que mantienen los agentes de nuestra muestra hacia la enfermedad mental, resulta difícil llegar a conclusiones sobre la dirección del comportamiento de los profesionales hacia estas personas, debido a la bivalencia de nuestros resultados, ya que las actitudes que mostraron los agentes hacia la enfermedad mental no fueron exclusivamente positivas ni negativas. Estos resultados coinciden con los de Watson y cols. (2004b), si bien, en su estudio el número de correlaciones que se establecieron para las diferentes situaciones fue menor, lo cual podría deberse al tamaño muestral, que fue significativamente inferior al nuestro.

6. CONCLUSIONES

1- La policía mantiene interacciones frecuentes con personas con problemas de salud mental, con una incidencia de al menos un encuentro semanal. El contexto más frecuente donde suelen coincidir ambas partes, es cuando la persona con enfermedad ocupa el rol de víctima. Esta situación desmitifica la creencia de que la forma de contacto más común sea solamente cuando estos pacientes están en calidad de sospechosos o en crisis de salud, y a la vez ratifica la vulnerabilidad y el grado de victimización que padece este grupo social.

2- Los profesionales dedican aproximadamente solo 7 horas de formación relacionada con las enfermedades mentales durante los periodos de instrucción, sin embargo, esta formación parece ser que no se actualiza a lo largo de la carrera profesional, pues solo 1 de cada 10 encuestados la cursó durante el año anterior a la realización de la encuesta. Además 3 de cada 4 participantes no está satisfecho con la formación recibida y más del 60% de los agentes la considera necesaria. Los resultados aluden y sustentan una revisión del contenido y de la oferta formativa en este ámbito dentro de la institución.

3- Los funcionarios policiales muestran hacia una persona con enfermedad mental, en comparación con una cuyo estado de salud mental no conocen, un gran deseo por ayudarla, mayores sentimientos de compasión y la consideran menos responsable de su situación; pero también manifiestan más reacciones de ira y de evitación, la consideran más peligrosa y ven más necesario segregarla y coaccionarla para que siga un tratamiento médico. Así, se objetiva la necesidad de abordar la lucha contra el estigma hacia la enfermedad mental en la corporación policial.

4- Cuando se comparan las atribuciones de estigma hacia distintos tipos de enfermedad mental, los agentes consideran a un individuo que tiene esquizofrenia más peligroso, y ven más necesario segregarlo y coaccionarlo para que siga un tratamiento médico, que a una persona con depresión. Si bien, para el deseo de evitar a la persona con enfermedad mental, no se origina diferencia significativa entre ambas patologías. Por ello, considerando a la evitación como uno de los elementos más importantes de la estigmatización, nuestras deducciones no apoyan totalmente que la depresión en la policía genere un menor estigma, en comparación con la esquizofrenia.

5- Ser mujer, tener contacto familiar con la enfermedad mental, más edad, mayor categoría profesional y experiencia laboral, se relaciona con mejores actitudes en los agentes. Sugerimos así, que la lucha contra el estigma en la policía se debe implementar especialmente al inicio de la carrera profesional.

6- Los agentes son conscientes y asumen como partes de sus competencias tratar con personas con problemas de salud mental; sin embargo, hemos comprobado que etiquetar con enfermedad mental a un sujeto, tiene efectos negativos en la toma de decisiones dentro de la actuación policial. Además, cuando se especifica el tipo de enfermedad mental, el efecto es más perjudicial hacia la esquizofrenia que hacia la depresión.

7- Los resultados de nuestra investigación evidencian una tendencia significativa de inseguridad jurídica a la hora de intervenir con personas que padecen algún problema de salud mental. Si bien, la edad del agente dentro de la corporación sugiere ser un factor positivo en la rectificación de esta percepción.

8- Ante estos hallazgos, consideramos que se debería prestar una mayor atención a través de campañas de apoyo y sensibilización, tanto en la sociedad como en los cuerpos policiales, pues la investigación sugiere que las víctimas con problemas de salud mental no suelen comunicar tal situación a la policía ni a los servicios sociales. De esta manera, y con una implicación más activa podría generarse un mensaje de confianza hacia las víctimas y se promovería una reducción del distanciamiento y/u ocultismo, en definitiva del estigma hacia la enfermedad mental.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aguilar-Barojas, S. (2005). Fórmulas para el cálculo de la muestra en investigaciones de salud. *Salud en Tabasco*, 11(1), 333-338.
2. Andlin-Sobcki, P. y Rössler, W. (2005). Cost of psychotic disorders in europe. *European Journal of Neurology*, 12, 74-77.
3. Angermeyer, M., Beck, M. y Matschinger H. (2003). Determinants of the public's preference for social distance from people with schizophrenia. *Canadian Journal of Psychiatry*, 48 (10), 663-668.
4. Angermeyer, M. y Matschinger H. (2005). Causal beliefs and attitudes to people with schizophrenia: Trend analysis based on data from two population surveys in Germany. *The British Journal of Psychiatry*, 186, 331-334.
5. Angermeyer, M. y Matschinger H. (2004). Public attitudes to people with depression: Have there been any changes over the last decade? *Journal of Affective Disorders*, 83(2-3), 177-182.
6. Angermeyer, M. y Matschinger, H. (2003). Public beliefs about schizophrenia and depression: similarities and differences. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 38, 526-53.
7. Antón, F. y Soler, J.I. (2000). *Administración policial. Legislación e investigación privada*. Madrid: Tirant lo Blanch.
8. Arboleda-Florez J. y Holley, H.L. (1988): Criminalization of the mentally ill: part II. Initial detention. *Canadian Journal of Psychiatry*, 33, 87-95.
9. Ashford, R. (2012). *An issue of perceptions: mental illness, the police and the media* (proyecto para el grado en Master of Arts). Universidad de Athabasca, Alberta. Obtenido en: <http://dtpr.lib.athabascau.ca/action/download.php?filename=mais/700/ralphashfordProject.pdf>
10. Badallo, A. (2012). *Estigma y salud mental*. Madrid: Grupo 5.
11. Barron, S. (2013). Police officer mental illness, suicide, and the effects of a policing organisation. En Chappell, D. (Ed.) *Policing and the mentally ill international perspectives* (pp. 247-282). Florida, United States: CRC Press.

12. Borum, R. (2000). Improving high risk encounters between people with mental illness and the police. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 28(3), 332-337.
13. Borum, R., Deane, M., Steadman, H. y Morrissey, J. (1998). Police perspectives on responding to mentally ill people in crisis: perceptions of program effectiveness. *Behavioral Sciences & the Law*, 16, 393-405.
14. Brewer, M. B. (1988). A dual process model of impression formation. En Wyer, R.S. y Srull, T.K. (Eds). *A dual process model of impression formation. Advances in social cognition*, (pp.1-36). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
15. Brink, J., Livingston, J., Desmarais, S., Greaves, C., Maxwell, V., Michalak, E., Parent, R., Verdun -Jones, S., y Weaver, C. (2011). A study of how people with mental illness perceive and interact with the police. Calgary, Alberta: Mental Health Commission of Canada. Obtenido en <http://www.mentalhealthcommission.ca>
16. Carcach, C. (1997). Reporting crime to the police. *Trends and Issues in Criminal Justice*, 68, 1-6.
17. Carey, S.J. (2001). Police officers' knowledge of, and attitudes towards, mental illness in southwest Scotland. *Scottish Medical Journal*, 46 (2), 41-42.
18. Casco, M., Natera G. y Herrejón, M.E. (1987). La actitud hacia la enfermedad mental, una revisión de la bibliografía. *Salud Mental V*, 10 (2), 41-50.
19. Chappell, D. (2010). From sorcery to stun guns and suicide: the eclectic and global challenges of policing and the mentally ill. *Police Practice and Research*, 11, 289-300.
20. Chappell, D. (2008). Policing and emotionally disturbed persons: Disseminating knowledge, removing stigma and enhancing performance. *Australian Journal of Forensic Services*, 40(1), 37-48.
21. Chen, C., Ou, J.J., Zhou, J.S., Zhang, Y.D., Cai, W.X. y Wang, X.P. (2013). The comparison of disposal attitudes towards forensic psychiatric patients among police officers, psychiatrists and community members in China. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 20 (8), 986-990.

22. Clayfield, J.C., Fletcher, E.K., y Grudzinskas, A.J. (2011). Development and validation of the study of attitudes of mental health for the police. *Community Mental Health Journal*, 47, 742-751.
23. Clifford, K. (2013). Mental health crisis interventions and the politics of police use of deadly force. En Chappell, D. (Ed.) *Policing and the mentally ill international perspectives* (pp. 171-198). Florida, United States: CRC Press.
24. Coleman, T; Arruda, M. y Ryan S. (2005). *Serving and protecting. the role of the police in the care of people with mental health problems*. Presentation to the standing senate committee on social issues, science and technology. in response to mental health, mental illness and addiction: issues and options for Canada.
25. Comisión de las comunidades europeas (2005). *Libro verde: mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental*. Obtenido en: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_es.pdf
26. Commission for public complaints against the rcmp –CPC-(2010). *Policing persons with mental illness: Issues and trajectories*. Obtenido en: <http://www.cpc-cpp.gc.ca/cnt/tpsp-tmrs/mental/mental-traject-eng.aspx>
27. Compton, M.P; Esterberg, M.L.; McGee, R.; Kotwicki, R.J y Oliva, J.R. (2006). Brief reports: crisis intervention team training: changes in knowledge, attitudes, and stigma related to schizophrenia. *Psychiatric Services*, 57 (8), 1199-1202.
28. Cooper, V.G., Mclearn, A.M. y Zapf, P.A. (2004). Dispositional decisions with the mentally ill: Police perceptions and characteristics. *Police Quarterly*, 7(3), 295-310.
29. Corder, G. (2006). *People with mental illness: problem-oriented guides for police problem-specific guides series*. Department of Justice, Washington, DC. Office of community oriented policing services.
30. Corrigan, P.W. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist*, 59(7), 614-625.

31. Corrigan, P.W., Markowitz, F.E., Watson, A.C., Rowan, D., y Kubiak, M.A. (2003). An attribution model of public discrimination towards persons with mental illness. *Journal of Health and Social Behavior*, 44(2), 162-179.
32. Corrigan, P.W. y Watson A.C. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*. 1(1), 16-20.
33. Cotton, D. (2004). The attitudes of Canadian police officers toward the mentally ill. *International Journal of Law and Psychiatry*, 27, 35-146.
34. Cotton, D. (2003). Police officers' knowledge about mental illness. *Canadian Journal of Police and Security Services*, 1, 2.
35. Cotton, D. y Coleman, T. (2013). Improving relationships between pólíce and people with mental illnesses Canadian developments. En Chappell, D. (Ed.) *Policing and the mentally ill international perspectives* (pp. 19-38). Florida, United States: CRC Press.
36. Cotton, D. y Coleman, T. (2008). *A study of academy training and education for new police officers related to working with people with mental illness*. Police/Mental health subcommittee of the Canadian association of chiefs of police and the mental health and law advisory committee of the mental health commission of Canada. Obtenido en: <http://www.pmhl.ca/webpages/reports/AApoliceacademy.pdf>
37. Crocker, J., Major, B. y Steele, C. (1998). Social stigma. En Gilbert, D.T. y Fiske, S.T. (Eds.), *The Handbook of social Psychology* (4th, Vol. 2, pp. 504-553). Boston: McGraw-Hill.
38. Cumming E., Cumming, I. y Edell, L. (1965). Policeman as philosopher, guide, and friend. *Social Problems*, 12, 276-286.
39. Deane, M.W., Steadman, H.J., Borum, R., Veysey, B.M., y Morrissey, J.P. (1999). Emerging partnerships between mental health and law enforcement. *Psychiatric Services*, 50, 99-101.
40. Engel, R.S. y Silver, E. (2001). Policing mentally disordered suspects: a reexamination of the criminalization hypothesis. *Criminology*, 39, 225-252.

41. FEAFES. *Salud mental y medios de comunicación guía de estilo*. Obtenido en:
http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/saludMental/docs/Salud_Mental_Guia_de_estilo.pdf
42. Ferrer, J.A. *Intervención con enfermos mentales*. Obtenido en:
<http://www.sip-an.es/descargas/informacion/informacion03.pdf>
43. Fiske, S. T. (1998). Stereotyping, prejudice, and discrimination. En Gilbert, D.T., Fiske, S.T y G. Lindzey, G. (Eds.), *The handbook of social psychology* (4th ed., Vol. 2, pp. 357-411). New York: McGraw-Hill.
44. Forrester-Jones, R. y Barnes, A. (2008). On being a girlfriend not a patient: the quest for an acceptable identity amongst people diagnosed with a severe mental illness. *Journal of Mental Health*, 17(2), 153-172.
45. Fry, A.J., O'Riordan, D.P. y Geanellos, R. (2002). Social control agents or front-line carers for people with mental health problems: police and mental health services in Sydney, Australia. *Health & Social Care in the Community*, 10, 277-286.
46. Fukuroda, M.L. (2005). *Murder at home: an examination of legal and community responses to intimate femicide in California*. Los Angeles, CA: California Women's Law Center.
47. Gaebel, W., Baumann, A., Witte, A.M. y Zaeske, H. (2002). Public attitudes toward people with mental illness in six German cities: results of a public survey under special consideration of schizofrenia. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 252(6), 278-287.
48. Gilston, D. H. y Podell, L. (1959). *The Practical Patrolman*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.
49. Godfredson, J.W., Thomas, S.D., Ogloff, J.R., y Luebbers, S. (2011). Police perceptions of their encounters with individuals experiencing mental illness: a Victorian survey. *Australian and New Zealand Journal of Criminology*, 44(2), 180-195.

50. Godfredson, J. W., Ogloff, J. R. P., Thomas, S. D. y Luebbers, S. (2010). Police discretion and encounters with people experiencing mental illness: the significant factors. *Criminal Justice and Behavior*, 37(12), 1392-1405.
51. Goerg D., Fischer W., Zbinden E. y Guimón J. (2004). Diferenciación en las representaciones sociales de los trastornos mentales y los tratamientos psiquiátricos. *The European Journal of Psychiatry*, 18(4), 225-234.
52. Goffman, E. (1963). *Stigma: notes on the management of spoiled identity*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall.
53. Graves, R., Cassisi, J., y Penn, D. (2005). Psychophysiological evaluation of stigma toward schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 76, 317-327.
54. Griffiths, K.M., Nakane, Y., Christensen, H., Yoshioka, K., Jorm, A.F. y Nakane, H. (2006). Stigma in response to mental disorders: a comparison of Australia and Japan. *BMC Psychiatry*, 6, 21.
55. Hans-Ulrich W. y Jacobi F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe: a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology*, 15 (4), 357-376.
56. Haro, J.M., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M. Luque I, Codony M, Dolz, M. y Alonso J. (2005). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMed-España. *Med Clin*, 126(12), 445-451.
57. Harris, E.C. y Barraclough, B. (1998). Excess mortality of mental disorder. *British Journal of Psychiatry*, 173, 11-53.
58. Hartford, K., Heslop, L., Stitt, L., y Hoch, J.S. (2005). Design of an algorithm to identify persons with mental illness in a police administrative database. *International Journal of Law and Psychiatry*, 28, 1-11.
59. Hartwell, S. (2004). Triple stigma: persons with mental illness and substance abuse problems in the criminal justice system. *Criminal Justice Policy Review*, 15 (1), 84-99.

60. Henshaw, M. y Thomas, S. (2012). Police encounters with people with intellectual disability: prevalence, characteristics and challenges. *Journal of Intellectual Disability Research*, 56 (6), 620-631.
61. Hiday, V. A., Swanson, J. W., Swartz, M. S., Borum, R. y Wagner, H.R. (1999) Criminal victimisation of persons with severe mental illness. *Psychiatric Services*, 50, 62-68.
62. Husted, J.R. y Nehemkis, A. (1995). Civil commitment viewed from three perspectives: professional, family, and police. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 23, 533-546.
63. Jackowska, E. (2009). Stigma and discrimination towards people with schizophrenia a survey of studies and psychological mechanisms. *Psychiatria Polska*, 43(6), 655-670.
64. Jones, E., Farina, A., Hastorf, A., Markus, H., Miller, D. T. y Scott R. (1984). *Social stigma: the psychology of marked relationships*. New York: Freeman.
65. Kelly, P.D. (2002). *A policymaker's guide to mental illness: executive summary and full text*. Obtenido en: <http://www.heritage.org/Research/HealthCare/BG1522ES.cfm>
66. Kesic, D. (2013). The role of mental disorders in use of force incidents between the police and the public. En Chappell, D. (ed.) *Policing and the mentally ill international perspectives* (pp. 153-170). Florida, United States: CRC Press.
67. Krameddine, Y., Demarco, D., Hassel, R. y Silverstone PH. (2013). A novel training program for police officers that improves interactions with mentally ill individuals and is cost-effective. *Front Psychiatry*, 4(9).
68. Lamb, H. R., Weinberger, L.E. y DeCuir, W.J. (2002). The police and mental health. *Psychiatric Services*, 53(10), 1266-1271.
69. Lamb, H.R. y Weinberger, L.E. (1998). Persons with severe mental illness in jails and prisons: a review. *Psychiatric Services*, 49,483-492.
70. Lauber, C., Nordt, C., Braunschweig, C. y Rössler, W. (2006). Do mental health professionals stigmatize their patients? *Acta Psychiatria Scand.* 113(429), 51-59.

71. Link, B. G. (1987). Understanding labeling effects in the area of mental disorders: an assessment of the effects of expectations of rejection. *American Sociological Review*, 52(1), 96-112.
72. Link, B.G. y Phelan, J.C. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363-385.
73. Litzcke, S. M. (2006). Attitudes and emotions of german police officers towards the mentally ill. *International Journal of Police Science and Management*, 8(2), 119-132.
74. Lluch, M. T. (1999). *Construcción de una escala para evaluar la salud mental positiva*. Tesis doctoral, Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona.
75. Loinaz, I., Echeburúa, E. e Irueta, M. (2011). Trastornos mentales como factor de riesgo de victimización violenta. *Psicología conductual*, 19 (2), 421-438.
76. López, M. (2007). Medios de comunicación, estigma y discriminación en salud mental. Elementos para una estrategia razonable. *L'Information Psychiatrique*, 10(83), 793-799.
77. Macmillan, R. (2001). Violence and the life course: the consequences of victimization for personal and social development. *Annual Review of Sociology*, 27(1), 1-22.
78. Marianos, M.G., Priami, M., Alevisopoulos, G., Koukia, E. y Rogakou, E. (2005). Nursing student's attitude change towards mental illness and psychiatric case recognition after a clerkship in psychiatry. *Issues in Mental Health Nursing*, 26 (2), 169-163.
79. Marichal, F. y Quiles, M. N. (2000). La organización del estigma en categorías. Actualización de la taxonomía de Goffman. *Psicothema*, 12(3), 458-465.
80. Markowitz, F. E. (2005) Sociological models of mental illness stigma: progress and prospects. En Corrigan, P. W. (Ed). *On the stigma of mental illness: practical strategies for research and social change* (pp. 129-144). Washington, DC, US: American Psychological Association.

81. Marley, J. A. y Buila, S. (2001). Crimes against people with mental illness: types, perpetrators, and influencing factors. *Social Work*, 46(2), 115-124.
82. McDaid, D. (2008). *Countering the stigmatisation and discrimination of people with mental health problems in Europe*. European Commission. Obtenido:Luxembourg.http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/stigma_paper_en.pdf
83. Menzies, R. J. (1987). Psychiatrists in blue: police apprehension of mental disorder and dangerousness. *Criminology*, 25, 429-452.
84. Michaels, D., Zoloth, S., Alcabes, P., Braslow, C.A. y Safyer, S. (1992) Homelessness and indicators of mental illness among inmates of New York city's correctional system. *Hospital and Community Psychiatry*. 43, 150-155.
85. Moore, R. (2013). European police and persons with mental illnesses: a review of the contemporary literature. En Chappell, D. (ed) *Policing and the mentally ill international perspectives* (pp. 39-64). Florida, United States: CRC Press.
86. Moore, R. (2010). Current trends in policing and the mentally ill in Europe: a review of the literature. *Police Practice and Research*, 11, 330-341.
87. Morabito, M. S. (2007). Horizons of context: understanding the police decision to arrest people with mental illness. *Psychiatric Services*, 58(12), 1582-1587.
88. Muñoz, M., Pérez, E., Crespo, M. y Guillen, A. (2009). *Estigma y enfermedad mental. Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental*. Madrid: UCM.
89. Nordt, C., W. Rossler y Lauber, C. (2006). Attitudes of mental health professionals toward people with schizophrenia and major depression. *Schizophr Bull*, 32(4), 709-14.
90. Olesen, J. y Leonardi, M. (2003).The burden of brain diseases in Europe. *European Journal of Neurology*. 10(5), 471-477.
91. Omoaregba, J., James, B., Igbinowanhia, N. y Akhiwu, W. (2015). The attitudes of the police towards persons with mental illness: a cross-sectional

study from benin city Nigeria. *American Journal of Applied Psychology*, 3(3), 57-61.

92. OMS (2013). *Proyecto de plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020*. 66ª Asamblea mundial de la salud. Obtenido en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf

93. OMS (2012). *Carga mundial de trastornos mentales y necesidad de que el sector de la salud y el sector social respondan de modo integral y coordinado a escala de país*. 66ª Asamblea mundial de la salud. Obtenido en: http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA65-REC1/A65_REC1-sp.pdf

94. OMS (2005). *Mental Health: facing the challenges, building solutions*. Obtenido en: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/96452/E87301.pdf

95. OMS (2004). *Invertir en salud mental*. Obtenido en: http://www.who.int/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf

96. OMS (2001). *Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Informe sobre la salud en el mundo. Informe sobre la salud en el mundo*. Obtenido en: http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_es.pdf

97. Ottati, V., Bodenhausen, G. V., y Newman, L. S. (2005). Social psychological models of mental illness stigma. En Corrigan, P.W. (Ed.), *On the Stigma of Mental Illness* (pp. 99-128). Washington D.C.: American Psychological Association.

98. Ozbay, F., Johnson, D.C., Dimoulas, E., Morgan III, C.A., Charney, D. y Southwick, S. (2007). Social support and resilience to stress: from neurobiology to clinical practice. *Psychiatry*, 4 (5), 35-40.

99. Patch, P.C. y Arrigo, B.A (1999): Police officer attitudes and use of discretion in situations involving the mentally ill: the need to narrow the focus. *International Journal of Law and Psychiatry*. 22, 23-35.

100. Pinfold, V., Thornicroft, G., Huxley, P. y Farmer, P. (2005). Active Ingredients in anti-stigma programmes in mental health. *International Review of Psychiatry*, 17(2), 123-131.

101. Psarra, V., Sestrini, M., Santa, Z., Petsas, D., Gerontas, A., Garnetas, C. y Kontis, K. (2008). Greek police officers' attitudes towards the mentally ill. *International Journal of Law and Psychiatry*, 31, 77-85.
102. Putt, J. (2010). *Community policing in Australia*. Canberra, Australia: Australian Institute of Criminology.
103. Rizo, R. y Barrios, L.F. (2012). *Salud mental en las fuerzas y cuerpos de seguridad. Desde la psicología y el derecho*. Madrid: Abalar Consultores.
104. Ruiz, J. y Miller, C. (2004). An exploratory study of Pennsylvania police officers' perceptions of dangerousness and their ability to manage persons with mental illness. *Police Quarterly*, 7(3), 359-371.
105. Scheff, T.J. (1966): Users and non-users of a psychiatric clinic students. *Journal of Health and Human Behavior*, 7, 114 -121.
106. Schomerus, G., Schwahn, C., Holzinger, A., Corrigan, P.W. Grabe, H.J., Carta, M.G., Angermeyer, M.C. (2012). Evolution of public attitudes about mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand*, 12, 440–452.
107. Segrave, M., y Ratcliffe, J. (2004). *Community policing: a descriptive overview*. Canberra, Australia: Australian Institute of Criminology.
108. Sells, D.J., Rowe, M., y Fisk, D. (2003). Violent victimization of persons with co-occurring psychiatric and substance use disorders. *Psychiatric Services*, 54 (9), 1253-1257.
109. Sellers, C. L., Sullivan, C.J., Veysey, B.M. y Shane, J.M. (2005). Responding to persons with mental illnesses: police perspectives on specialized and traditional practices. *Behavioral Sciences and the Law*, 23, 647-657.
110. Short, T. (2013). Policing and the mentally ill: victimisation and offending in severe mental illness. En Chappell, D. (Ed.) *Policing and the mentally ill international perspectives* (pp. 137-152). Florida, United States: CRC Press.
111. Silver, E. (2002). Mental disorder and violent victimization: the mediating role of involvement in conflicted social relationships. *Criminology*, 40, 191-211.

112. Siu, B.W., Chow, K.K., Lam, L.C., Chan, W.C., Tang, V.W. y Chui, W.W. (2012). A questionnaire survey on attitudes and understanding towards mental disorders. *East Asian Arch Psychiatry* 22,18-24.
113. Skogan, W.G. (1984). Reporting crimes to the police: the status of world research. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 21(2), 113-137.
114. Smith, E. (1992). The role exemplars in social judgment. En L. L. Martin, L.L. y Tesser, A. (Eds.) *The construction of social judgements*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
115. Snowdon, J. y Lurigio, A.J. (2007). The mentally ill as victims of crime. En Davis, R.C., Lurigio, A.J. y Herman, S. (Eds.), *Victims of Crime* (3rd, pp.189-199). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
116. Socall, D.W. y Holtgraves, T. (1992): Attitudes towards the mentally ill: the effects of label and beliefs. *Q Sociol*, 33, 435-445.
117. Stafford, M. C. y Scott, R. (1986). Stigma deviance and social control: some conceptual issues. En Ainlay, S.C.; Becker, L.M. y Coleman L.M. (Eds), *The dilemma of difference*. New York: Plenum.
118. Stier, A., y Hinshaw, S. (2007). Explicit and implicit stigma against people with mental illness. *Australia Psychologist*, 4, 106.
119. Susnick, L.C. y Belcher, J.R. (1996). Why are the homeless? The chronically mentally ill in Washington, DC. *International Journal of Mental Health*, 24 (4) ,70-84.
120. Swartz, J.A. y Lurigio, A.J. (2007). Serious mental illness and arrest: the generalized mediating effect of substance use. *Crime & Delinquency*, 53(4), 581-604.
121. Teplin, L.A., McClelland, G.M., Abram, K.M. y Weiner, D.A. (2005). Crime victimization in adults with severe mental illness. *Archives of General Psychiatry*, 62, 911-921.
122. Teplin, L.A. y Pruett, N.S. (1992). Police as streetcorner psychiatrists: managing the mentally ill. *International Journal of Law and Psychiatry*, 15, 139-156.

123. Teplin, L.A. (1984). Criminalizing mental disorder: the comparative arrest rate of the mentally ill. *American Psychologist*, 39, 794-803.
124. TNS-BMRB (2011). Attitudes to mental illness 2011 survey report. NHS Information Centre.
125. Trovato, F. (2000). *Community policing and the emotionally disturbed persons (EDP's): are we meeting their needs*. Unpublished master's thesis. New York: Niagara University.
126. Vermette, H. S.; Pinals, D.A. y Appelbaum, P.S. (2005). Mental health training for law enforcement professionals. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 33(1), 42-46.
127. Watson, A.C., Angell, B., Morabito, M.S., Robinson, N., (2008). Defying negative expectations: dimensions of fair and respectful treatment by police officers as perceived by people with mental illness. *Administration and Policy in Mental Health* 35(6),449-57.
128. Watson, A.C., Ottati, V., Lurigio, A, y Heyrman M. (2005). Stigma and the Police. En Corrigan, P.W. (Ed.) *On the stigma of mental illness: practical strategies for research and social change* (pp. 197-217.) Washington, DC., US: American Psychological Association.
129. Watson, A.C., Corrigan, P.W. y Ottati, V. (2004a). Police officers' attitudes toward and decisions about persons with mental illness. *Psychiatric Services*, 55(1), 49-53.
130. Watson, A.C., Corrigan, P.W. y Ottati, V. (2004b). Police responses to persons with mental illness: does the label matter? *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 32, 378-385.
131. Weiner, B. (1995). *Judgments of responsibility: a foundation for a theory of social conduct*. New York: Guilford Press.
132. White, P., Chant, D. y Whiteford H. (2006). A comparison of Australian men with psychotic disorders remanded for criminal offences and a community group of psychotic men who have not offended. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40 (3), 260-265.

133. Wells, W. y Schafer, J.A. (2006). Officer perceptions of police responses to persons with a mental illness. *Policing*, 29(4), 578-601.

134. Wundsam, K., Pitschel-Walz, G., Leucht, S., y Kissling, W. (2007). Psychiatric patients and relatives instruct german police officers-An anti-stigma project of "BASTA-The alliance for mentally ill people." *Psychiatrische Praxis*, 34(4), 181-187.

135. Yñiguez, A. (2007).Reglas básicas de la práctica policial y funcionamiento interno de la policía. *Cuadernos de Trabajo Social*, 20, 57-73.

136. Zarragoitia, I. (2010). La estigmatización en la depresión. *Alcmeon*, 16(3) ,254-268.

ANEXOS

Anexo I

Consentimiento informado



En el Departamento de Medicina Legal de la facultad de Medicina de la Universidad de Murcia estamos llevando a cabo un estudio sobre actitudes y decisiones de los miembros de las Fuerzas y Cuerpo de Seguridad ante un determinado sector de población española.

Desde este departamento sabemos y valoramos la difícil tarea diaria que tienen encomendada estos agentes como verdaderos guardianes de los derechos y libertades de todos los españoles, en la que muchas veces, estas actitudes y decisiones debido a la necesidad del servicio han de ser tomadas de una forma subjetiva y en ciertas ocasiones condicionadas por la percepción que tiene la sociedad.

Pero estamos convencidos que con este estudio vamos a poder aportar una información valiosa y necesaria para estas instituciones que además ayudará a realizar un protocolo de actuación más eficaz, así como una formación de mayor calidad para los futuros miembros de las mismas.

Si acepta voluntariamente participar en este estudio, le rogamos que rellene tranquilamente el cuestionario que aparece en las hojas siguientes. Gracias por su colaboración.

Confidencialidad

Sus respuestas serán totalmente confidenciales y anónimas, nos interesa su opinión, por favor, tome el tiempo que crea necesario para responder a las preguntas.

No estamos realizando una prueba, por lo que no hay respuestas correctas o incorrectas, si son sinceras todas son válidas.

Nota: El presente cuestionario debe ser relleno única y exclusivamente por miembros del Cuerpo Nacional de Policía.

Anexo IIVariables participante

- Edad: _____
- Sexo: Hombre _____ Mujer _____
- País de nacimiento: España _____ Otros _____
- Estado civil: Soltero/a__ Casado/a__ Separado/a, Divorciado/a__ Viudo/a_
- ¿Tienes hijos? Si__ N° de hijos__ No__
- Estudios (señale el nivel educativo más alto alcanzado):
 - Graduado Escolar/Educación Secundaria Obligatoria.
 - Ciclo Formativo de Grado Medio
 - Ciclo Formativo de Grado Superior
 - Título de Bachiller
 - Cursando algún curso en la Universidad
 - Diplomatura
 - Licenciatura/ Ingeniería

 - Por favor señale el área de estudio correspondiente al título más alto obtenido _____
- Años de servicio: _____
- Categoría: _____

Anexo III

Formación profesional relacionada con la enfermedad mental

- Aproximadamente ¿Cuántas horas de formación relacionadas con enfermedades mentales recibió en la academia? _____

- ¿Cuántas horas de formación relacionadas con enfermedades mentales recibió durante el año pasado? _____

- ¿Considera que ha recibido una formación adecuada en relación con las enfermedades mentales?

1	2	3	4	5
En absoluto/En ningún caso			Muy probablemente	

- ¿Considera necesario una formación adecuada en relación con las enfermedades mentales?

1	2	3	4	5
En absoluto/En ningún caso			Muy probablemente	

Anexo IV

Familiaridad con la enfermedad mental

- ¿Qué relación ha tenido con personas que padezcan alguna enfermedad mental en su vida personal? (marque todas las posibles):
 - No ha tenido ninguna relación con enfermos mentales.
 - Conocido
 - Compañero de trabajo
 - Amigo cercano
 - Miembro de su familia
 - Usted mismo
 - Otros _____

- ¿A cuántas personas que padezcan alguna enfermedad mental se encuentra en su trabajo semanalmente? _____

- En su experiencia como profesional. Por favor indique con qué frecuencia en su trabajo se encuentra con personas que padezca alguna enfermedad mental, en las siguientes situaciones:
 - No me encuentro con enfermos mentales en mi trabajo

	1	2	3	4	5
Nunca		Muy raramente	A veces	A menudo	Muchísimas veces

 - Sospechosos

	1	2	3	4	5
Nunca		Muy raramente	A veces	A menudo	Muchísimas veces
 - Víctimas

	1	2	3	4	5
Nunca		Muy raramente	A veces	A menudo	Muchísimas veces

 - Testigos

	1	2	3	4	5
Nunca		Muy raramente	A veces	A menudo	Muchísimas veces

 - Persona que necesita transporte para asistencia médica

	1	2	3	4	5
Nunca		Muy raramente	A veces	A menudo	Muchísimas veces

 - Persona que necesita transporte para tratamiento de su salud mental

	1	2	3	4	5
Nunca		Muy raramente	A veces	A menudo	Muchísimas veces

 - Otros

	1	2	3	4	5
Nunca		Muy raramente	A veces	A menudo	Muchísimas veces

Anexo V

Opiniones hacia la salud mental en el ámbito profesional

- ¿Bajo qué condiciones usted piensa que una persona precisa de asistencia en salud mental? Marque todas las que se apliquen:
 - Peligro para sí mismo.
 - Peligro para otros.
 - Incapaz de cuidar de sí mismo.
 - Comportamiento raro o extraño.
 - Historial de problemas de salud mental.
 - A petición de algún miembro de la familia.
 - Otras_____
- ¿Cuál es la parte más difícil al tratar con personas que padecen alguna enfermedad mental? Marque todas las que se apliquen:
 - La comunicación resulta difícil.
 - Son impredecibles.
 - Son peligrosos.
 - Los servicios de salud mental no responden.
 - La policía no puede hacer mucho para ayudar.
 - Requiere mucho tiempo.
 - Otra_____
- Se encuentra en una intervención policial, donde se ha producido un hecho delictivo. Ustedes es el responsable de las actuaciones que se van a llevar a cabo. ¿Como de protegido se sentiría desde el punto de vista legal? Si el autor del hecho fuera:

• Un joven que manifiesta ser menor de edad	1	2	3	4	5
En ningún caso					Muy protegido

• Un extranjero que no habla tu idioma	1	2	3	4	5
En ningún caso					Muy protegido

• Una persona con enfermedad mental	1	2	3	4	5
En ningún caso					Muy protegido

Anexo VI

Supuestos policiales

- Viñetas de Watson y cols. (2004b)

"Supuesto víctima"

Por favor lea el siguiente supuesto y conteste a las preguntas a continuación.

Recibes una llamada acerca de un mirón. Cuando llegas, Pedro explica que su vecino ha estado asomándose a sus ventanas.

Tipo 1: *Ya conoces a Pedro. Hace tres meses sufrió una crisis de salud mental y le atendiste llevándolo al hospital para un internamiento involuntario. Él padece esquizofrenia y recibe medicación.*

Tipo 2: *Ya conoces a Pedro. Hace tres meses sufrió una crisis de salud mental y le atendiste llevándolo al hospital para un internamiento involuntario. Él padece depresión y recibe medicación.*

Tipo3: *No se aporta información sobre antecedentes de crisis de salud mental*

Pedro te muestra la ventana en la que vio a su vecino mirándole. Te das una vuelta por el exterior de la casa y observas lo que podría ser parte de una huella frente a la ventana. Sin embargo el suelo está seco y está oscuro ahí fuera, de modo que es difícil saber cuál es la pisada y cuánto tiempo lleva allí. Pedro afirma que está seguro de que se trataba de su vecino mirando. Eres consciente del historial de problemas entre Pedro y su vecino.

Para las siguientes preguntas asuma que la ley y el departamento de policía le permiten total discreción en cuanto a cómo va a manejar esta situación. Por lo tanto, confiará únicamente en su mejor juicio para responder a estas situaciones. Por favor recuerde que no estamos buscando una respuesta correcta o incorrecta, tan sólo aquella que considere que es la mejor dada la información proporcionada. Tus respuestas son totalmente confidenciales.

Con que probabilidad:

1. No intervienes.

1	2	3	4	5
En absoluto				Muy probablemente

2. Le dices a Pedro que realmente no puedes hacer nada, pero que llame si ve algo más.

1	2	3	4	5
En absoluto				Muy probablemente

3. Llamas a la puerta del vecino y le preguntas si ha estado fuera recientemente.

	1	2	3	4	5
En absoluto					Muy probablemente

4. Adviertes al vecino que no moleste a Pedro.

	1	2	3	4	5
En absoluto					Muy probablemente

5. Compareces en la Comisaría para realizar el informe sobre los hechos ocurridos.

	1	2	3	4	5
En absoluto					Muy probablemente

“Supuesto persona requiere de ayuda”

Estás patrullando a pie en el andén de la estación local de tren. La revisora de la estación se aproxima hacia ti y te señala un hombre que está sentado en un banco. La revisora te indica que el hombre lleva sentado allí todo el día. Fuera hace frío y él lleva solamente una chaqueta muy fina. Le preguntas que por qué está sentado allí. Él afirma que no tiene dinero ni modo de volver a su casa que se encuentra a 8 Kilómetros.

Tipo 1: Ya conoces a Pedro. Hace tres meses sufrió una crisis de salud mental y le atendiste llevándolo al hospital para un internamiento involuntario. Él padece esquizofrenia y recibe medicación.

Tipo 2: Ya conoces a Pedro. Hace tres meses sufrió una crisis de salud mental y le atendiste llevándolo al hospital para un internamiento involuntario. Él padece depresión y recibe medicación.

Tipo3: No se aporta información sobre antecedentes de crisis de salud mental

Con que probabilidad:

1. No intervienes.

	1	2	3	4	5
En absoluto					Muy probablemente

2. Hablas con Pedro y le animas a que se vaya a casa.

	1	2	3	4	5
En ningún caso probablemente					Muy

3. Le dices a Pedro que tiene que irse de allí y que no puede permanecer todo el día en la estación de tren.

	1	2	3	4	5
En ningún caso probablemente					Muy

4. Le preguntas a Pedro si puede llamar a alguien que le venga a recoger.

2. Coges la información de Pedro, confirmas su descripción con la del resto de los testigos, y después informas por radio.

1 2 3 4 5
 En ningún caso Muy probablemente

3. Primero hablas con los testigos que estaban en el almacén, informas por radio, y después hablas con Pedro.

1 2 3 4 5
 En ningún caso Muy probablemente

4. Primero hablas con los testigos que estaban en el almacén, a continuación con Pedro, y después informas por radio.

1 2 3 4 5
 En ningún caso Muy probablemente

5. Compruebas los datos de Pedro y averiguas que tipo de vehículo está matriculado a su nombre.

1 2 3 4 5
 En ningún caso Muy probablemente

“Supuesto sospechoso”

Te llaman desde un albergue para personas sin hogar. El hombre que llamó, Juan, te cita en el aparcamiento y te indica que ha tenido una discusión con otro huésped del albergue, Pedro, y que Pedro le empujó y rasgó su abrigo.

Tipo 1: Ya conoces a Pedro. Hace tres meses sufrió una crisis de salud mental y le atendiste llevándole al hospital para un internamiento involuntario. Él padece esquizofrenia y recibe medicación.

Tipo 2: Ya conoces a Pedro. Hace tres meses sufrió una crisis de salud mental y le atendiste llevándole al hospital para un internamiento involuntario. Él padece depresión y recibe medicación.

Tipo3: No se aporta información sobre antecedentes de crisis de salud mental

El personal del albergue afirma haber oído la discusión, pero que no estaban prestando suficiente atención cómo para ver si alguien fue empujado. Examinas el abrigo destrozado y dañado de Juan y ves un rasgón en la manga.

Con que probabilidad:

No intervienes.

1 2 3 4 5
 En ningún caso Muy probablemente

➤ Viñeta grupo de trabajo

Por favor lea el siguiente supuesto y conteste a las preguntas a continuación. Estás patrullando a pie por la Gran Vía de tu ciudad. Un hombre muy alterado y nervioso se aproxima y te manifiesta que esta noche se va suicidar porque su Caja de Ahorros le va embargar su casa.

Tipo 1: *Ya conoces a Pedro. Hace tres meses sufrió una crisis de salud mental y le atendiste llevándolo al hospital para un internamiento involuntario. Él padece esquizofrenia y recibe medicación.*

Tipo 2: *Ya conoces a Pedro. Hace tres meses sufrió una crisis de salud mental y le atendiste llevándolo al hospital para un internamiento involuntario. Él padece depresión y recibe medicación.*

Tipo3: *No se aporta información sobre antecedentes de crisis de salud mental*

Para las siguientes preguntas asuma que la ley y el departamento de policía le permiten total discreción en cuanto a cómo va a manejar esta situación. Por lo tanto, confiará únicamente en su mejor juicio para responder a estas situaciones. Por favor recuerde que no estamos buscando una respuesta correcta o incorrecta, tan sólo aquella que considere que es la mejor dada la información proporcionada. Tus respuestas son totalmente confidenciales.

Con que probabilidad:

No intervienes.

1	2	3	4	5
En ningún caso				Muy probablemente

Hablas con Pedro y le animas dialogando con el.

1	2	3	4	5
En ningún caso				Muy probablemente

Realizas gestiones para comprobar la veracidad de lo manifestado.

1	2	3	4	5
En ningún caso				Muy probablemente

En ningún caso Muy probablemente

1	2	3	4	5
En ningún caso				Muy probablemente

Llamas a la familia de Pedro para que vengán a buscarle.

1	2	3	4	5
En ningún caso				Muy probablemente

Solicitas asistencia de personal médico especializado para que atiendan a Pedro.

1	2	3	4	5
En ningún caso				Muy probablemente

Anexo VII

Actitudes hacia la enfermedad mental

➤ AQ-modificado (Watson y cols.,2004a)

Tras la lectura del supuesto. Por favor, marque el número de la mejor respuesta en cada uno de los siguientes apartados.

No dediques demasiado tiempo en cada uno de ellos.

1. Pedro me haría sentir irritado.

1	2	3	4	5
En ningún caso				Muy probablemente

2. Me sentiría inseguro cerca de Pedro.

1	2	3	4	5
En ningún caso				Muy probablemente

3. ¿Cómo de enfadado te hace sentir Pedro?

1	2	3	4	5
En ningún caso/ Nada				Muy probablemente/ Mucho

4. Considero que Pedro supone un riesgo para otras personas.

1	2	3	4	5
En ningún caso				Muy probablemente

5. Considero que Pedro debería someterse a medicación psiquiátrica.

1	2	3	4	5
En ningún caso				Muy probablemente

6. Pedro supone un riesgo para la comunidad a menos que sea hospitalizado.

1	2	3	4	5
En ningún caso				Muy probablemente

7. Si fuera empresario estaría dispuesto a hacerle una entrevista de trabajo a Pedro.

1	2	3	4	5
En ningún caso				Muy probablemente

8. Estaría dispuesto a hablar con Pedro sobre sus problemas.

1	2	3	4	5
En ningún caso				Muy probablemente

9. Siento lástima por Pedro.

1	2	3	4	5
En ningún caso				Muy probablemente

10. Creo a Pedro.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

- En ningún caso Muy probablemente
11. ¿Cuánto autocontrol tiene Pedro sobre sus problemas?
 1 2 3 4 5
 En ningún caso/ Nada Muy probablemente/ Mucho
12. ¿Cómo de irritado te hace sentir Pedro?
 1 2 3 4 5
 En ningún caso/ Nada Muy probablemente/ Mucho
13. ¿Cómo de peligroso es Pedro?
 1 2 3 4 5
 En ningún caso/ Nada Muy probablemente/ Mucho
14. Es culpa de Pedro encontrarse en su situación actual.
 1 2 3 4 5
 En ningún caso Muy probablemente
15. ¿Hasta que punto estás de acuerdo con que se debería obligar a Pedro a someterse a tratamiento psiquiátrico incluso si él no quiere hacerlo?
 1 2 3 4 5
 En ningún caso Muy probablemente
16. Considero que es mejor para la comunidad que Pedro sea internado en un hospital psiquiátrico.
 1 2 3 4 5
 En ningún caso Muy probablemente
17. Viajaría en coche compartido con Pedro todos los días.
 1 2 3 4 5
 En ningún caso Muy probablemente
18. ¿Crees que en una residencia, donde Pedro estaría apartado de sus vecinos, sería la mejor solución?
 1 2 3 4 5
 En ningún caso Muy probablemente
19. Me siento amenazado por Pedro.
 1 2 3 4 5
 En ningún caso Muy probablemente
20. ¿Cómo de probable es que Pedro esté mintiendo?
 1 2 3 4 5
 En ningún caso Muy probablemente
21. ¿Con qué probabilidad ayudarías a Pedro?
 1 2 3 4 5
 En ningún caso Muy probablemente
22. ¿Estás seguro de que ayudarías a Pedro?
 1 2 3 4 5
 En ningún caso Muy probablemente

➤ Cuestionario de 15 ítems (Siu y cols. 2012)

1. Es difícil comunicarse con gente con enfermedad mental
1 2 3 4 5
Muy de acuerdo De acuerdo Neutro En desacuerdo Muy en desacuerdo
2. Es común que la gente con enfermedad mental tenga propensión a la violencia
1 2 3 4 5
Muy de acuerdo De acuerdo Neutro En desacuerdo Muy en desacuerdo
3. La mayoría de la gente con enfermedad mental se puede recuperar
1 2 3 4 5
Muy de acuerdo De acuerdo Neutro En desacuerdo Muy en desacuerdo
4. La gente con enfermedad mental es débil y deberían culpase por su enfermedad
1 2 3 4 5
Muy de acuerdo De acuerdo Neutro En desacuerdo Muy en desacuerdo
5. La sociedad debe tratar a las personas con enfermedad mental con tolerancia
1 2 3 4 5
Muy de acuerdo De acuerdo Neutro En desacuerdo Muy en desacuerdo
- 6- Los comportamientos y el humor de la gente con enfermedad mental son difíciles de predecir
1 2 3 4 5
Muy de acuerdo De acuerdo Neutro En desacuerdo Muy en desacuerdo
- 7- Cualquier persona tiene riesgo de desarrollar una enfermedad mental
1 2 3 4 5
Muy de acuerdo De acuerdo Neutro En desacuerdo Muy en desacuerdo
- 8- No le diría a nadie que padezco una enfermedad mental
1 2 3 4 5
Muy de acuerdo De acuerdo Neutro En desacuerdo Muy en desacuerdo
- 9- Las personas que sufren por una enfermedad mental son despreciadas por otros
1 2 3 4 5
Muy de acuerdo De acuerdo Neutro En desacuerdo Muy en desacuerdo
- 10- Tengo miedo de hablar con las personas con enfermedad mental
1 2 3 4 5
Muy de acuerdo De acuerdo Neutro En desacuerdo Muy en desacuerdo
- 11- Me opongo a que construya una residencia para enfermos mentales
1 2 3 4 5
Muy de acuerdo De acuerdo Neutro En desacuerdo Muy en desacuerdo

12- No existen tratamientos para la enfermedad mental y la gente tiene muy pocas opciones de recuperarse

1	2	3	4	5
13- Es difícil para mí hacer amistad con gente con enfermedad mental				
1	2	3	4	5
Muy de acuerdo	De acuerdo	Neutro	En desacuerdo	Muy en desacuerdo

14- Me siento avergonzado de salir con un familiar que tenga una enfermedad mental

1	2	3	4	5
14- Me siento avergonzado de salir con un familiar que tenga una enfermedad mental				
Muy de acuerdo	De acuerdo	Neutro	En desacuerdo	Muy en desacuerdo

15- Es una pérdida de dinero incrementar el gasto para el cuidado de la gente con enfermedad mental

1	2	3	4	5
15- Es una pérdida de dinero incrementar el gasto para el cuidado de la gente con enfermedad mental				
Muy de acuerdo	De acuerdo	Neutro	En desacuerdo	Muy en desacuerdo

➤ Items del estudio de Compton y cols. (2006)

1. ¿Consideras a la persona con enfermedad mental más o menos agresiva que la persona que no sufre esta enfermedad?

1	2	3	4	5
Mucho menos agresiva				Mucho más agresiva

2. ¿Consideras a la persona con enfermedad mental más o menos propensa a cometer delitos violentos que la persona que no sufre enfermedad mental?

1	2	3	4	5
Mucho menos violenta				Mucho más violenta

3. Apoyaría que a 200 metros de su domicilio particular construyeran un centro para personas con antecedentes penales.

1	2	3	4	5
En ningún caso				Muy probablemente

4. Apoyaría que a 200 metros de su domicilio particular construyeran un centro para personas con enfermedad mental.

1	2	3	4	5
En ningún caso				Muy probablemente

5. Apoyaría que a 200 metros de su domicilio particular construyeran un centro para personas con problemas de drogadicción.

1	2	3	4	5
En ningún caso				Muy probablemente

6. Apoyaría que a 200 metros de su domicilio particular construyeran un centro para personas con enfermedades infecciosas.

1	2	3	4	5
En ningún caso				Muy probablemente

