



**Universitat de les
Illes Balears**

**Títol: ¿EXISTEN INSTRUMENTOS PARA MEDIR LAS ACTITUDES DE
LOS PROFESIONALES DE LA SALUD ANTE EL DROGODEPENDIENTE?**

NOM AUTOR: ALBERTO NUEZ ASPAS

DNI AUTOR: 48600797-A

NOM TUTOR: JESÚS MOLINA MULA

Memòria del Treball de Final de Grau

Estudis de Grau d'Infermeria

Paraules clau: Trastornos Relacionados con Sustancias,
Actitud del Personal de Salud, Escalas,
Droga, Rol Profesional.

de la

UNIVERSITAT DE LES ILLES BALEARS

Curs Acadèmic 2013

Cas de no autoritzar l'accés públic al TFG, marqui la següent casella:

¿EXISTEN INSTRUMENTOS PARA MEDIR LAS ACTITUDES DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD ANTE EL DROGODEPENDIENTE?

Resumen:

Introducción: En la actualidad las drogodependencias suponen un gran problema de salud pública tanto a nivel sanitario como económico y social. La profesión enfermera, por el hecho de trabajar junto al paciente, es una pieza clave tanto en la prevención, el tratamiento como la recuperación de estos pacientes, por lo tanto es muy importante conocer las actitudes que los profesionales de la salud tienen frente al drogodependiente, ya que ello repercutirá directamente en su cuidado. **Metodología:** Se analizó la bibliografía existente con respecto a la existencia de instrumentos que valoren las actitudes de los profesionales de la salud ante el drogodependiente. La búsqueda se realizó entre los meses de Marzo-Abril del 2013, las bases de datos utilizadas fueron: PubMed, IBECS, EBSCOhost, IME, CINAHL, Cochrane, BVS (biblioteca virtual de salud), PsycARTICLES. **Resultados:** Según la revisión bibliográfica realizada las actitudes de los profesionales de la salud influyen directamente sobre el drogodependiente y los estudios muestran que estas actitudes son generalmente negativas y que en la mayoría de los casos se debe a la falta de conocimientos. Además la existencia de instrumentos que midan las actitudes de los profesionales ante el drogodependiente es insuficiente. **Conclusión:** Se deben realizar más investigaciones al respecto y es de inminente importancia la realización de una escala única que contemple los ítems de las existentes y sea capaz de valorar específicamente cuales son aquellas actitudes negativas de los profesionales y poder trabajar sobre ellas.

Palabras clave: Trastornos Relacionados con Sustancias, Actitud del Personal de Salud, Escalas, Droga, Rol Profesional.

Abstract:

Introduction: At present substance-related disorders are major public health problems as economic and social. The nursing profession, by the fact of working with the patient, is really important in prevention, treatment and recovery of these patients, therefore it is very important to know the attitudes that health professionals have against addict as this will directly impact their care. **Methods:** We reviewed the literature regarding the existence of instruments that assess the attitudes of health professionals to the addict. The search was conducted between the months of March-April 2013, the databases were used: PubMed, IBECS, EBSCOhost, IME, CINAHL, Cochrane, bvs (Virtual Health Library), PsycARTICLES. **Results:** According to the literature the attitudes of health professionals directly influence drug addict and studies show that these attitudes are generally negative and in most cases are due to lack of knowledge. Moreover, the existence of instruments to measure professional attitudes to the addict is insufficient. **Conclusion:** We should do more research and is of imminent importance of performing a single scale that considers the existing items and be able to assess which are specifically those negative attitudes of professionals and able to work on them.

Keywords: Substance-Related Disorders, Attitude of Health Personnel, Scales, Drug, Professional Role

Introducción:

La OMS considera droga a aquella sustancia que, introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce una alteración, de algún modo, del natural funcionamiento del sistema nervioso central del individuo y es, además, susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas. Además define el abuso de drogas como «un uso excesivo, esporádico o persistente, no relacionado con una práctica médica aceptable» (1)

En la actualidad el consumo y abuso de drogas es un problema extendido en países tanto desarrollados como países en vías de desarrollo. En España en los años 2011-2012 al menos el 76,6% de la población había consumido Alcohol en los últimos 12 meses, el 40,2% había consumido Tabaco, 11,4% Hipnosedantes, 9,6% Cánnabis, 0,7% Éxtasis, 0,6% Anfetaminas/speed y así progresivamente otros tipos de drogas. (2).

Teniendo en cuenta que los últimos datos del INE (3), a 1 de Octubre de 2012 revelan que la población total en España es de 46.116.779 de habitantes lo que supondría que por ejemplo en consumo de Cánnabis 4.427.211 habitantes lo han consumido en los últimos 12 meses, 35.325.453 han consumido alcohol, 18.538.945 ha consumido Tabáco y 5.257.313 han consumido Hipnosedantes, por tanto estos datos revelan además que muchos de ellos consumen más de una droga a la vez, por lo que queda claro que este tema supone un gran problema de salud pública tanto a nivel sanitario como económico y social.

El objetivo de esta investigación es explorar la existencia de instrumentos que valoren las actitudes de los profesionales de la salud ante los drogodependientes, pero, en primer lugar y antes de comenzar a analizar lo encontrado en la bibliografía con respecto a los instrumentos que valoran las actitudes de los profesionales de la salud deberíamos definir qué son las actitudes. De las definiciones que algunos autores han tratado de dar a la palabra actitud las que más se adaptan al concepto que nos interesa para este estudio son las siguientes: “Estado de disposición psicológica, adquirida y organizada a través de la propia experiencia, que incita al individuo a reaccionar de una manera característica frente a determinadas personas, objetos o situaciones”. (4) o “Tendencia o predisposición adquirida y relativamente duradera a evaluar de determinado modo a una persona, suceso o situación”. (5). Y ambas tienen en común que se tratan de tendencias adquiridas en el ambiente y derivadas de experiencias personales, de los conocimientos que se tengan y de otros factores sociales.

Puesto que los profesionales de la salud, y en especial los enfermeros/as se encuentran en una posición clave por su profesión y cercanía a estos pacientes y familias, es de importante relevancia analizar cuales son los conocimientos, percepciones, opinión y en general actitudes de los profesionales ante los drogodependientes, ya que estos influirán directamente sobre la calidad de la atención a sus pacientes. (6)

Una revisión reciente muestra cómo la cultura de una determinada organización puede tener un importante impacto en las actitudes de los profesionales hacia los pacientes con problemas por uso de sustancias y cómo el recibir una adecuada formación puede influir en producir cambios positivos en la práctica con drogodependientes. De todas formas no sólo la formación de los trabajadores influye en las actitudes de los profesionales, ya que las actitudes también están relacionadas con el entorno cultural y los recursos institucionales de los que se dispone. (7)

Metodología:

Para realizar este estudio se realizó una búsqueda bibliográfica en profundidad en las diferentes bases de datos tanto a nivel nacional como internacional en ciencias de la salud que incluyesen especialmente fuentes de información científicas en drogodependencias. La búsqueda se realizó entre los meses de Marzo-Abril del 2013 según pautas de la guía docente para la elaboración del trabajo final de grado en enfermería por la facultad de Enfermería y Fisioterapia de la Universidad de las Islas Baleares. Se realizó una traducción de las palabras clave a descriptores en DeCS para que se asegurase la pertinencia en las diferentes bases de datos en ciencias de la salud consultadas. La búsqueda se realizó mediante el Mesh (Medical Subject Heading) y los cruces que se emplearon mediante operadores booleanos fueron los siguientes que se describen en las siguientes tablas de estrategia de búsqueda:

Tabla 1

Estrategia de búsqueda bibliográfica			
Pregunta de Investigación	¿EXISTEN INSTRUMENTOS PARA MEDIR LAS ACTITUDES DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD ANTE EL DROGODEPENDIENTE?		
Objetivos	-General: Explorar la existencia de instrumentos que midan las actitudes de los profesionales de la salud ante el drogodependiente. -Específico 1: Describir las diferentes escalas sobre valoración de actitudes profesionales en pacientes drogodependientes. -Específico 2: Identificar como las actitudes de los profesionales influyen en los cuidados al drogodependiente.		
Palabras Clave	Trastornos Relacionados con Sustancias, Actitud del Personal de Salud, Escalas, Droga, Rol Profesional.		
Descriptores	Los descriptores se presentarán en Castellano e Inglés para su uso en las bases de datos traducidos al lenguaje documental a partir de las palabras clave generadas en DESC		
		Castellano	Inglés
	Raíz	-Trastornos Relacionados con Sustancias -Actitud del personal	-Substance-related Disorders -Attitude of Health

		de Salud	Personnel
	Secundario(s)	-Escala	-Scales
	Marginale(s)	-Rol Profesional -Usuario de Drogas -Droga -Enfermeras	-Profesional rol -Drug user -Drug -Nurses
Booleanos	Especificar los tres niveles de combinación con booleanos		
	1er Nivel	Trastornos Relacionados con Sustancias/Substance-related Disorders AND Actitud del Personal de Salud/Attitude of Helath Personnel	
	2do Nivel	Trastornos Relacionados con Sustancias/Substance-related Disorders AND Actitud del Personal de Salud/Attitude of Helath Personnel AND Escalas/Scales	
	3er Nivel	Actitud del Personal de Salud/Attitude of Helath Personnel AND Rol Profesional/Professional Role	
Área de Conocimiento	Ej: Si deseo estudiar los cuidados a un paciente con Demencia en tratamiento con Neurolépticos: Ciencias de la Salud, Fisiología, Neurología, Enfermería, farmacología. -Ciencias de la salud -Drogodependencias -Enfermería -Psicología		
Selección de Bases de Datos	Metabuscadores EBSCOhost <input checked="" type="checkbox"/> BVS <input checked="" type="checkbox"/> OVID <input type="checkbox"/> CSIC <input type="checkbox"/> Otras <input type="checkbox"/>	Bases de Datos Específicas Pubmed <input checked="" type="checkbox"/> Embase <input type="checkbox"/> IME <input checked="" type="checkbox"/> Ibecs <input checked="" type="checkbox"/> Psynfo <input type="checkbox"/> LILACS <input type="checkbox"/> Cuiden <input checked="" type="checkbox"/> CINHALL <input checked="" type="checkbox"/> Web of Knowledge <input type="checkbox"/> Otras (especificar) <input checked="" type="checkbox"/> PsycArticles	Bases de Datos Revisiones Cochrane <input checked="" type="checkbox"/> Excelencia Clínica <input type="checkbox"/> PEDro <input type="checkbox"/> JBI <input type="checkbox"/> Otras (especificar) <input type="checkbox"/>

Tabla 2

	Substance-related disorders AND Attitude of health personnel.	Substance-related disorders AND Attitude of health personnel AND Scales	Substance-related disorders AND Professional Role	Attitude of health personnel AND Drug	Substance-related disorders	Trastornos relacionados con sustancias	Válidos
Pubmed	2704	45	1605	X	X	X	8
IBECS	0	X	X	24	0	X	2
EBSCOHOST	0	X	X	X	7	X	0
IME	0	0	0	0	0	8	1
CINAHL	193	15	X	X	X	X	6
COCHRANE	0	0	0	0	X	191	0
PsycARTICLES	0	0	0	0	6	X	0
BVS	10	0	6	X	797	X	5
Otra bibliografía							4
TOTAL							27

De esta forma se revisaron un total de 27 artículos pertinentes para el fenómeno a estudio, aunque posteriormente algunos fueron desestimados por no adaptarse a las necesidades del estudio que estaba realizando. Los artículos aceptados, 21 en total, fueron sometidos a análisis crítico y se describieron en tablas en las que se incluía la justificación, tipo de estudio, resultado y conclusiones relevantes de cada artículo así como bibliografía que contenían y podría ser interesante para en un futuro completar la revisión bibliográfica mediante una búsqueda dirigida o en bola de nieve a otros artículos que mediante la estrategia utilizada en este no habían aparecido (Estas tablas de bibliografía se adjuntan al final después de los apendices). Además los artículos encontrados fueron clasificados según una escala Likert de 4 puntos clasificándolos según la relevancia o pertinencia que poseen para este estudio, siendo 1 igual a “Poco relevante para el objetivo de nuestro estudio (valorar su exclusión)”, 2 igual a “Relevante para el marco teórico de justificación del estudio pero de poca calidad metodológica”, 3 igual a “Relevante por la metodología de investigación pero con resultados poco interesantes para nuestro estudio” y por último 4 igual a “Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico”. De esta forma se obtuvo una tabla (Tabla 3) que nos permite ver a simple vista si los resultados obtenidos eran suficientemente relevantes para el estudio o no.

Tabla 3

Valoración escala Likert	
Likert 1	1 Artículo
Likert 2	7 Artículos
Likert 3	8 Artículos
Likert 4	5 Artículos

(Ver fichas de Artículos en Anexo)

Como se puede apreciar en la tabla 1, la mayoría de artículos se sitúan por encima de la puntuación Likert 2 por tanto la información encontrada fue clasificada como relevante para realizar el trabajo de fin de grado y poder conocer si existían o no instrumentos suficientes y válidos para medir las actitudes de los profesionales de la salud ante el drogodependiente.

De estos 21 artículos consultados tras la revisión en las diferentes bases de datos se encontraron los siguientes diseños de investigación:

Tabla 4

Tipo de estudio	Revisión bibliográfica	2	Ensayo Clínico	1
	Revisión Sistemática	0	Casos controles	0
	Meta-análisis	0	Cohortes	0
	Marco Teórico	0	Descriptivo	18
	Revisión histórica	0	Cualitativa	0

Resultados:

Aunque los resultados obtenidos tras la búsqueda fueron bastante reducidos y muchos de ellos se centran más en pacientes alcohólicos que en abuso de otras drogas se encontraron 13 cuestionarios/escalas que analizaban cuales eran las actitudes

conocimientos u opiniones de los profesionales frente al drogodependiente/ alcohólico, de los cuales solo 6 eran específicos para drogodependientes. Estos fueron los siguientes: Attitudes toward IDU (injecting drug users) scale, Perceptions of Controllability of IDU scale, B. Happel y C. Taylor Questionnaire, CMBQ (Contingency Management Beliefs Questionnaire), Abstinence Orientation Scale, Disapproval of Drug Use Scale, AAPPQ/DDPPQ, APOPQ/DPOPQ, Marcus Alcoholism Questionnaire, Seaman Manello scale, Tolor-Tamerin scale, escala Allen, escala Sullivan, escala Ferneau. A continuación he dividido los resultados según las escalas mencionadas anteriormente, en la que se describen sus características específicas:

-Attitudes toward IDU (injecting drug users) scale; es una escala que ha demostrado una alta fiabilidad y validez en estudiantes y profesionales de la salud, adaptada a partir de otras escalas existentes utilizadas para medir actitudes hacia el VIH/SIDA y personas homosexuales. Consiste en 10 ítems que pueden ser valorados según una escala Likert de 5 puntos que van desde el 1 “muy en desacuerdo” a el 5 “muy de acuerdo”. Apéndice 1. **(8)**

-Perceptions of Controllability of IDU scale; una escala que mide la percepción de los profesionales sobre cual es el control que los drogodependientes tienen sobre su propia enfermedad. Está compuesta por 4 ítems que pueden valorarse según escala Likert de 5 puntos que van desde el 1 “muy en desacuerdo” a el 5 “muy de acuerdo”. Apéndice 2. **(8)**

-El cuestionario creado por B. Happel y C. Taylor es un cuestionario autoelaborado específicamente para el estudio que realizaron. Consiste en 50 ítems que pueden ser valoradas según una escala Likert de 6 puntos desde 1 -“muy en desacuerdo” a 6- “muy de acuerdo”. El Cuestionario está dividido en 3 subescalas que mide las actitudes, confianza y conocimientos percividos respectivamente. Apéndice 3 **(9)**

-El CMBQ (Contingency Management Beliefs Questionnaire) Es un cuestionario compuesto por 32 ítems que se valoran según una escala Likert 5 puntos, mediante los cuales no se valoran los conocimientos o actitudes de los profesionales, pero si que se les da la oportunidad de opinar sobre si 1 “influye” o 5 “no influye” los diferentes ítems sobre el tratamiento mediante el manejo de contingencias (CM) en los drogodependientes. Se tratan creencias relacionadas con la eficacia de la CM, cuestiones institucionales, preocupaciones filosóficas, cuestiones de formación/competencia, barreras logísticas y declaraciones de apoyo o no al tratamiento mediante manejo de contingencias. De esta manera indirectamente se estudian los conocimientos y creencias de los profesionales sobre los drogodependientes. Apéndice 4 **(10)**.

-La Abstinence Orientation Scale; mide la fuerza del compromiso de los profesionales con las políticas orientadas a los tratamientos con abstinencia y el rechazo del mantenimiento indefinido. Consiste en una escala compuesta por 14 ítems los cuales se valoran mediante una escala likert del 1 al 5; siendo 1 = en total desacuerdo, 2= en desacuerdo, 3= incierto, 4= de acuerdo y 5= totalmente de acuerdo. Apéndice 5. **(11,12)**

-La Disapproval of Drug Use Scale; mide el apoyo de los profesionales al castigo del consumo ilegal de drogas. Es una escala compuesta por 6 ítems valorados mediante una

escala likert del 1 al 5; siendo 1 = en total desacuerdo, 2= en desacuerdo, 3= incierto, 4= de acuerdo y 5= totalmente de acuerdo Los elementos que mejor resumen su contenido son: “La marihuana no debería ser legalizada” y “la sociedad moderna es demasiado tolerante con los drogadictos”. **(12)**

-AAPPQ; El Cuestionario de Percepción de Problemas de Alcohol y Alcohol. A efectos de una cohorte de drogas específica se reemplazó la palabra “alcohol” por “drogas” de tal manera que el cuestionario queda como DDPPQ (Drug and Drug Problems Perception Questionnaire). Por otra parte se encuentra el cuestionario APOPQ (Cuestionario de Problemas de Alcohol Ocupacionalmente Percibidos), que siguiendo la misma regla que el anterior fue modificado como DPOPQ. **(13)**

El primero de ellos AAPPQ/DDPPQ se diseñó para medir actitudes de los profesionales frente al drogodependiente. Consiste en 29 ítems que se valoran según una escala Likert de 7 puntos que va desde “muy en desacuerdo” hasta “muy de acuerdo”. Estos 29 puntos pueden dividirse en 5 subescalas: Legitimidad, Adecuación, Predisposición a trabajar con drogodependientes, expectativas de satisfacción en el trabajo con los drogodependientes y por último autoestima profesional en el trabajo con los drogodependientes. Apéndice 6 **(14,15)**

-Marcus Alcoholism Questionnaire; es una escala que contiene 9 subescalas con un total de 40 ítems (algunos ítems fueron eliminados debido a su poca correlación con el resto de ítems de la escala) de las áreas de opinión sobre el alcoholismo. Cada ítem se puede calificar mediante una escala Likert de 7 puntos en la que el 1 hace referencia a el “total desacuerdo” y el 7 hace referencia al “total de acuerdo”. Las nueve subescalas que contiene hacen referencia a los siguientes aspectos: 1-Dificultades emocionales, 2- Pérdida de control en el alcoholismo, 3- El pronóstico de recuperación es bajo, 4- Un alcohólico puede ser un bebedor periódico excesivo, 5- El alcoholismo como un defecto de carácter, 6- Los alcohólicos tienen una baja condición social, 7-El alcoholismo no es una enfermedad, 8- El alcoholismo como indulgencia voluntaria inofensiva y 9- El alcohol tiene una alta adicción. Apéndice 7 **(16)**

-Seaman Manello; es una escala validada para medir las actitudes de los profesionales frente al paciente alcohólico. Esta compuesta por 30 ítems que se pueden valorar según una escala Likert de 5 puntos, siendo 1 igual a “en total desacuerdo” y 5 igual a “en total acuerdo”. La escala está internamente subdividida en 5 subescalas aunque los ítems de ellas están entrecruzados: La Sub-Escala I: Inclinación con relación al caso: terapia vs castigo, la Sub-Escala II: Satisfacción personal/profesional en su trabajo con alcohólicos, la Sub-escala III: Inclinación a identificarse: habilidad para ayudar a pacientes alcohólicos, la Sub-Escala IV: Percepciones de características personales de personas alcohólicas y por último la Sub-Escala V: Actitudes personales hacia la bebida. Apéndice 8 **(17,18)**

-Tolor-Tamerin; es otra escala de valoración de las actitudes frente al alcoholismo. Está compuesta de 24 ítems que se valoran según una escala Likert de 4 puntos que va desde el 1 como “mayor desacuerdo” al 4 “como mayor acuerdo”. Esta escala se divide en 6 subescalas que tratan diferentes categorías actitudinales: etiología psicológica, etiología física y genética, la debilidad moral, la enfermedad médica, el humanismo y el rechazo social. **(19)**

-Otras escalas como la escala Allen o la escala Sullivan también valoran actitudes frente al paciente alcohólico, o por ejemplo la escala Ferneau que se centra algo más en actitudes frente al paciente psiquiátrico. **(19)**

Tal y como se puede observar gran parte de los resultados obtenidos, aún habiéndose dirigido la búsqueda hacia el ámbito específico de drogodependencias, son referentes a temas de alcoholismo, lo que nos da a entender que a priori no parece haber muchos instrumentos que valoren las actitudes de los profesionales de la salud frente a los drogodependientes concretamente. De todas formas, y para evitar no sesgar los resultados obtenidos tras la correcta búsqueda en bases de datos, todos los artículos fueron incluidos en este estudio, sin discriminar a aquellos que se centraban más en el paciente alcohólico que en drogodependencias.

Discusión:

A continuación se describen cuales fueron las conclusiones y resultados más relevantes que estos cuestionarios y escalas junto con el resto de artículos sugerían.

Los resultados obtenidos revelan que al examinar la actitud, la confianza y el conocimiento percibido por los participantes en el estudio realizado por B. Happell y C. Taylor en el que administraron 200 cuestionarios en el Hospital metropolitano de Melbourne, Victoria, Australia y que fue completado por el 53% de las enfermeras (n=106) fueron bastante negativos al respecto. El 91% de enfermeras reconoció su gran necesidad de educación en el ámbito de las drogodependencias. Las tres áreas en las que se encontró y se identificó una mayor necesidad de educación/formación fueron: El síndrome de abstinencia, las intoxicaciones (paciente intoxicado) y la historia clínica del drogodependiente. Además estos resultados muestran también que a las enfermeras les preocupaban más los estados agudos del paciente que los temas de prevención y minimización de daños o de inclusión en tratamientos crónicos o deshabitamiento con metadona. La educación recibida en los servicios y unidades sobre temas de drogodependencias se ha demostrado que mejora el desarrollo de actitudes más positivas hacia los drogadictos y alcohólicos. Aunque por otro lado se realizan pocos estudios que determinen la cantidad de la educación que se recibe en los servicios sobre estos temas. **(20)**

Estudios recientes sugieren que las enfermeras recibieron muy poca educación en estos temas. Alrededor del 60% de enfermeras afirmó no haber recibido nada de formación de drogas y alcohol en su servicio/unidad, un 28% solo había recibido entre 1 y 10h, un 3% entre 11 y 20h, un 2% entre 21 y 30h. y tan solo aproximadamente un 6% más de 30h. de formación. **(20)**

Además la educación que se da a estudiantes de profesiones sanitarias sobre alcoholismo y drogodependencias sigue siendo insuficiente en los planes de estudios (aunque se ha demostrado que es un papel decisivo). Algunos estudios demuestran que aunque los resultados obtenidos tras la formación de los estudiantes en temas de drogodependencias son positivos se deberían considerar más cambios en los planes de estudio que pudieran abordar los déficits de conocimientos específicos y aumentar de esta forma el

compromiso terapéutico y la seguridad profesional de estos futuros trabajadores de la sanidad. (21)

En un estudio que se realizó administrando 2 escalas de actitudes y prueba de conocimientos al personal que trabajaba en clínicas de metadona en New York y que además demostró su validez midiendo el compromiso con las políticas de abstinencia y el apoyo para el castigo de los consumidores de drogas ilícitas, se sugiere que se debe poner más atención en las actitudes y creencias del personal, se debería invertir más en su entrenamiento e incluso en postgrados universitarios en la educación. Los autores partían de la premisa de que la formación influía directamente en la orientación hacia los distintos tipos de tratamiento y tras realizar el estudio confirmaron como era de esperar que había una mayor correlación entre aquellas personas que carecían de educación postgrado con el estar a favor de las políticas de orientación a la abstinencia que por ejemplo médicos y otras personas que habían realizado postgrados en psicología o trabajo social. El personal sin estudios postgrado estaba a favor de al menos la mitad de los ítems de la Abstinente Orientation Scale, mientras que los médicos estaban en desacuerdo con todas. (12)

Un estudio realizado en Cataluña y que trataba de analizar la accesibilidad a tratamientos en personas con problemas de Alcohol y otras Sustancias de abuso demostró que las actitudes de los profesionales hacia los pacientes con trastorno por uso de sustancias son muy importantes a la hora de conseguir una vinculación con los tratamientos y que mejorarlas debe ser tenido en cuenta en las políticas sobre tratamiento. En el estudio se describe además una menor consideración de los profesionales frente a pacientes con trastornos por drogodependencias comparado con pacientes con depresión o diabetes, por ejemplo. Por lo que hay que trabajar directamente en las actitudes negativas de los profesionales y combatirlas. (22)

Cape G. Hannah A. y Sellman D. concluyeron en su estudio que es realmente importante por lo tanto tener en cuenta que la necesidad de una mayor investigación en esta área no sólo está justificada sino que además debería realizarse con urgencia. (12)

Cabe considerar como aquellos factores que determinan las actitudes, además de los conocimientos, la comunicación, cohesión del personal, la claridad de la de los objetivos que tiene el personal, el ambiente de trabajo y el estrés laboral, sobre todo este último. (21) Un estudio que analizaba el burnout en los profesionales que trabajan con drogodependientes mostró que este colectivo padecía un intenso malestar profesional, superior incluso al que han determinado otros estudios sobre equipos de atención sanitaria en otros niveles de salud. Se mostró como el personal recurría a la despersonalización de sus pacientes ya no solo como consecuencia del agotamiento profesional sino como una estrategia de autoprotección o por evitar tener demasiada vinculación emocional. (22)

También existen ideas negativas entre el resto de profesionales de la salud, ya que algunos parecen atribuir estatus inferior a trabajar con drogodependientes que a ayudar a otros grupos de pacientes, y esto podría dar lugar a situaciones que rozan lo que se entiende como burnout. Si bien esta idea varía un poco dependiendo de unos países u otros como muestra un estudio multicéntrico europeo que incluyó a 866 profesionales (médicos, psiquiatras, psicólogos, enfermeros y trabajadores sociales) de 253 servicios diferentes y en el cual mediante la escala: “Measurements The Medical Condition

Regard Scale” se buscaba la opinión de los profesionales frente a trabajar con drogodependientes. (23)

Otras opiniones negativas que surgen de los propios profesionales y que al igual que lo expuesto anteriormente puede que rodeen a este tema de burnout y actitudes negativas se muestran en un estudio que se llevó a cabo con un total de 357 enfermeras pertenecientes a 2 hospitales New England community en Estados Unidos en el cual se describía como la actitud de las enfermeras frente a pacientes con SIDA estaba influenciada por cómo habían adquirido el virus, actividad sexual con hombres, actividad sexual con mujeres, transfusión sanguínea y compartir agujas entre pacientes drogodependientes. Este último (drogodependientes) era frente al que las enfermeras según el cuestionario administrado mostraban tener las actitudes más negativas en contraposición con los pacientes que habían adquirido el SIDA mediante transfusión de sangre (con los cuales tenían actitudes más positivas). (24)

Conclusión:

En conclusión los resultados demuestran que la evidencia científica es escasa y todos los estudios coinciden en las ideas de que se necesitan realizar más investigaciones al respecto y de que se necesitan más programas educativos para mejorar los conocimientos sobre el alcohol/drogas en las enfermeras y profesionales sanitarios en general. Sobre todo es importante hacer hincapié en el impacto del abuso de sustancias, en la enfermedad y tratamiento y en que las enfermeras entiendan su papel al intervenir en el consumo de sustancias para facilitar la intervención. Así como es necesaria mayor educación relacionada con sustancias para la población general, políticos y hospitales para de esta manera elevar el número de facilitadores al acceso a tratamientos y reducir los obstáculos que intervienen en el consumo problemático de alcohol y otras sustancias.

Algunos de los estudios encontrados sugieren que las escalas de valoración y cuestionarios de actitudes de los profesionales ante el paciente que abusa de sustancias (ya sean alcohol u otras drogas) son insuficientes y que entre ellos muestran solapamiento en algunos ítems que evalúan actitudes o creencias, aunque cada una tiene también cosas que la diferencian del resto y por tanto se propone hacer una escala única que unifique los conceptos relevantes que todas abarcan.

Mi propuesta tras realizar este estudio y una vez observada y estudiada la bibliografía con la que se cuenta hasta este momento en el ámbito de la investigación de actitudes frente al drogodependiente es encarar este trabajo de fin de grado como a la justificación de futuros estudios que puedan llevarse a cabo tras realizar una búsqueda mediante la metodología de “bola de nieve” con las referencias rescatadas en las fichas de cada artículo y poder profundizar más al respecto. Finalmente y con toda la información poder proponer una escala de valoración de actitudes de los profesionales de la salud frente al drogodependiente que sea validada, que unifique las existentes (cubriendo en un solo cuestionario todos los ítems necesarios para conocer dichas actitudes) y que sea el instrumento, inexistente hasta el momento, de referencia para el resto de investigadores sobre este tema.

Bibliografía:

- 1 -Marcela C, Hourmilougue.¿De qué hablamos, cuando hablamos de drogas?. 1997. http://www.oocities.org/marcelah_arg/qdroga.pdf (Página consultada el 10 de Abril de 2013)
- 2 Plan estadístico Nacional, Gobierno de España, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2011, <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/estudios/home.htm> (Página consultada el 10 de Abril de 2013)
- 3 Instituto Nacional de Estadística. Madrid: INE; Octubre 2011[acceso 20 Marzo 2013]. INE base. Estimaciones de la población actual de España calculadas a partir del censo de 2001. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxiBD/tabla.do>
- 4 Ander-Egg E., Técnicas de investigación social, Hvmantitas, Buenos Aires, 1987, 21 edición, pág. 251-252.
- 5 Vander Zanden J., Manual de Psicología Social, Barcelona, Paidós, 1986, pág. 614
- 6 Molina Mula J, Hernández Sánchez D, Sanz Alvarez E, Clar Aragón F, Grupo de investigación Balear de Enfermería en Drogodependencias. Impacto de las actitudes de las enfermeras en la calidad de los cuidados en drogodependientes. Index de Enfermería. 2012; 21(4):214-218
- 7 Gilchrist, G., Fonseca, F., Torrens, M. (2011) Accesibilidad a tratamiento en personas con problemas de Alcohol y otras Sustancias de abuso (Access to treatment for people with alcohol and other substance abuse problems), *Addiciones*, 23(4): 343-348.
- 8 Brener L, Von Hippel W. Measuring Attitudes Toward Injecting Drug Users and People with Hepatitis C. *Substance Use & Misuse*, 2008, 43:295-302
- 9 Happel B, Taylor C. Negative attitudes towards clients with drug and alcohol related problems: Finding the elusive solution. *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing* 2001 10, 87-96
- 10 Rash CJ, Petry NM, Kirby KC, Martino S, Roll J, Stitzer ML. Identifying provider beliefs related to contingency management doption using the contingency management beliefs questionnaire. *Drug and Alcohol Dependence*, 2012, 121, 205- 212
- 11 Caplehorn JRM, Lumley TS, Irwig L, Saunders JB. Changing attitudes and beliefs of staff working in methadone maintenance programs. *Aust NZ J Public Health* 1998; 22: 505-8
- 12 John RM, Caplehorn MB, Diana M, Hartel, Irwig L. Measuring and Comparing the Attitudes and Beliefs of Staff Working in New York Methadone Maintenance Clinics. 1997, *Substance Use & Misuse*, 32(4), 399-413

- 13 Albery IP, Heuston J, Ward J, Groves P, Durand MA, Gossop M, Strang J. Measuring therapeutic attitude among drug workers. *Addictive Behaviors*, 2003 28, 995–1005
- 14 Gorman DM, Cartwright AKJ. Implications of using the composite and short versions of the Alcohol and Alcohol Problems Perception Questionnaire (AAPPQ). *British Journal of Addiction*, 1991, 86, 327-334
- 15 Watson H, Maclaren W, Kerr S. Staff attitudes towards working with drug users: development of the Drug Problems Perceptions Questionnaire. *Addiction* (Abingdon, England) 2007,102 (2), 206-15
- 16 Heiligman RM, Nagoshi CT. A Longitudinal Study of Family Practice Residents' Attitudes Toward Alcoholism. *Educational Research and Methods*, 1994, Vol. 26, (7), 447
- 17 Reyne Navarrete P, L, Antonia Villar M. Actitud de la enfermera de un complejo hospitalario en relación al paciente alcoholico. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. 2004, 12,(n.spe) 420-426.
- 18 Sanz Álvarez E, Simonet Bennassar M, Clar Aragón F, Gelabert Binimelis A, Molina Mula J, Hernández Sánchez D. Grupo de Investigación Balear de Enfermería en Drogodependencias (GIBED). Valoración de actitudes profesionales en enfermeras ante el alcohol y la atención al drogodependiente. *Biblioteca Lascasas*, 2012; 8(1). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0644.php> (Página consultada el 10 de Abril de 2013)
- 19 Pillon S, Laranjeira R, John D. Nurses' attitudes towards alcoholism: factor analysis of three commonly used scales. *Sao Paulo Med. J.* [online]. 1998, vol.116, n.2, pp. 1661-1666. ISSN 1516-3180.
- 20 15 Cape G, Hannah A, Sellman D. A longitudinal evaluation of medical student knowledge,skills and attitudes to alcohol and drugs. 2006
- 21 Gilchrist G, Fonseca Casals F, Torrens Melich M. Accesibilidad a tratamiento en personas con problemas de Alcohol y otras Sustancias de abuso. *Adicciones: Revista de socidrogalcohol*, 2011, 23, (4), 343-348
- 22 Joe WG, Broome KM, Simpson DD, Rowan-Szal GA. Counselor perceptions of organizational factors and innovations training experiences. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 2007, 33 ,171– 182
- 23 Pedrero Pérez EJ, Puerta García C, Lagares Roibas A, Sáez Maldonado A, García Barquero I. Estudio del burnout en profesionales de drogodependencias. *Trastornos Adictivos* 2004, 6(1):5-15

- 24 Gilchrist G, Moskalewicz J, Slezakova S, Okruhlica L, Torrens M, Vajd R, Baldacchino A. Staff regard towards working with substance users: a European multi-centre study. 2010
- 25 Cole FL, Slocumb EM. Nurses' attitudes toward patients with AIDS. *Journal of Advanced Nursing*, 1993,18,1112-1117
- 26 Tsai Y F, Tsai MC, Lin YP, Weng YMC, Chen CY, Chen MC. Facilitators and barriers to intervening for problem alcohol use. *Journal of Advanced Nursing*, 2010, 66(7), 1459–1468
- 27 Pillon S, Laranjeira R, John D. Nurses' attitudes towards alcoholism: factor analysis of three commonly used scales. *Sao Paulo Med. J.* [online]. 1998, vol.116, n.2, pp. 1661-1666. ISSN 1516-3180.

Apéndice 1

<i>Attitudes toward IDU Scale</i>
1. I won't associate with known injecting drug users if I can help it.
2. Injecting drug users should be locked up to protect society.
3. Injecting drug users have a perfect right to their lifestyle, if that's the way they want to live
4. Injecting drug use is just plain wrong.
5. Injecting drug use is immoral.
6. Injecting drug use is merely a different kind of lifestyle that should not be condemned.
7. Injecting drug users are mistreated in our society.
8. People should feel sympathetic and understanding of injecting drug users.
9. Injecting drug users should be accepted completely into our society.
10. I avoid injecting drug users whenever possible.

Apéndice 2

<i>Perceptions of Controllability of Drug Use</i>
1. Injecting drug users are responsible for their addiction.
2. Injecting drug users can stop using drugs whenever they want to.
3. People inject drugs to avoid dealing with their own inadequacies.
4. Injecting drug users have weak characters.

Apéndice 3

<i>TABLE 1: Questionnaire subscales for attitudes</i>
I consider working with patients with drug and alcohol problems to be fulfilling
patients with drug and alcohol problems if I knew more about it
I would feel more positive about caring for patients with drug and alcohol problems if I
knew more about it
I deliver the same standard of nursing care to patients with drug and alcohol problems as I would to any other patient
Caring for patients with drug and alcohol problems disrupts the ward routine
I believe one of my duties as a nurse is to educate people who use drugs and alcohol how to continue using safely
<i>TABLE 2: Questionnaire subscales for confidence</i>
I feel confident in my ability to adequately care for patients with drug and alcohol problems
I believe I have something to offer patients with drug and alcohol problems
I do not believe I have the personal qualities required to work successfully with patients with drug and alcohol problems
In general I feel quite comfortable working with patients with drug and alcohol problems
When I experience problems in caring for patients with drug and alcohol problems I

just try to manage the best I can
I tend to avoid talking to patients if I know they have drug and alcohol problems
TABLE 3: Questionnaire subscales for perceived knowledge
I feel I know enough about the causes of drug and alcohol problems to provide adequate nursing care to patients with drug and alcohol problems
I feel I am able to appropriately advise my patients about the problems associated with drug and alcohol use
Patients with drug and alcohol problems should only be cared for by specialist nurses
I am more scared of catching a blood-borne virus such as HIV or Hepatitis C when caring for patients with drug and alcohol problems
Abstinence is the only effective treatment for people with drug and alcohol problems
Patients with drug and alcohol problems can only be effectively treated when their life is in crisis
People who use drugs and alcohol recreationally will eventually become dependent

CMBQ items

- 20. I am worried about what happens once the contingencies are withdrawn.
- 8. CM is expensive (e.g., cost of prizes, vouchers).
- 1. The research evidence about CM's effectiveness does not apply to everyday clinic populations.
- 3. Clients might sell/trade earned items for drugs.
- 12. Providing prizes/vouchers undermines the clients' internal motivation to stay sober.
- 26. CM doesn't address the underlying cause of addiction.
- 25. I believe it is not right to give rewards for abstinence if clients are not meeting other treatment goals (e.g., group attendance).
- 9. I am not convinced by the research about CM's effectiveness with substance abusers.
- 19. CM interventions create extra work for me.
- 24. CM might cause arguments among clients (e.g., when some get prizes and other do not).
- 13. I do not have time to administer voucher/prizes in a therapy session.
- 15. Clients will view CM as patronizing.
- 28. The community wouldn't understand (i.e., clinic will look bad for giving rewards to substance abusers).
- 14. My clinical experience with recovering addicts is more important than any research evidence.
- 7. I find CM distasteful because it is basically paying someone to do what they should do already.
- 4. A lot of my clients are already abstinent at intake, so they don't need CM.
- 32. Our clinic rules prevent urine screening.
- 16. I want more training before implementing CM.
- 27. Currently, no one in my facility has the experience to supervise CM.
- 22. I don't feel qualified or properly trained to administer CM

- 31. My agency/supervisors/administrators do not support CM (e.g., do not provide training, resources).
- 18. Any source of motivation, including extrinsic motivation, is good if it helps get clients involved and responding to treatment.
- 6. CM is useful when targeting treatment goals other than abstinence (attendance, activities).
- 35. CM is helpful because it helps keep clients engaged in treatment long enough for them to really learn valuable skills.
- 33. CM focuses on the good in clients' behavior, and not just what went wrong.
- 11. CM is good for clients because they get excited about their treatment and progress.
- 29. CM is worth the time and effort if it works.
- 30. I am in favor of adding CM interventions to our existing substance abuse treatment services.
- 34. CM helps clients get sober so that they can work on other aspects of treatment.
- 5. CM is useful when targeting abstinence.
- 17. CM will help get clients in the door (e.g., motivate them to come to treatment).
- 10. CM is good for the client-counselor relationship.
- 2. I can't bill for the extra work and effort involved in CM.
- 21. CM is not consistent with the predominant approach at my facility.
- 23. CM is difficult to implement.

Apéndice 4

Apéndice 5

The abstinence orientation scale

Item
Methadone maintenance patients who continue to use illicit opiates should have their dose of methadone reduced.
Maintenance patients who ignore repeated warnings to stop using illicit opiates should be gradually withdrawn off methadone.
No limits should be set on the duration of methadone maintenance. ³
Methadone should be gradually withdrawn once a maintenance patient has ceased using illicit opiates.
Methadone services should be expanded so that all narcotic addicts who want methadone maintenance can receive it. ⁴
Methadone maintenance patients who continue to abuse non-opioid drugs (e.g. benzodiazepines) should have their dose of methadone reduced.
Abstinence from all opioids (including methadone) should be the principal goal of methadone maintenance.
Left to themselves, most methadone patients would stay on methadone for life.
Maintenance patients should only be given enough methadone to prevent the onset of withdrawals.
It is unethical to maintain addicts on methadone indefinitely.
The clinician's principal role is to prepare methadone maintenance patients for drug-free living.
It is unethical to deny a narcotic addict methadone maintenance. ⁵
Confrontation is necessary in the treatment of drug addicts.
The clinician should encourage patients to remain in methadone maintenance for at least three to four years. ⁶

Apéndice 6

Table 1. Changes in therapeutic attitudes and basic role requirements and summary scale scores for the education and comparison groups

	Baseline		Follow-up		Change		
	Score	SD	Score	SD	Diff.	SD	Sig.
Therapeutic attitudes							
Role adequacy							
Education							
Comparison							
Role legitimacy							
Education							
Comparison							
Willingness to work with drinkers							
Education							
Comparison							
Expectations of satisfaction							
Education							
Comparison							
Self-esteem in work with drinkers							
Education							
Comparison							
Summary Scales							
Composite scale							
Education							
Comparison							
Short scale							
Education							
Comparison							

Item

- 1 I feel I have a working knowledge of drugs and drug related problems
- 2 I feel I know enough about the causes of drug problems to carry out my role when working with drug users
- 3 I feel I know enough about the physical effects of drug use to carry out my role when working with drug users
- 4 I feel I know enough about the psychological effects of drugs to carry out my role when working with drug users
- 5 I feel I know enough about the factors which put people at risk of developing drug problems to carry out my role when working with drug users
- 6 I feel I know how to counsel drug users over the long-term
- 7 I feel I can appropriately advise my patients/clients about drugs and their effects
- 8 I feel I have a clear idea of my responsibilities in helping drug users
- 9 I feel I have the right to ask patients/clients questions about their drug use when necessary
- 10 I feel that my patients/clients believe I have the right to ask them questions about drug use when necessary

- 11 I feel I have the right to ask a patient for any information that is relevant to their drug problems
- 12 If I felt the need when working with drug users I could easily find someone with whom I could discuss any personal difficulties that I might encounter
- 13 If I felt the need when working with drug users I could easily find someone who would help me clarify my professional responsibilities
- 14 If I felt the need I could easily find someone who would be able to help me formulate the best approach to a drug user
- 15 I am interested in the nature of drug-related problems and the responses that can be made to them
- 16 I want to work with drug users
- 17 I feel that the best I can personally offer drug users is referral to someone else
- 18 I feel that there is little I can do to help drug users
- 19 Pessimism is the most realistic attitude to take towards drug
- 20 I feel I am able to work with drug users as well as other client groups
- 21 All in all I am inclined to feel I am a failure with drug users.
- 22 In general, I have less respect for drug users than for most other patients/clients I work with.

- 23 I feel I do not have much to be proud of when working with drug users.
- 24 At times I feel I am no good at all with drug users.
- 25 On the whole, I am satisfied with the way I work with drug users.
- 26 I often feel uncomfortable when working with drug users.
- 27 In general, one can get satisfaction when working with drug users.
- 28 In general, it is rewarding to work with drug users.
- 29 In general, I feel I can understand drug users.
- 30 In general, I like drug users.

Apéndice 7

Table 1

Marcus Alcoholism Questionnaire Scale Items
and Reliabilities*

Scale 1: Emotional difficulties
as causes of alcoholism

1. Alcoholics usually have severe emotional difficulties.
2. An alcoholic's basic troubles were with him long before he had a problem with alcohol.
3. An alcoholic usually has something in his past that is driving him to drink.

Scale 2: Loss of control in alcoholism

1. The alcoholic is helpless to control the amount of alcohol he drinks.
2. Hardly any alcoholics could drink less even if they wanted to.
3. The most sensible way to deal with alcoholics is to compel them to go somewhere for treatment.
4. Even if an alcoholic has a sincere desire to stop drinking, he cannot possibly do so without help from others.

Scale 3: Prognosis for recovery is poor

1. The alcoholic is seldom helped by any medical or psychological treatment.
2. Most alcoholics could not be rehabilitated even if more help were available to them.
3. Most alcoholics are completely unconcerned about their problem.

Scale 4: Alcoholic can be periodic
excessive drinker

1. A person who often drinks to the point of drunkenness is almost always an alcoholic.
2. A person who frequently stays intoxicated for several days at a time is unquestionably an alcoholic.
3. Even if a heavy drinker is able to stop drinking for several weeks at a time, he may still be an alcoholic.
4. Some people who drink heavily, but only on weekends, are alcoholics.

Scale 5: Alcoholism as a character defect

1. People who become alcoholics are usually lacking in will power.
2. The alcoholic is a morally weak person.
3. Alcoholism is a sign of a character weakness.
4. The alcoholic is basically a spineless person who has found an easy way out of his problems.

Scale 6: Alcoholics have low social status

1. The average alcoholic is usually unemployed.
2. Alcoholics, on the average, have a poorer education than other people.
3. Alcoholics are seldom found in important positions in business.

Scale 7: Alcoholism is not an illness

1. Alcoholism is best described as a habit rather than an illness.
2. The alcoholic has only himself to blame for his problems.
3. Alcoholism is not a disease.

Scale 8: Alcoholism as harmless
voluntary indulgence

1. Most alcoholics have no desire to stop drinking.
2. Alcoholics seldom harm anybody but themselves.
3. The harm done by alcoholics is generally over estimated.
4. Alcoholics are usually in good physical health.

Scale 9: Alcohol has high
addiction liability

1. An alcoholic can get into as much trouble by drinking beer as by drinking liquor.
2. Once a person becomes an alcoholic, he can never learn to drink moderately again.
3. Nobody who drinks is immune from alcoholism.

* The original Marcus Alcoholism Questionnaire contains nine scales, each consisting of four items. One item was eliminated from several of the scales because of poor correlation with the remaining items on the scale. Thus, some scales presented in this table contain only three items.

Apéndice 8

Escala SEAMAN E MANNELLO
Sub-Escala I: Inclinación con relación al caso: terapia vs castigo 01. La vida de un alcohólico no es agradable. 06. Los alcohólicos tienen por lo general una pobre salud física. 11. Pienso que es muy penoso que los alcohólicos sufran a menudo por delirium tremens. 16. Los pacientes alcohólicos necesitan ayuda psiquiátrica. 21. Los alcohólicos deberían recibir tratamiento médico. 26. El alcoholismo es una enfermedad.
Sub-Escala II: Satisfacción personal/profesional en su trabajo con alcohólicos 02. Siento que trabajo mejor con pacientes alcohólicos. 07. Prefiero trabajar con alcohólicos en vez de otros pacientes. 12. Los alcohólicos merecen un lugar en el hospital al igual que cualquier otro paciente. 17. No pienso que mis pacientes se enojen si discuto su problema de consumo excesivo con ellos. 22. Me siento cómodo al trabajar con alcohólicos. 27. No me avergüenza hablar de alcoholismo.
Sub-escala III: Inclinación a identificarse: habilidad para ayudar a pacientes alcohólicos 03. Los alcohólicos no se preocupan solamente por su felicidad. 08. Los alcohólicos respetan sus familias. 13. Los alcohólicos quieren dejar de tomar. 18. Los alcohólicos que no obedecen las órdenes de las enfermeras también deben ser tratados.

23. La mayoría de los alcohólicos no quiere ser alcohólico.
 28. Puedo ayudar a un alcohólico aún si él o ella no deja de tomar.

Sub-Escala IV: Percepciones de características personales de personas alcohólicas
 04. Los alcohólicos son gente muy sensible.
 09. Los alcohólicos tienen complejo de inferioridad.
 14. Los alcohólicos fueron conducidos a la bebida debido a otros problemas.
 19. Los alcohólicos sienten que no son malas personas debido a su consumo de bebidas.
 14. Un alcohólico es solitario.
 29. Los alcohólicos tienen usualmente dificultades emocionales severas.

Sub-Escala V: Actitudes personales hacia la bebida
 05. El alcohol en cantidad moderada puede de hecho ser beneficioso para la salud de las personas.
 10. No hay nada malo en tomar cantidades moderadas de alcohol.
 15. Las bebidas alcohólicas son inofensivas si son usadas con moderación.
 20. La gente debería tomar bebidas alcohólicas si lo desea.
 25. Si son usadas con sabiduría, las bebidas alcohólicas no son más dañinas para los adultos normales que las bebidas sin alcohol.
 30. El consumo de bebidas alcohólicas no convierte a las personas normales en débiles y tontas.

ESCALA SEAMAN E MANNELLO/ ESCALA LIKERT

	1	2	3	4	5
	En total	En	No está de acuerdo	En	En total
01. La vida de un alcohólico no es agradable.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02. Los alcohólicos tienen por lo general una pobre salud física.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03. Pierdo peso y es muy peligroso que los alcohólicos sufran a menudo por delirium tremens.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04. Los pacientes alcohólicos necesitan ayuda psiquiátrica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05. Los alcohólicos deberían recibir tratamiento médico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06. El alcoholismo es una enfermedad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07. Siento que trabajo mejor con pacientes alcohólicos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08. Prefiero trabajar con alcohólicos en vez de otros pacientes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09. Los alcohólicos merecen un lugar en el hospital al igual que cualquier otro paciente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. No pierdo que mis pacientes se enfaden si discuto su problema de consumo excesivo con ellos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Me siento cómodo al trabajar con alcohólicos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. No me avergüenza hablar de alcoholismo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Los alcohólicos no se preocupan solamente por su felicidad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Los alcohólicos respetan a sus familias.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Los alcohólicos quieren dejar de beber.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Los alcohólicos que no obedecen las órdenes de los enfermeros también deben ser tratados.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. La mayoría de los alcohólicos no quiere ser alcohólicos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Puedo ayudar a un alcohólico aún si él o ella no deja de beber.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Los alcohólicos son gente muy sensible.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Los alcohólicos tienen complejo de inferioridad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Los alcohólicos fueron conducidos a la bebida debido a otros problemas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Los alcohólicos sienten que no son malas personas debido a su consumo de bebidas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Un alcohólico es solitario.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Los alcohólicos tienen usualmente dificultades emocionales severas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. El alcohol en cantidad moderada puede de hecho ser beneficioso para la salud de las personas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. No hay nada malo en tomar cantidades moderadas de alcohol.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Las bebidas alcohólicas son inofensivas si son usadas con moderación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. La gente debería tomar bebidas alcohólicas si lo desea.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Si son usadas con sabiduría, las bebidas alcohólicas no son más dañinas para los adultos normales que las bebidas sin alcohol.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. El consumo de bebidas alcohólicas no convierte a las personas normales en débiles y tontas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>