

# Estigma y enfermedad mental

Análisis del rechazo social que sufren  
las personas con enfermedad mental

Manuel Muñoz, Eloísa Pérez Santos,  
María Crespo y Ana Isabel Guillén



Queda rigurosamente prohibida sin la autorización escrita de los titulares del Copyright, bajo las sanciones establecidas en las leyes, la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier medio o procedimiento, comprendidos la reprografía y el tratamiento informático, y la distribución de ejemplares de ella mediante alquiler o préstamo público.

© 2009 by Manuel Muñoz, Eloísa Pérez Santos, María Crespo y Ana Isabel Guillén  
© 2009 by Editorial Complutense, S. A.  
Donoso Cortés, 63 – 4. planta (28015) Madrid  
Tels.: 91 394 64 60/1 Fax: 91 394 64 58  
e-mail: [ecsa@rect.ucm.es](mailto:ecsa@rect.ucm.es)  
[www.editorialcomplutense.com](http://www.editorialcomplutense.com)

Primera edición digital: septiembre 2009

ISBN: 978-84-7491-980-6

---

**ESTIGMA Y ENFERMEDAD MENTAL.**  
**Análisis del rechazo social que sufren las**  
**personas con enfermedad mental**

Manuel Muñoz  
Eloísa Pérez Santos  
María Crespo  
Ana Isabel Guillén

---



## **AGRADECIMIENTOS**

---

El equipo investigador quiere dar las gracias por su participación a las personas con enfermedad mental y los familiares que han superado sus reticencias iniciales para prestar su colaboración de forma desinteresada en este estudio. A la Consejera de Familia y Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid, que percibió la necesidad del trabajo y decidió confiar en nuestro grupo, a la Obra Social de Caja Madrid que colaboró en la financiación del mismo y a la Editorial de la Universidad Complutense de Madrid por su apoyo y comprensión en el proceso editorial. A la Dirección General de Servicios Sociales y a los técnicos y profesionales de la Red de Atención Social a las Personas con Enfermedad Mental Grave y Crónica de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales que han aportado sus opiniones y experiencias a este trabajo, a Marta Rosillo y Virginia Galilea. A la Federación Madrileña de Asociaciones pro Salud Mental (FEMASAM) que brindó sus locales y apoyo logístico y teórico y, muy especialmente a su presidente Víctor Contreras. A José Luís Fernández Iglesias que prestó su tiempo y conocimientos. A Raquel Molla que colaboró en el muestreo de los medios de comunicación. A Sonia Panadero cuyas lecturas y apoyo resultaron de gran ayuda en la redacción final del manuscrito. A los estudiantes de doctorado y licenciatura de la Facultad de Psicología y de la diplomatura de Terapia Ocupacional de la Universidad Complutense de Madrid que participaron en la recogida de datos del estudio. Y, sobre todo, a todos aquellos que luchan de forma activa por la erradicación del estigma de la enfermedad mental.



## **PRESENTACIÓN**

---

Las personas con enfermedad mental sufren, además de las discapacidades y dificultades de integración derivadas directamente de la enfermedad, las consecuencias del desconocimiento social que existe hacia las enfermedades mentales y quienes las padecen. Este prejuicio social determina y amplifica, en muchos casos, las dificultades de integración social y laboral de estas personas.

Las actitudes sociales de rechazo hacia estas personas y la consecuencia de una imagen social negativa pueden levantar barreras sociales adicionales que aumentan su riesgo de aislamiento y marginación.

Por ello es evidente que una atención integral a las personas con enfermedad mental no sólo tiene que cubrir suficientemente sus necesidades de apoyo e integración, sino que simultáneamente también debe de establecer acciones que disminuyan o eliminen las consecuencias negativas del estigma que tradicionalmente pesa sobre ellas.

El Plan de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y crónica 2003-2007 de la Comunidad de Madrid y que ha impulsado la Consejería de Familia y Asuntos Sociales, ha desarrollado actuaciones de Sensibilización Social y Lucha contra el Estigma encaminadas a la eliminación de estos prejuicios e ideas erróneas sobre las personas con enfermedad mental, y a difundir una imagen más ajustada a su verdadera situación, sus capacidades potenciales de integración y convivencia en la comunidad y sus derechos como ciudadanos.

Pero para poder desarrollar las acciones eficaces de sensibilización en la Comunidad de Madrid, se consideró necesario conocer mejor las múltiples dimensiones de este fenómeno. En esta línea, se realizó el proyecto de investigación social sobre Estigma Social y Enfermedad Mental, contenido de esta publicación.

Para el desarrollo de este proyecto de investigación se contó con el inestimable apoyo de Obra Social de Caja Madrid y fue desarrollado, en el marco de un Convenio de colaboración con la Universidad Complutense de Madrid, por un equipo de investigadores liderado y dirigido por el profesor D. Manuel Muñoz, de la Facultad de Psicología, que tiene una excelente trayectoria y un reconocido prestigio en el desarrollo de investigaciones en el ámbito de la problemática social y la enfermedad mental grave.

Sus objetivos principales fueron: investigar y conocer las representaciones sociales y prejuicios que la sociedad tiene de la problemática de las personas con enfermedad mental y sus consecuencias e impacto sobre éstas y sus familias, establecer propuestas de actuaciones que disminuyan estas actitudes y su estigma, y así con ello aumentar la sensibilización, aceptación social y el compromiso de la sociedad en la integración social y laboral de las personas con enfermedad mental grave y duradera.

Confiamos en que este estudio, que es ya una referencia en nuestro país en este tipo de investigaciones, sea del interés de los lectores contribuyendo al objetivo con el que se ha realizado.

**CONSEJERÍA DE FAMILIA Y ASUNTOS SOCIALES**





## INDICE

---

### PRESENTACIÓN

<b>1. INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS.....</b>	<b>9</b>
<b>2. MARCO TEÓRICO DE REFERENCIA.....</b>	<b>12</b>
2.1. CONCEPTO DE ESTIGMA.	12
2.2. MODELOS TEÓRICOS.	16
2.2.1. Modelos sociológicos.	16
2.2.2. Modelos psicosociales.	17
2.3. ESTUDIOS SOBRE ESTIGMA Y ENFERMEDAD MENTAL.	20
2.3.1. Estudios sobre estigma en personas con enfermedad mental.	21
2.3.2. Estudios sobre estigma en familiares de personas con enfermedad mental.	34
2.3.3. Estudios sobre estigma en profesionales que trabajan con personas con enfermedad mental.	45
2.3.4. Estudios sobre estigma asociado a la enfermedad mental en población general.	54
2.3.5. Estudios sobre estigma asociado a la enfermedad mental y medios de comunicación.	68
<b>3. PLAN DE TRABAJO.....</b>	<b>96</b>
3.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.	96
3.2. INSTRUMENTOS.	98
3.2.1. Guión de los temas tratados en las entrevistas en profundidad.	98
3.2.2. Guión de los temas tratados en los grupos de discusión.	99
3.2.3. Instrumentos empleados en los estudios cuantitativos.	100
<b>4. EJE I: ESTIGMA EN PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE Y PERSISTENTE .....</b>	<b>107</b>
4.1. Estudio cualitativo.	107
4.1.1. Metodología.	107
4.1.2. Resultados obtenidos a través de los grupos de discusión.	111
4.1.3. Conclusiones del estudio cualitativo.	123
4.2. Estudio Cuantitativo.	126
4.2.1. Participantes.	126
4.2.2. Instrumentos de evaluación y procedimiento.	127
4.2.3. Resultados.	128
4.2.4. Conclusiones del estudio cuantitativo.	149
4.3. Discusión.	151
<b>5. EJE II: ESTIGMA EN FAMILIARES DE PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE Y PERSISTENTE.....</b>	<b>154</b>
5.1. Estudio Cualitativo.	154
5.1.1. Metodología.	154
5.1.2. Resultados obtenidos a través de la entrevista en profundidad.	160
5.1.3. Resultados obtenidos a través de los grupos de discusión.	162
5.1.4. Conclusiones del estudio cualitativo.	188
5.2. Estudio Cuantitativo.	194
5.2.1. Participantes.	194
5.2.2. Instrumentos de evaluación y procedimiento.	195
5.2.3. Resultados.	195
5.2.4. Conclusiones del estudio cuantitativo	205
5.3. Discusión.	206

<b>6. EJE III: ESTIGMA EN PROFESIONALES DE LA ATENCIÓN SOCIAL A LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE Y PERSISTENTE DE LA COMUNIDAD DE MADRID.....</b>	<b>209</b>
6.1. Estudio Cualitativo.	209
6.1.1. Metodología.	210
6.1.2. Resultados obtenidos a través de la entrevista en profundidad.	212
6.1.3. Resultados obtenidos a través de los grupos de discusión.	215
6.1.4. Conclusiones del estudio cualitativo.	234
6.2. Estudio Cuantitativo.	239
6.2.1. Participantes.	240
6.2.2. Instrumentos de evaluación y procedimiento.	240
6.2.3. Resultados.	241
6.2.4. Conclusiones del estudio cuantitativo.	250
6.3. Discusión.	251
<b>7. EJE IV: ESTIGMA ASOCIADO A LA ENFERMEDAD MENTAL GRAVE Y PERSISTENTE EN POBLACIÓN GENERAL.....</b>	<b>254</b>
7.1. Estudio Cuantitativo.	254
7.1.1. Participantes.	254
7.1.2. Instrumentos de evaluación y procedimiento.	255
7.1.3. Resultados.	256
7.1.4. Conclusiones del estudio cuantitativo.	279
7.2. Discusión.	281
<b>8. ANÁLISIS COMPARATIVO DEL ESTIGMA EN PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE Y PERSISTENTE, FAMILIARES, PROFESIONALES DE LA ATENCIÓN SOCIAL Y POBLACIÓN GENERAL.....</b>	<b>285</b>
8.1. Análisis comparativo de los estudios cualitativos.	285
8.2. Análisis comparativo de los estudios cuantitativos.	297
8.3. Discusión.	303
<b>9. EJE V: ESTIGMA ASOCIADO A LA ENFERMEDAD MENTAL EN LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN.....</b>	<b>306</b>
9.1. Estudio cualitativo.	307
9.1.1. Metodología.	307
9.1.2. Resultados obtenidos a través de la entrevista en profundidad.	312
9.1.3. Resultados obtenidos a través de los grupos de discusión.	315
9.1.4. Conclusiones del estudio cualitativo.	321
9.1.5. Discusión.	323
9.2. Estudio de medios de comunicación.	328
9.2.1. Metodología.	328
9.2.1.1. Procedimiento de muestreo.	329
9.2.1.2. Análisis de datos.	335
9.2.2. Resultados.	339
9.2.2.1. Resultados del análisis de frecuencias.	339
9.2.2.2. Resultados del análisis de contenidos.	349
9.2.3. Conclusiones del estudio de medios de comunicación.	365
9.2.4. Discusión.	367
<b>10. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES FINALES.....</b>	<b>370</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>376</b>
<b>REFERENCIAS.....</b>	<b>380</b>

## 1. INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS.

---

Según las más recientes estimaciones epidemiológicas de la Organización Mundial de la Salud, en la Comunidad de Madrid alrededor de 1.200.000 personas soportarán a lo largo de sus vidas algún trastorno mental de distinta intensidad y duración. Los mismos estudios indican que cerca de un 1% de la población sufrirá enfermedades mentales graves como la esquizofrenia, en muchos casos de forma persistente y prolongada en el tiempo. Para estas personas la vida no es fácil, por el hecho de padecer una enfermedad mental y ser etiquetados como enfermos mentales sufren una serie de reacciones sociales negativas para su bienestar, adaptación y participación social. Esas consecuencias derivan de las connotaciones asociadas al término y de las actitudes que éste suscita en la población general y, especialmente, en quienes de una u otra forma han de colaborar en su integración (propietarios de viviendas, empleadores, educadores, vecinos, medios de comunicación,...). Se puede decir, en consecuencia, que la enfermedad mental, como otras condiciones humanas, conlleva en muchos casos una discriminación social que en el caso de la enfermedad mental desemboca en un proceso de estigmatización. Tal y como señala el Libro Verde de la Salud Mental en Europa (2005) *“Estas personas se topan con el miedo y los prejuicios de los demás, con frecuencia basados en una concepción distorsionada de lo que son las enfermedades mentales. La estigmatización, además de aumentar el sufrimiento personal y la exclusión social, puede impedir el acceso a la vivienda y el empleo, e incluso hacer que la persona afectada no busque ayuda por miedo a que se la etiquete”*. De hecho, la propia denominación de enfermedad mental “grave” y “crónica” generalmente empleada resulta controvertida en cuanto a su carga estigmatizadora y comienza a considerarse más adecuado hablar de enfermedades mentales graves y persistentes o duraderas.

El estigma afecta a todos los agentes implicados, desde las propias personas que sufren la enfermedad, sus familiares, hasta la población general, pasando por los profesionales que les atienden. En este sentido, los medios de comunicación social también tienen un gran impacto en el mantenimiento de la estigmatización de las personas con enfermedad mental al ser los cristalizadores y difusores de las distintas tendencias sociales. Es por ello que un estudio completo sobre el estigma debe incluir, junto al auto-estigma y el estigma en los grupos sociales próximos, un análisis de la presencia de tendencias estigmatizadoras en los medios de comunicación.

La lucha contra el estigma se vislumbra como uno de los factores clave de los planes de salud mental en los próximos años. La Declaración de Helsinki (2005) de la Organización

Mundial de la Salud en su Conferencia Europea de Ministros ha establecido la lucha contra el estigma asociado a la enfermedad mental como uno de los cinco puntos básicos del programa para Europa. De la misma forma, el Libro Verde sobre la Salud Mental de la Unión Europea (2005) sitúa entre sus cuatro objetivos principales el de fomentar la integración de las personas con enfermedad mental, garantizando sus derechos y dignidad, y señala la estigmatización como el factor clave en este punto. En este sentido, muchos gobiernos y organizaciones relacionadas con la Salud mental han comenzado a desarrollar planes de choque contra el Estigma de la enfermedad mental. Buenos ejemplos pueden ser Estados Unidos o Gran Bretaña. Un ejemplo lo constituye la iniciativa que la Asociación Mundial de Psiquiatría (WPA) viene desarrollando desde el año 1996 en distintos países y con distinto alcance (en España presentado en la página Web: [www.esquizofreniabrelaspuestas.com](http://www.esquizofreniabrelaspuestas.com)). En nuestro contexto, recientemente, el Ministerio de Sanidad ha desarrollado la campaña "Todos somos parte del tratamiento de una enfermedad mental" que ha significado un esfuerzo en la lucha contra el estigma en nuestro país, la Junta de Andalucía ha desarrollado un manual de estilo para Canal Sur y Canal 2 Andalucía, y la Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES) ha publicado un manual de estilo de carácter general. Aunque ejemplos de buenas prácticas, todos ellos han tenido un impacto limitado y queda pendiente un plan de mayor alcance que pueda suponer un avance real en la lucha contra el estigma en nuestro contexto.

El presente estudio se enmarca en el *Plan de atención social a personas con enfermedad mental grave y crónica 2003-2007* y supone, hasta donde conocemos, el primer trabajo que aborda el estigma de la enfermedad mental con una perspectiva integral, incluyendo los puntos de vista de personas con enfermedad mental, familiares, profesionales de atención social, población general y medios de comunicación en nuestro país. La metodología combina las estrategias cuantitativas y cualitativas y emplea los instrumentos propuestos por el ***Chicago Consortium for Stigma Research*** (actualmente el principal centro de investigación sobre el estigma de la enfermedad mental) lo que lo sitúa en la primera línea mundial de investigación y permitirá en un futuro inmediato la comparación de la situación madrileña con la de otras ciudades y regiones en todo el mundo.

El trabajo se ha desarrollado en dos vertientes. Por un lado se ha estudiado el auto-estigma y el estigma social en las personas con enfermedad mental grave y persistente, sus familiares, los profesionales de atención social y la población general. Por el otro, se ha analizado el papel que juegan los medios de comunicación (prensa, radio y televisión) en el mantenimiento del estigma asociado a la enfermedad mental. En ambos casos se han combinado estrategias cualitativas y cuantitativas para favorecer una visión

integradora que permita reflejar de forma global la realidad social y personal asociada a la vivencia de la enfermedad mental grave y de larga duración.

Para poder planificar acciones eficaces de sensibilización y lucha contra el estigma asociado a la enfermedad mental en la Comunidad de Madrid, es necesario conocer mejor las múltiples dimensiones de este fenómeno en el propio contexto social en el que se desarrolla. Por ello, el presente estudio plantea como **objetivos**:

- Analizar el efecto del estigma y auto-estigma en personas con enfermedad mental grave y persistente, sus familiares y los profesionales de atención de la red de centros de atención social a personas con enfermedad mental grave y crónica dependientes de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid.
- Analizar los aspectos clave de la estigmatización de las personas con enfermedad mental grave y persistente en la sociedad madrileña y en los medios de comunicación (prensa, radio y televisión), como agentes estigmatizadores de gran repercusión y difusión social.

Con estos objetivos se pretende, en última instancia, conocer mejor las múltiples dimensiones de este fenómeno en el propio contexto social en el que se desarrolla: la Comunidad de Madrid. De esta forma, pretende analizar el efecto y los aspectos clave del estigma de la enfermedad mental grave y persistente para llegar a establecer propuestas de actuación que colaboren en la disminución del rechazo social de la enfermedad mental y así contribuir a una mejora de la situación de las personas que la padecen y a su integración en la sociedad.

## **2. MARCO TEÓRICO DE REFERENCIA.**

---

A lo largo de este capítulo se expone el marco teórico de referencia en la investigación sobre el estigma de la enfermedad mental. En primer lugar, se aborda el concepto de estigma y su definición. A continuación, se presentan los diversos modelos teóricos que se han propuesto para entender y explicar los procesos de estigmatización que sufren las personas con enfermedad mental. En tercer lugar, se revisan las principales investigaciones publicadas sobre estigma y enfermedad mental en las últimas dos décadas.

### **2.1. CONCEPTO DE ESTIGMA.**

---

En la Edad Media el término estigma significaba difamación y acusación pública de un criminal (que en ocasiones implicaba marcar a un individuo con un hierro candente u otros procedimientos menos agresivos, por alguna infamia), de tal forma que todos pudiesen reconocerle. Actualmente, este término se emplea en el ámbito de la salud para indicar que ciertos diagnósticos (ej., SIDA, enfermedad mental) despiertan prejuicios contra las personas.

Existen diversas aproximaciones a la hora de definir el concepto de estigma. Muchos autores se inclinan por la definición cardinal de Goffman (1963), quien considera el estigma como *un atributo que es profundamente devaluador, el cual degrada y rebaja a la persona portadora del mismo*. Otra definición influyente ha sido la de Jones et al. (1984), que propusieron que el estigma puede considerarse como *una marca (atributo) que vincula a la persona con características indeseables (estereotipos)*.

En otros casos se ha definido el estigma como *una característica de las personas que resulta contraria a la norma de una unidad social, considerando como "norma" una creencia compartida dirigida a comportarse de una forma determinada en un momento preciso* (Stafford y Scott, 1986).

Más recientemente se ha señalado que *los individuos estigmatizados poseen (o se cree que poseen) algún atributo o característica que conlleva una identidad social la cual es devaluada en un contexto social particular* (Crocker, Major, y Steele, 1998).

De un modo muy general, y de acuerdo con los modelos psicosociales, el estigma se pone de manifiesto en tres aspectos del comportamiento social (Ottati, Bodenhausen, y Newman, 2005). Por un lado, los **estereotipos**, en los que se incluyen estructuras de conocimientos que son aprendidas por la mayor parte de los miembros de una sociedad. Vienen a representar el acuerdo generalizado sobre lo que caracteriza a un determinado grupo de personas, es decir, las creencias sobre ese grupo, la faceta cognitiva del estigma. Sin embargo, el que una persona tenga conocimiento de un estereotipo no implica necesariamente que esté de acuerdo con él. Cuando de hecho se aplican, y cuando se experimentan reacciones emocionales negativas por ello, se están poniendo en marcha los **prejuicios** sociales, que se ponen de manifiesto en forma de actitudes y valoraciones, las cuales, en última instancia, pueden dar lugar a la **discriminación** efectiva, esto es, a todos aquellos comportamientos de rechazo que ponen a las personas con enfermedad mental en situación de desventaja social.



En el caso concreto de la enfermedad mental, la investigación ha mostrado que en las sociedades occidentales los estereotipos suelen incluir información referente a: su peligrosidad y relación con actos violentos; su responsabilidad ya sea sobre el padecimiento de la enfermedad o por no haber sido capaz de ponerle remedio mediante tratamiento; su debilidad de carácter; su incompetencia e incapacidad para tareas básicas como pueden ser las de autocuidado; la impredecibilidad de su carácter y sus reacciones, y la falta de control. Cuando se activan los prejuicios, estas creencias pueden dar lugar a reacciones de miedo, temor, desconfianza... las cuales, a su vez, pueden desencadenar distintas formas de discriminación que van a suponer para quienes padecen una enfermedad mental el tener que hacer frente a dificultades de acceso a un trabajo o vivienda independientes, la limitación en sus relaciones sociales y de pareja, la limitación del ámbito social a otras personas que también padecen enfermedad mental, o el deterioro del acceso a los sistemas judicial y de salud. En todos estos casos, los procesos estigmatizadores ponen a las personas ante situaciones de exclusión que, no sólo dificultan la integración social de las personas con enfermedad mental y sus familiares, sino que pueden asociarse a otros riesgos psicológicos producidos por la exclusión social como son los comportamientos auto-excluyentes, los problemas cognitivos, las conductas auto-punitivas y de riesgo, etc. (Twenge, Catanese, y Baumeister, 2003).

En definitiva, los estereotipos, prejuicios y discriminaciones asociadas a la enfermedad mental pueden privar a quienes la padecen de oportunidades que pueden resultar esenciales para el logro de sus objetivos vitales, especialmente aquellos que tienen que ver con su independencia económica y personal (Corrigan y Kleinlein, 2005).

La sociedad, en general, infiere que una persona tiene una enfermedad mental a partir de cuatro tipos de signos y tiende a reaccionar de forma estigmatizadora ante ellos (Corrigan, 2000):

- Los síntomas psiquiátricos: comportamientos extraños, irregularidades en el lenguaje...
- Los déficits de habilidades sociales: déficit en el contacto visual, lenguaje corporal, temas de discusión...
- La apariencia física: higiene personal, forma de vestir...
- Las etiquetas: aquellas personas de las que se sabe que tienen una enfermedad mental, son víctimas del estigma asociado a la enfermedad mental.

Los tres primeros tipos de signos de enfermedad mental pueden conducir a falsos positivos; es más, si la persona es capaz de esconderlos, podrían dar lugar a falsos negativos. Por ello, tal vez el concepto clave sea el cuarto. Las etiquetas pueden obtenerse por asignación por parte de otros (diagnóstico psiquiátrico), por autodesignación, o por asociación (ver a alguien salir de una consulta psiquiátrica). El efecto de las etiquetas fue analizado por Link (1987) quien en un estudio en el que manipulaba la etiqueta y la presencia de conductas aberrantes encontró que, en general, la gente tendía a estigmatizar a la persona etiquetada como enfermo mental incluso en ausencia de conductas aberrantes. Estos hallazgos, replicados con posterioridad, llevaron a Link y colaboradores a proponer que las etiquetas psiquiátricas se asocian con reacciones sociales negativas, las cuales pueden exacerbar el curso de la enfermedad.

El estigma en la enfermedad mental es, por tanto, un fenómeno complejo que presenta diferentes niveles de comprensión y análisis. Habitualmente se ha distinguido, por ejemplo, entre el **estigma público** y el **auto-estigma**. Vivir continuamente en una sociedad que ampliamente asigna ideas estigmatizadoras sobre las personas con enfermedad mental puede llevar a éstos a internalizar esas ideas y a creer que son menos valiosos a causa de su trastorno psiquiátrico (Link, 1987), lo que tal vez sea uno de los efectos más nocivos del estigma. En primer lugar, la persona asume, acepta el estereotipo acerca de la enfermedad mental, lo que genera la aparición de emociones y valoraciones tintadas de auto-prejuicios (“soy débil e incapaz de cuidar de mi mismo”), las cuales llevan a



reacciones emocionales negativas (especialmente relacionadas con un deterioro de la autoestima y de la percepción de autoeficacia, y la aparición de sentimientos de desmoralización). Todo ello condiciona el comportamiento, ya que pueden llevar a la persona a cesar en los intentos de llevar una vida independiente (Corrigan y Kleinlein, 2005), al aislamiento social o a la limitación de los contactos sociales con otras personas que también padecen enfermedad mental (Angell, Cooke, y Kovac, 2005), lo que desemboca en la marginalización de la persona respecto a la sociedad, con lo que se perpetúa el ciclo del estigma. Pero el auto-estigma tiene otro efecto nocivo, ya que algunas personas optan por no buscar tratamiento o ayuda profesional para no ser identificados con el grupo estigmatizado; simplemente no quieren ser etiquetados como “personas con enfermedad mental” a causa del prejuicio y discriminación que ello pudiera implicar.

En otros casos, minoritarios eso sí, la respuesta al estigma es la del enojo en busca de sus derechos y la implicación en actividades reivindicativas o en el empoderamiento mutuo de todos aquellos que padecen una enfermedad mental (Watson y Corrigan, 2005).

Un aspecto importante del auto-estigma es que puede hacer que la persona anticipe el rechazo, incluso cuando éste aún no se ha producido. Los estereotipos acerca de la enfermedad mental son asimilados por las personas con enfermedad mental y por sus familias, como miembros de la sociedad que son, antes de la aparición de la enfermedad, y cobran relevancia en el momento en que surgen los primeros síntomas. Esta anticipación del rechazo se denomina **estigma percibido o anticipado**, y se corresponde con creencias acerca de la devaluación-discriminación que experimentará una persona por el hecho de padecer un trastorno mental. Este tipo de estigma se ha diferenciado del **estigma experimentado**, es decir, de las experiencias estigmatizadoras vividas de rechazo, discriminación, etc. (Link, 1987; Link, Struening, Rahav, Phelan, y al, 1997).

Por otro lado, el estigma no sólo afecta a las personas con una enfermedad mental, sino también a aquellos que se encuentran estrechamente relacionados con ella. Este fenómeno, que se denomina **estigma por asociación** (Mehta y Farina, 1988) afecta fundamentalmente a las familias, pero también, en algunos casos, a los profesionales que trabajan con personas con enfermedad mental y a todos aquellos que de una u otra forma se relacionan con ellos.

Como en el caso de las personas con enfermedad mental, la familia también se ve afectada por dos tipos de estigma (Angell et al., 2005):

1. El **estigma público** que se generaliza desde la persona con enfermedad mental a su familia o que, alternativamente, puede experimentarse por observación cuando ven la estigmatización sufrida por su familiar.

2. El **auto-estigma** es el que la familia asimila los mensajes (procedentes de la sociedad en general, de los profesionales, de otros miembros de la familia,...) acerca de su culpabilidad en la enfermedad, lo que, en consecuencia, genera sentimientos de autculpa. En el caso de las familias los sentimientos predominantes son embarazo, vergüenza y negación de la enfermedad, lo que lleva al ocultamiento, el secreto y, eventualmente, al aislamiento en un afán de evitar que los demás (amigos y otros parientes) tengan noticias de la presencia de la enfermedad en su núcleo familiar. En consecuencia, se puede posponer la búsqueda de tratamiento para la persona con enfermedad mental y de apoyo social para ellos mismos.

## **2.2. MODELOS TEÓRICOS.**

---

Desde los años ochenta, se han formulado diversos modelos teóricos con el objetivo de comprender y explicar los procesos de estigmatización que sufren las personas que padecen una enfermedad mental. Estos modelos se enmarcan bajo dos aproximaciones diferentes, pero complementarias, al fenómeno del estigma: un enfoque más centrado en los aspectos sociológicos de la estigmatización, y un enfoque centrado especialmente en los aspectos psicológicos y psicosociales del fenómeno. Ambos tipos de modelos son necesarios a la hora de entender el complejo fenómeno del estigma. A continuación se repasan las principales teorías desarrolladas dentro de cada uno de estos enfoques.

### **2.2.1. Modelos sociológicos.**

Una parte sustancial de la investigación acerca del estigma ha sido contribución de la sociología, cuyo enfoque en la investigación sobre el estigma de la enfermedad mental está representado fundamentalmente por la denominada “teoría del etiquetado” (Link, 1987; Link, Cullen, Frank, y Wozniak, 1987). Este marco teórico considera que una etiqueta psiquiátrica pone en marcha una serie de estereotipos culturales e imágenes negativas sobre la enfermedad mental que son aplicados al individuo que la padece, por parte de los demás pero también por la propia persona. Estas imágenes devalúan a las personas con enfermedades mentales y acaban provocando su discriminación. Es la etiqueta, más que el comportamiento *per se* de la persona, lo que determina las consecuencias estigmatizadoras de la enfermedad mental (Rosenfield, 1997).

Posteriormente, esta teoría fue modificada (Link, Cullen, Struening, Shrout, y Dohrenwend, 1989) para subrayar que la devaluación y la discriminación creadas por la etiqueta interfieren sobre un amplio rango de áreas vitales, incluyendo el acceso a los recursos sociales y económicos y los sentimientos generales de bienestar. La etiqueta que se aplica a la persona con una enfermedad mental conduce a la pérdida de oportunidades y las dificultades a la hora de alcanzar objetivos vitales básicos. En particular las dificultades de estas personas hacen referencia a la obtención de trabajos competitivos y bien remunerados, y la vida independiente que, a su vez, se relaciona con las posibilidades de acceso a la vivienda.

En una conceptualización más reciente de Link y Phelan (2001) se define el estigma como un proceso en el que convergen cinco componentes. En el primer componente, la gente tiende a distinguir y etiquetar las diferencias humanas. En el segundo, las creencias culturales dominantes en ocasiones vinculan a las personas etiquetadas con características indeseables, con estereotipos negativos. Como señala Markowitz (2005), la enfermedad mental es quizá uno de los atributos personales más devaluados, ya que está estrechamente vinculada a un conjunto de estereotipos negativos, es poco comprendida por parte del público general y frecuentemente es presentada de modo incorrecto y negativo en los medios de comunicación. En el tercer componente del modelo, las personas etiquetadas son situadas en categorías diferentes con el fin de conseguir cierto grado de separación entre “nosotros” y “ellos”. En cuarto lugar, experimentan una pérdida de estatus y discriminación que les lleva a resultados de desigualdad social. Finalmente, la estigmatización es totalmente contingente al poder social, económico y político. Estos autores aplican así el término estigma cuando los elementos de etiquetado, aplicación de estereotipos, separación, pérdida de estatus y discriminación concurren en una situación de poder que permite el desarrollo de los componentes del estigma.

### **2.2.2. Modelos psicosociales.**

La psicología social también ha aportado líneas de investigación que suponen un gran avance en la comprensión de los procesos de estigmatización. Desde este enfoque, el estudio del estigma asociado a la enfermedad mental constituye un ejemplo o aplicación específica de la investigación sobre estereotipos, prejuicios y discriminación.

Bajo esta perspectiva, los modelos psicosociales que se han desarrollado para explicar el fenómeno del estigma pueden dividirse en tres categorías básicas (Ottati et al., 2005):

(1) Los modelos que enfatizan el papel del **afecto**. Consideran que el prejuicio se origina como una respuesta emocional negativa, por lo que la raíz del problema se relacionaría con las emociones. La formación de esta respuesta emocional se produce mediante:

- Condicionamiento clásico, esto es, cuando se experimentan, directa o vicariamente, repetidas asociaciones entre un determinado grupo social y estímulos aversivos (e.g. cuando los padres muestran desagrado ante una persona con enfermedad mental o cuando los medios de comunicación hablan de personas con enfermedad mental en relación con acontecimientos violentos).
- Malas atribuciones de determinados estados emocionales que llevan a que los estados afectivos provocados por un estímulo aversivo se atribuyan erróneamente a otro estímulo (e.g. el gesto de desagrado de la madre causa malestar en el niño, quien lo atribuye al modo de actuar de la persona con enfermedad mental, o el malestar causado por la noticia de un asesinato se atribuye la persona con enfermedad mental mencionada en la misma).
- Desplazamiento de la agresión desde el agente que provoca la ira a otro estímulo, situación o persona. Este fenómeno sucede cuando la reacción ante el agente que provoca la ira es imposible o altamente problemática, y suele llevar a reacciones ante otros agentes que se perciban como provocadores o cuya conducta pueda interpretarse como provocadora, que se encuentren en marcos de referencia desagradables y marginados dentro de la sociedad (tal y como sucede con las personas con enfermedad mental).

(2) Los modelos que enfatizan el papel de la motivación. Consideran que el prejuicio sirve a algunas necesidades motivacionales. En concreto se propugna:

- Hipótesis del mundo justo: la motivación para percibir justicia en el mundo es una poderosa fuerza que puede influir en la reacción ante un amplio rango de circunstancias desafortunadas, entre las que se incluiría la enfermedad mental. De este modo para mantener la asunción de que el mundo es justo, se establece que cada uno recibe lo que merece, lo cual lleva a culpar a la víctima (en este caso la persona con enfermedad mental). En última instancia, esta motivación descansa en el deseo de seguridad, que conduce a intentar reducir los sentimientos de vulnerabilidad (así, si mediante atribuciones defensivas se hace al enfermo responsable de su enfermedad, la persona se puede sentir a salvo respecto a la enfermedad mental).

- Las diferencias individuales en factores tales como autoritarismo y dominancia social. Quienes poseen una orientación que enfatiza la competitividad y el estatus prefieren una estructura social jerárquica que mantenga las diferencias de poder entre los distintos grupos y lleva a que los grupos dominantes generen prejuicios y discriminación hacia otros grupos, especialmente las minorías que ocupan un estatus social bajo, tal y como sucede con las personas con enfermedad mental.
  - Las personas poseen además de su identidad individual una identidad social que están motivados a mantener. Este sentido de identidad social va a influir en cómo perciben tanto a los miembros del grupo como a quienes no pertenecen al mismo, generando actitudes más favorables hacia los primeros. Desde este punto de vista las personas con enfermedad mental son vistas por la población no clínica como personas de “fuera del grupo” que son evaluadas de manera menos favorable que la gente “normal”. Esta motivación afecta también a la cognición generando distorsiones cognitivas respecto a los demás.
- (3) Los modelos que enfatizan el papel de la cognición, utilizando la categorización como concepto clave para la explicación del estigma y la formación de prejuicios. Los seres humanos tendemos a agrupar los objetos y personas en categorías. Dada la diversidad de personas con las que nos encontramos, buscamos principios generales que caractericen cada tipo de personas en un intento de ganar capacidad de predicción y control sobre situaciones sociales. Se trata, pues, de extraer y aplicar una visión genérica a un grupo de personas, lo que se conoce como estereotipización, que a su vez lleva a una excesiva e inadecuada generalización. El proceso de diagnóstico clínico es un análogo interesante de la estereotipización. A través de este proceso cada persona forma una serie de expectativas respecto a los distintos grupos; expectativas que a su vez llevan a la introducción de una serie de sesgos autoconfirmatorios. En el famoso estudio de Langer y Abelson (1974) se constató que cuando se mostraba un vídeo de una entrevista a una serie de personas, sus valoraciones de la adecuación de la conducta del entrevistado variaban considerablemente dependiendo de que se les hubiera dicho que se trataba de un candidato a un puesto de trabajo o de un paciente. En general, estos sesgos tienden a interpretar los comportamientos ambiguos de modo consistente con las generalizaciones implícitas en el estereotipo. No hay que olvidar que lo que percibimos de los demás no es una estimación objetiva de ellos, sino más bien una construcción subjetiva que, en diversos grados, se ve influida no sólo por los datos sino también por los conceptos previos. Una consecuencia importante de las expectativas asociadas a los estereotipos es su capacidad para modificar los comportamientos: como se espera

un determinado comportamiento del otro, se actúa de tal modo que se facilita la aparición de ese comportamiento, produciéndose entonces lo que se denomina, una profecía autocumplida.

Aquellas personas que tienen internalizados valores relacionados con los no-prejuicios, se ven motivadas a no aplicar los estereotipos; sin embargo, aún deseando no hacerlo, no siempre pueden controlar que los estereotipos afecten su modo de procesar la información acerca de los demás. En el caso concreto de las personas con enfermedad mental, mucha gente puede experimentar cierto conflicto a la hora de evaluar las características y cualidades de las personas con enfermedad mental. En consecuencia, dicha valoración se caracteriza con frecuencia por la ambivalencia, la cual puede tener dos implicaciones importantes: en primer lugar, se ha constatado que las personas con sentimientos ambivalentes hacia grupos estigmatizados con frecuencia muestran comportamientos extremos hacia ellos, lo que se denomina amplificación de respuesta (como medio para reducir el malestar generado por la ambivalencia); en segundo lugar, dado que la actitud predominante hacia el grupo estigmatizado va a variar en función del contexto, el modo de tratarlo o de comportarse ante ese grupo va a ser altamente inconsistente y dependiente de la situación.

Por otro lado, el intento de suprimir los estereotipos resulta en muchas ocasiones infructuoso dando lugar a lo que se denomina un efecto rebote: al intentar suprimir un pensamiento con frecuencia este aparece con más frecuencia e intensidad. Esto lleva a que el intento de suprimir los estereotipos lleve a su mayor accesibilidad e incremente su disposición para acceder a la consciencia.

En cualquier caso, debe tenerse en cuenta que, en su mayor parte, estos modelos se han puesto a prueba en el laboratorio con grupos artificiales e investigando estereotipos y prejuicios referentes a grupos étnicos o raciales, por lo que su aplicación específica en el caso de la enfermedad mental requeriría de más investigación.

### **2.3. ESTUDIOS SOBRE ESTIGMA Y ENFERMEDAD MENTAL.**

Desde la década de los años ochenta se han realizado numerosas investigaciones dirigidas a evaluar el estigma entre personas que padecen una enfermedad mental, entre la población general y, en menor medida, entre familiares próximos a las personas con enfermedad mental y entre profesionales de la salud mental. También se han realizado

interesantes revisiones bibliográficas sobre el tema del estigma asociado a la enfermedad mental, en algunos casos de carácter general (Sartorius y Aichenberger, 2005), y en otros centradas en ámbitos específicos, como el laboral (Marwaha y Johnson, 2004; Stuart, 2004), el familiar (Corrigan y Miller, 2004) o los medios de comunicación (Francis, Pirkis, Dunt, y Blood, 2001).

Estos estudios se han realizado mayoritariamente fuera de nuestras fronteras. Aunque existen algunos trabajos interesantes desarrollados en España, en general se observa una escasez de datos actualizados y representativos de nuestro contexto sociocultural. Algunos estudios publicados son relativamente lejanos en el tiempo (e.g., Gamo, 1992; Rivas, Molina, Rodriguez, y Hoz, 1994; Ruiz, Serrano, y Serrano, 1988) y los resultados procedentes de estudios más recientes aún no han sido publicados (e.g., Arceo, 2005; González, Arístegui, Oraá, y Bustamante, 2004; Runte-Geidel et al., 2004).

En este apartado se revisan los principales estudios empíricos publicados sobre estigma y enfermedad mental en los últimos años. La búsqueda bibliográfica se ha efectuado en las bases de datos PsycINFO, Medline, Psyke y Psycodoc. La cadena de búsqueda introducida combinaba fundamentalmente los siguientes descriptores: estigma, estigmatización, enfermedad mental, trastorno mental, problema de salud mental, trastorno de salud mental y trastorno psiquiátrico. La búsqueda abarca el período comprendido entre 1986 y 2006, si bien se revisaron especialmente los estudios publicados durante la última década. También cabe señalar que, aunque se encontraron varios estudios cualitativos, decidió incluirse únicamente investigaciones de carácter cuantitativo ya que constituyen el grupo más numeroso y permiten comparar mejor los datos para extraer conclusiones.

### **2.3.1. Estudios sobre estigma en personas con enfermedad mental.**

Son numerosas las investigaciones que han evaluado el estigma entre personas que tienen una enfermedad mental. La tabla 2.1 recoge una revisión de los principales estudios empíricos que se han publicado, procedentes de diferentes países y contextos culturales. Estos trabajos se han desarrollado fundamentalmente en el ámbito norteamericano y europeo e incluyen, por lo general, muestras de estudio compuestas por personas con enfermedad mental grave y persistente usuarias de diversos servicios de salud mental y de atención psicosocial.

#### **a) Tipos de trastorno mental.**

La mayor parte de los estudios han incluido a personas que tienen un trastorno mental o un trastorno mental grave, sin preseleccionar el tipo de trastorno (Depla, de Graaf, van

Weeghel, y Heeren, 2005; Link, Struening, Neese, Asmussen, y Phelan, 2001; Markowitz, 1998, 2001; Ritsher y Phelan, 2004; Rosenfield, 1997; Wahl, 1999; Wright, Gronfein, y Owens, 2000).

No obstante, varias investigaciones se han centrado específicamente en personas con esquizofrenia (Dickerson, Sommerville, Origoni, Ringel, y Parente, 2002; Ertugrul y Ulug, 2004). Otros estudios se han interesado por el estigma en personas con depresión (Sirey et al., 2001), en personas con un diagnóstico dual (Link et al., 1997) o en personas con un trastorno bipolar (Perlick et al., 2001).

#### **b) Inclusión de seguimientos.**

Son pocos los estudios que han incluido medidas de seguimiento para examinar longitudinalmente la evolución del estigma. Generalmente se incluye una única evaluación de seguimiento, que tienen lugar entre los 6 y los 18 meses posteriores a la primera evaluación (Link et al., 1997; Markowitz, 1998; Perlick et al., 2001; Phelan, Bromet, y Link, 1998). Algunos estudios introducen dos medidas de seguimiento, entre los 6 y los 24 meses posteriores a la primera evaluación (Link et al., 2001; Wright et al., 2000).

#### **c) Variables analizadas.**

En lo referente a las variables estudiadas en este conjunto de trabajos, se observa que las variables que han generado mayor interés son las siguientes:

- El estigma percibido ha sido la variable más frecuentemente analizada (Ertugrul y Ulug, 2004; Link, 1987; Link et al., 2001; Link et al., 1997; Markowitz, 1998, 2001; Perlick et al., 2001; Ritsher y Phelan, 2004; Rosenfield, 1997; Sirey et al., 2001; Wright et al., 2000).
- El estigma experimentado también ha recibido gran atención por parte de los investigadores (Depla et al., 2005; Dickerson et al., 2002; Link et al., 2001; Link et al., 1997; Markowitz, 1998, 2001; Wahl, 1999).
- La sintomatología es otra variable que ha generado gran interés (Dickerson et al., 2002; Ertugrul y Ulug, 2004; Link et al., 1997; Markowitz, 1998, 2001; Perlick et al., 2001; Phelan et al., 1998; Sirey et al., 2001). Habitualmente se han valorado síntomas psicóticos, síntomas de depresión, síntomas de ansiedad, o sintomatología psiquiátrica a nivel general.



- El nivel de funcionamiento psicosocial del individuo también ha sido considerado como una variable relevante (Dickerson et al., 2002; Link et al., 1997; Perlick et al., 2001; Rosenfield, 1997; Sirey et al., 2001; Wright et al., 2000), al igual que la autoestima y autoeficacia (Link et al., 2001; Markowitz, 1998, 2001; Ritsher y Phelan, 2004; Rosenfield, 1997; Wright et al., 2000).
- La calidad de vida de las personas con una enfermedad mental ha sido incluida en varios estudios (Depla et al., 2005; Dickerson et al., 2002; Markowitz, 1998, 2001; Rosenfield, 1997).
- Las estrategias de afrontamiento que emplean las personas con una enfermedad mental ante el estigma han suscitado el interés de varios autores (Depla et al., 2005; Rosenfield, 1997; Wright et al., 2000), así como la variable de dominio personal (*mastery*) (Link et al., 2001; Link et al., 1997; Perlick et al., 2001)
- El uso de los servicios comunitarios ha sido analizado en ciertos trabajos (Rosenfield, 1997; Sirey et al., 2001).
- Finalmente, otras variables que han aparecido en alguno de los estudios revisados son las siguientes: estigma internalizado (Ritsher y Phelan, 2004), empoderamiento (Rosenfield, 1997), necesidad percibida de tratamiento (Sirey et al., 2001), adherencia a la medicación (Sirey et al., 2001), *insight* (Dickerson et al., 2002), presencia de problemas de personalidad (Sirey et al., 2001), integración comunitaria (Dickerson et al., 2002), tamaño de la red social y número de actividades sociales (Depla et al., 2005), actividades de la vida diaria (Depla et al., 2005).

#### **d) Resultados de los estudios.**

Al revisar la literatura sobre el estigma en personas que padecen una enfermedad mental, pueden distinguirse fundamentalmente dos bloques de estudios. El primer grupo de investigaciones se ha planteado como objetivo principal la descripción exhaustiva de las experiencias o creencias de estigmatización en personas con un trastorno mental. El segundo bloque avanza un paso más y ha investigado la posible relación entre el estigma y diversas variables de interés.

Dentro del primer conjunto de estudios se encuentra, por ejemplo, el trabajo de Wahl (1999), cuyo objetivo era analizar las experiencias de estigma entre personas con una enfermedad mental. Entre las experiencias de estigma más habituales, los participantes referían el hecho de presenciar comentarios o descripciones estigmatizadoras acerca de la enfermedad mental. La fuente de estigma que citaban con mayor frecuencia era la

comunidad a nivel general y le seguían, en este orden, el entorno laboral, los amigos, la familia y los profesionales relacionados con su cuidado.

Por su parte, el estudio de Dickerson et al. (2002) analizó la frecuencia y el tipo de experiencias de estigma entre personas con esquizofrenia. Las experiencias estigmatizadoras más usuales se relacionaban con las reacciones de otras personas ante su estado psiquiátrico, que habitualmente mostraban una falta de aceptación o comprensión del trastorno mental. En la línea de los resultados del estudio de Wahl (1999), los participantes indicaban que la fuente más frecuente de estigma provenía de las personas de la comunidad, seguido de los empleadores.

Aunque no tenemos conocimiento de que hayan sido publicados, queremos señalar algunos resultados de las investigaciones realizadas por el equipo español de “La esquizofrenia abre las puertas” (disponibles en su página Web <http://www.esquizofreniabrelaspuertas.com>), una iniciativa de la Asociación Mundial de Psiquiatría que se viene desarrollando desde 1996 en distintos países para combatir el estigma. La principal conclusión de las investigaciones realizadas a personas con enfermedad mental, familiares, profesionales de salud mental y población general es que, cuanto más próximo se estaba de la enfermedad, mayor era la probabilidad de padecer estigma o discriminación. De esta forma, las personas con enfermedad mental, sus familiares y el entorno sanitario más cercano sufrían las consecuencias de un trato estigmatizador o discriminatorio con más frecuencia e intensidad. Con respecto a los datos concretos de las personas con enfermedad mental, se encontró que más de la mitad se habían sentido rechazadas debido a su enfermedad y habían manifestado rechazo alguna vez a visitar al psiquiatra. La mayoría de las personas encuestadas opinaba que su enfermedad era curable. Un 33% consideraba que no podía estudiar, un 8% creía que no podía tener pareja y un 10% que no podía casarse.

Si pasamos al segundo bloque de investigaciones, cabe señalar el estudio longitudinal de Link et al. (1997), cuyo objetivo era analizar si el estigma tiene efectos duraderos sobre el bienestar de personas con un diagnóstico dual. Los resultados mostraron un efecto relativamente fuerte y duradero del estigma. Aunque los síntomas y el funcionamiento social mejoraban significativamente después de un año de tratamiento, no se produjo disminución de los indicadores de estigma a lo largo del período de seguimiento. Además, tanto el estigma percibido como el estigma experimentado estaban significativamente asociados con síntomas depresivos.

También destaca el trabajo longitudinal de Markowitz (1998), que examinó la relación existente entre estigma, bienestar psicológico y satisfacción vital en personas con un

trastorno mental grave. En concordancia con los datos de Link et al. (1997) se observó una gran estabilidad en los niveles de estigma tras 18 meses de seguimiento. Los datos revelaron que el estigma percibido estaba significativamente relacionado con los síntomas de ansiedad-depresión, con la autoestima y con la satisfacción vital, pero no estaba relacionado con los síntomas psicóticos. El estigma experimentado, en cambio, sí estaba relacionado con todas las variables mencionadas.

Otro interesante estudio es el de Wright et al. (2000), que analizó las experiencias de rechazo social y los cambios en la autoestima entre personas que abandonaban un hospital psiquiátrico de larga estancia. Se tomaron dos medidas de seguimiento, 12 y 24 meses después del cierre del hospital. Los resultados indicaron que aquellas personas que mostraban una mayor preocupación ante el rechazo social en la línea base, tenían más probabilidad de experimentar rechazo durante el período de seguimiento. Otro de los hallazgos más relevantes del estudio fue que el hecho de experimentar rechazo social reducía el sentido de dominio personal y esto, a su vez, incrementaba los sentimientos de auto-desprecio. Además, aunque pasar a los servicios de cuidado comunitario tendía a promover mayores sentimientos de dominio personal que volver a entrar en un hospital psiquiátrico, también generaba más experiencias de rechazo social.

Por su parte, el estudio de seguimiento de Perlick et al. (2001) evaluó el efecto del estigma sobre la adaptación social en personas con un trastorno bipolar. Estos autores hallaron que el estigma en la línea base predecía un peor ajuste social fuera de la familia en la evaluación de seguimiento a los 7 meses. Además, el estigma también se mostró como un predictor significativo del aislamiento psicológico y de la evitación conductual.

El trabajo de Ertugrul y Ulug (2004) es otro ejemplo de los estudios que han analizado la conexión entre estigma y diversas variables de interés. En este caso se analizó el estigma percibido y su posible relación con la sintomatología y otras características clínicas en personas que padecían esquizofrenia. No se hallaron diferencias en la edad de inicio ni en la duración de la enfermedad entre el grupo de participantes que percibía estigmatización y el grupo de personas que no mostraban estigma percibido. Pero los síntomas y el nivel de discapacidad sí eran mayores en el grupo que percibía estigmatización.

Para finalizar, cabe destacar dos estudios que han analizado la relación entre estigmatización y autoestima en personas con un trastorno mental. El estudio longitudinal de Link et al. (2001) examinó los posibles efectos del estigma sobre la autoestima y halló que tanto el estigma percibido como la estrategia de aislarse para evitar el rechazo social predecían una menor autoestima. Sin embargo, la relación contraria no era significativa: la puntuación en autoestima no predecía el nivel de estigmatización.

Por su parte, el estudio de Ritscher y Phelan (2004) analizó si diferentes facetas del estigma predecían una baja autoestima y síntomas depresivos en personas con un trastorno mental grave. Los resultados mostraron que el estigma internalizado predecía los síntomas depresivos así como la autoestima. En contraste, ni las experiencias de discriminación ni el estigma percibido eran predictores significativos de depresión o autoestima.

#### **e) Conclusiones de los estudios sobre estigma en personas con enfermedad mental.**

El objetivo de esta revisión era repasar los estudios más destacados en cuanto a la evaluación del estigma entre personas con una enfermedad mental. Existe un amplio conjunto de investigaciones, que poseen características metodológicas y/o culturales diversas. Las dificultades para comparar estudios tan diversos son obvias pero, a pesar de las posibles diferencias, pueden extraerse algunas conclusiones que se presentan a continuación:

- Las investigaciones que han evaluado el **estigma percibido** coinciden al encontrar que elevados porcentajes de participantes anticipan el rechazo, es decir, creen que las personas con una enfermedad mental probablemente serán devaluadas y discriminadas por el hecho de padecer un trastorno mental (e.g., Link et al., 2001; Link et al., 1997; Markowitz, 1998; Ritscher y Phelan, 2004). Este tipo de estudios han hallado que el estigma percibido:
  - Guarda una correlación negativa con la calidad de vida (Markowitz, 1998; Rosenfield, 1997).
  - Guarda una correlación negativa con la autoestima (Link et al., 2001; Markowitz, 1998).
  - Guarda una correlación positiva con síntomas de depresión y de ansiedad (Ertugrul y Ulug, 2004; Link et al., 1997; Markowitz, 1998).
  - Algunos estudios indican que no guarda correlación con los síntomas psicóticos. (Markowitz, 1998), pero otros trabajos han hallado que la gravedad de los síntomas psicóticos y el nivel de discapacidad son mayores entre personas que perciben estigmatización, en comparación con aquellas personas que no perciben estigmatización (Ertugrul y Ulug, 2004).
- Aquellos estudios que han evaluado el **estigma experimentado** coinciden al encontrar considerables porcentajes de personas que refieren haber vivido experiencias

estigmatizadoras (Depla et al., 2005; Dickerson et al., 2002; Wahl, 1999), pero las cifras parecen menores que en el caso del estigma percibido. Este conjunto de trabajos ha revelado que el estigma experimentado:

- Guarda una correlación negativa con la calidad de vida (Depla et al., 2005; Markowitz, 1998).
  - Guarda una correlación negativa con la autoestima (Markowitz, 1998).
  - Algunos estudios han hallado una correlación positiva con los síntomas psicóticos y con los síntomas de depresión y ansiedad (Ertugrul y Ulug, 2004; Link et al., 1997; Markowitz, 1998), pero otros estudios no han hallado correlación entre estigma experimentado y sintomatología (Dickerson et al., 2002).
  - No tiene relación con el nivel de funcionamiento psicosocial (Dickerson et al., 2002).
  - Reduce el sentido de dominio personal y esto, a su vez, incrementa el auto-desprecio por parte de la persona con enfermedad mental (Wright et al., 2000).
  - Cuando la persona con enfermedad mental expresa una mayor preocupación ante el rechazo (medida como estrategias defensivas), aumenta la probabilidad de experiencias de rechazo (Wright et al., 2000).
- Los autores que han evaluado el **estigma internalizado** señalan que una gran parte de los participantes refieren niveles altos de auto-estigma (Ritsher y Phelan, 2004).
  - Con respecto a las **estrategias** más frecuentes que las personas con una enfermedad mental emplean para afrontar el estigma, en la literatura aparecen algunas estrategias de carácter positivo, como buscar apoyo social e implicarse en organizaciones y en acciones para educar a la sociedad acerca de la enfermedad mental (Wahl, 1999). Pero también aparecen estrategias de carácter desadaptativo como, por ejemplo, mantener en secreto la enfermedad, retraerse a nivel social, o aislarse como forma de evitar el rechazo (Link et al., 1997; Perlick et al., 2001).
  - Los estudios con medidas de seguimiento indican una gran **estabilidad** de los niveles de estigma durante el período de seguimiento (Link et al., 1997; Markowitz, 1998).
  - Muchos de los estudios han incluido análisis de regresión y se han obtenido los siguientes resultados:
    - El estigma predice algunas facetas del **ajuste social**, como el ocio social, pero no otras, como las interacciones dentro de la familia (Perlick et al., 2001).

- Algunos estudios han hallado que tanto el **estigma percibido** como el **aislamiento** (como estrategia para evitar el rechazo) predicen la autoestima (Link et al., 2001). Pero no es un resultado consistente, ya que otros estudios señalan que el estigma percibido no predice la autoestima ni tampoco los síntomas de depresión (Ritsher y Phelan, 2004).
- El menor estigma percibido correlaciona positivamente con la **adherencia a la medicación** en el tratamiento de la depresión. (Sirey et al., 2001).
- El **estigma internalizado** se relaciona con los síntomas **depresión**, así como con la baja **autoestima** (Ritsher y Phelan, 2004).

**Tabla 2.1: Estudios sobre estigma en personas con enfermedad mental.**

Estudio	Instrumentos de evaluación	Resultados
<p>(Link, 1987)</p> <p>Explorar si ser etiquetado con una enfermedad mental transforma las creencias de rechazo y discriminación, deteriorando así el funcionamiento.</p> <p>n=429 personas residentes en Nueva York. n=164 pacientes psiquiátricos.</p>	<p><i>Screening:</i> Psychiatric Epidemiology Research Interview (PERI). Diagnostic Interview Schedule (DIS) (Robins et al., 1981).</p> <p>Escala de creencias de devaluación-discriminación. Escala de desmoralización (Dohrenwend et al., 1980). Cuestiones sobre empleo e ingresos económicos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se formaron 5 grupos: <ul style="list-style-type: none"> <li>· Personas residentes de la comunidad nunca en tratamiento y sin evidencia de psicopatología (171 personas).</li> <li>· Pacientes recientemente diagnosticados, en su primer contacto con los servicios psiquiátricos (11 personas).</li> <li>· Pacientes en tratamiento y con anteriores contactos con los servicios psiquiátricos (108 personas).</li> <li>· Personas que habían estado en tratamiento en el pasado (96 personas).</li> </ul> </li> <li>• Las creencias de devaluación-discriminación estaban asociadas con la desmoralización, la pérdida de ingresos y el desempleo en los grupos etiquetados como pacientes psiquiátricos, pero no en los grupos no etiquetados.</li> </ul>
<p>(Link et al., 1997)</p> <p>Comprobar si el estigma tiene efectos duraderos sobre el bienestar de personas con diagnóstico dual.</p> <p>n=84 hombres con diagnóstico dual en Nueva York. Medidas al entrar en el tratamiento y después de 1 año de tratamiento.</p>	<p><i>Variables sobre estigma:</i> Escala de creencias de devaluación-discriminación (Link et al., 1987) modificado. Cuestionario diseño propio sobre experiencias de rechazo. Cuestionario diseño propio sobre afrontamiento del estigma.</p> <p><i>Síntomas depresivos:</i> CES-D scale (Radloff, 1977).</p> <p><i>Otros aspectos psiquiátricos:</i> Psychotic ideation scale (Dohrenwend et al, 1980). Global assessment of functioning (GAF) (Endicott et al., 1976). Brief psychiatric rating scale (BPRS) (Overall y Gorham, 1962).</p>	<p><i>Efecto relativamente fuerte y duradero del estigma sobre el bienestar, a pesar de que el tratamiento mejora los síntomas y el funcionamiento.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se producía una mejoría significativa en los síntomas psiquiátricos después de 1 año de tratamiento.</li> <li>• Al inicio del tratamiento las personas con una enfermedad mental manifestaban la creencia de que las personas con diagnóstico dual son devaluadas y discriminadas. También referían haber experimentado rechazo, y que como estrategias de afrontamiento ante el estigma empleaban el mantenerlo en secreto y el retraimiento.</li> <li>• No se producía disminución en los 4 indicadores de estigma a lo largo del período de 1 año.</li> <li>• Tanto en la línea base como al año de tratamiento, la devaluación-discriminación y las experiencias de rechazo estaban significativamente asociadas con los síntomas depresivos.</li> <li>• Las estrategias de afrontamiento de mantenerlo en secreto y de retraerse no estaban asociadas con los síntomas depresivos.</li> </ul>
<p>(Rosenfield, 1997)</p> <p>Comparar los efectos positivos y negativos del etiquetado sobre la calidad de vida de personas con trastorno mental grave (recibir servicios vs. experimentar estigma).</p> <p>n= 157 usuarios de un servicio de rehabilitación psicosocial en New Jersey.</p>	<p><i>Calidad de vida subjetiva.</i> Quality of life interview (Lehman, 1983).</p> <p><i>Servicios recibidos.</i> Cuestionario diseño propio.</p> <p><i>Empoderamiento.</i> Cuestionario diseño propio.</p> <p><i>Estigma.</i> Escala de creencias de devaluación-discriminación (Link et al., 1987).</p> <p><i>Autoestima.</i> Escala de autoestima (Rosenberg, 1984).</p> <p><i>Dominio:</i> Mastery scale (Pearlin et., 1981).</p>	<p><i>El estigma y los servicios recibidos están significativamente asociados con la calidad de vida, pero en modos opuestos.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El estigma percibido estaba significativamente asociado de forma negativa con la calidad de vida global.</li> <li>• Los servicios que incrementan los recursos económicos (rehabilitación vocacional y servicios económicos) incrementaban la calidad de vida global.</li> <li>• Los servicios que abordan el estado del paciente (ideología de empoderamiento y servicios para personas con trastorno mental que abusan de sustancias) también mejoraban la calidad de vida.</li> <li>• La cantidad de tiempo en actividades y la ayuda del equipo profesional para organizar el tiempo libre también afectaban de modo positivo a la calidad de vida global.</li> </ul>

**Tabla 2.1: Estudios sobre estigma en personas con enfermedad mental.**

Estudio	Instrumentos de evaluación	Resultados
<p>(Markowitz, 1998)</p> <p>Estudio longitudinal para examinar la relación entre estigma, bienestar psicológico y satisfacción vital en personas con un trastorno mental grave.</p> <p>n=610 personas con trastorno mental grave en grupos de autoayuda o tratamiento ambulatorio en Nueva York. Seguimiento a los 18 meses.</p>	<p><i>Estigma:</i> Anticipado: Escala de creencias de devaluación-discriminación (Link et al., 1987). Experimentado: Ítem para medir las experiencias de estigma.</p> <p><i>Síntomas (depresión-ansiedad y psicóticos):</i> Índice de síntomas de Colorado (CERN et al., 1994).</p> <p><i>Autoconcepto:</i> Escala de autoestima (Rosenberg, 1965). Autoeficacia evaluada mediante varios ítems de la Mental Health Confidence Scale (Carpinello et al, 1994).</p> <p><i>Satisfacción vital (Interpersonal y económica):</i> Cuestionario diseño propio.</p>	<p><i>Efectos adversos del estigma sobre los resultados considerados.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 72% de los usuarios creían que personas con trastorno mental grave son devaluados y discriminados. 50% indicaba experiencias de rechazo.</li> <li>• El estigma anticipado estaba relacionado con síntomas de ansiedad-depresión, autoestima y satisfacción vital. No estaba relacionado con los síntomas psicóticos.</li> <li>• El estigma experimentado estaba relacionado con todas las variables consideradas.</li> <li>• Considerable estabilidad en las VD a lo largo de los 18 meses. El efecto negativo del estigma sobre la satisfacción vital estaba en parte mediado por el autoconcepto. Pero la relación entre autoconcepto y satisfacción vital era recíproca.</li> </ul>
<p>(Wahl, 1999)</p> <p>Examinar la experiencia de estigma en personas con una enfermedad mental.</p> <p>n=1301 usuarios de servicios de salud mental a nivel nacional, encuestados por correo. n=100 de los usuarios también eran entrevistados.</p>	<p>Encuesta. 3 secciones: Estigma: experiencias como la persona con enfermedad mental. Discriminación: en el entorno laboral, social, etc. Información sociodemográfica y diagnóstica.</p> <p>Entrevista semiestructurada.</p>	<p>Encuestas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Experiencias de estigma: las más frecuentes se referían a presenciar comentarios o descripciones de la enfermedad mental estigmatizadoras.</li> <li>• Experiencias de discriminación: pocas referencias a discriminación en el momento actual</li> </ul> <p>Entrevistas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fuente de estigma citada con más frecuencia era la comunidad a nivel general. Luego el entorno laboral; los amigos; los familiares; los profesionales relacionados con su cuidado.</li> <li>• Referían una variedad de efectos duraderos derivados de las experiencias de estigma. La más frecuente era una disminución de la autoestima y pérdida de confianza.</li> <li>• Referían también diversas estrategias de afrontamiento. La más citada se refería al apoyo, y a implicarse en acciones organizadas para educar a la gente sobre los trastornos mentales y cambiar sus actitudes.</li> </ul>
<p>(Wright et al., 2000)</p> <p>Examinar longitudinalmente los cambios en autoestima y las experiencias de rechazo social en pacientes recientemente desinstitutionalizados.</p> <p>n=88 personas con trastorno mental que dejaban un hospital estatal de larga estancia en Indianapolis. Seguimientos 12 y 24 meses después del cierre del hospital.</p>	<p>Entrevista semiestructurada: cuestiones sobre funcionamiento psicosocial, calidad vida, uso de servicios, actitudes ante cierre del hospital, etc.</p> <p><i>Autoestima:</i> Escala de autoestima (Rosenberg, 1965).</p> <p><i>Percepción de dominio personal:</i> Mastery scale (Pearlin y Shchooler, 1978).</p> <p><i>Expectativas y experiencias de rechazo social:</i> Escala de creencias de devaluación-discriminación (Link et al., 1987) modificada.</p> <p><i>Funcionamiento global:</i> Global assessment of functioning (GAF) (APA, 1994).</p>	<p><i>El rechazo social era una fuente persistente de estrés social para los pacientes desinstitutionalizados.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Una mayor preocupación ante el rechazo en la línea base (medida como estrategias defensivas), tendía a incrementar la probabilidad de experiencias de rechazo.</li> <li>• Experimentar rechazo social reducía sentido de dominio personal, y un menor dominio incrementaba sentimientos de auto-desprecio. Las experiencias de rechazo tenían un efecto indirecto sobre la autovalía, a través de la variable de dominio personal.</li> <li>• Pasar a los servicios de cuidado comunitario tendía a promover mayores sentimientos de dominio que volver a entrar en un hospital psiquiátrico. Pero también generaba más experiencias de rechazo.</li> </ul>

**Tabla 2.1: Estudios sobre estigma en personas con enfermedad mental.**



Estudio	Instrumentos de evaluación	Resultados
<p>(Link et al., 2001)</p> <p>Examinar los posibles efectos del estigma sobre la autoestima de personas con un trastorno mental grave.</p> <p>n=70 miembros de un programa de "clubhouse" Seguimientos a los 6 y 24 meses.</p>	<p><i>Autoestima:</i> Escala de autoestima (Rosenberg, 1979).</p> <p><i>Estigma:</i> Escala de devaluación y discriminación percibidas (Link, 1982; Link et al., 1991). Instrumento para medir el aislamiento como modo de evitar el rechazo (Beard, 1978).</p>	<p><i>Las 2 medidas de estigma predecían fuertemente la autoestima.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Una minoría considerable de participantes mostraba una baja autoestima en la línea base. Mayoría de participantes pensaba que las personas que son o han sido pacientes psiquiátricos experimentarán rechazo social. Participantes empleaban el aislamiento como modo de enfrentarse al rechazo.</li> <li>Efectos de la autoestima sobre el estigma: autoestima en línea base sólo predecía el 7% de la varianza de la devaluación-discriminación percibida a los 6 meses, pero no a los 24 meses. Autoestima no tenía efectos sobre el aislamiento social.</li> <li>Efectos del estigma sobre la autoestima: tanto la devaluación-discriminación percibidas como el aislamiento eran predictores de la autoestima en los dos seguimientos.</li> </ul>
<p>(Markowitz, 2001)</p> <p>Estudiar relación entre síntomas del trastorno mental y satisfacción vital; entre síntomas y autoconcepto; y entre autoconcepto y satisfacción vital.</p> <p>n=610 personas con trastorno mental grave en grupos de autoayuda o tratamiento ambulatorio en Nueva York.</p>	<p><i>Síntomas (depresión-ansiedad y psicóticos):</i> Índice de síntomas de Colorado (Shern et al., 1994).</p> <p><i>Satisfacción vital (Interpersonal y económica):</i> Cuestionario diseño propio.</p> <p><i>Estigma:</i> Anticipado: Escala de creencias de devaluación-discriminación (Link et al., 1987). Experimentado: Ítem para medir las experiencias de estigma.</p> <p><i>Autoconcepto:</i> Escala de autoestima (Rosenberg, 1965). Autoeficacia evaluada mediante varios ítems de la Mental Health Confidence Scale (Carpinello et al, 1994).</p>	<p><i>Estos elementos se influyen recíprocamente. La autoestima es clave, modula el efecto de la satisfacción vital sobre los síntomas.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A medida que la satisfacción vital aumentaba, los síntomas decrecían. Mejora de las relaciones sociales y de las circunstancias económicas puede ayudar a mejorar el estado mental. La relación contraria también puede actuar: la gravedad de los síntomas tenía un impacto negativo sobre el bienestar interpersonal y económico</li> <li>El autoconcepto es parte importante del proceso de recuperación. La autoestima tenía un efecto positivo sobre la satisfacción vital y un efecto negativo sobre los síntomas. Al mismo tiempo la autoestima se veía influida por la satisfacción vital. El efecto de la satisfacción vital sobre los síntomas actuaba a través de sus efectos sobre el autoconcepto.</li> </ul>
<p>(Perlick et al., 2001)</p> <p>Evaluar el efecto de aspectos relativos al estigma sobre la adaptación social en personas con trastorno bipolar.</p> <p>n=264 personas con trastorno bipolar que entraban en servicios psiquiátricos. Seguimiento a los 7 meses.</p>	<p><i>Diagnóstico:</i> Schedule for affective disorders and schizophrenia, lifetime version (SADS-L) (Endicott y Spitzer, 1978).</p> <p><i>Síntomas:</i> Brief psychiatric rating scale, expanded version (BPRS) (Lukoff et al., 1986).</p> <p><i>Aspectos relativos al estigma:</i> Escala compuesta por ítems de: Escala para medir el aislamiento como estrategia afrontamiento para evitar el rechazo (Link et al., 1989) y de la Escala de creencias de devaluación-discriminación (Link et al., 1987).</p> <p><i>Funcionamiento social:</i> Social adjustment scale (Weissman, 1974)</p>	<p><i>Aspectos relativos al estigma durante una fase aguda de la enfermedad predecían un peor ajuste social fuera de la familia.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Predictores del ajuste social: Estigma en línea base predecía el ajuste en la subescala de ocio social a los 7 meses, pero no en la de interacciones dentro de la familia. Efecto del estigma sobre la subescala de ajuste global tampoco era significativo. Ni el estado civil ni la puntuación en BPRS eran predictores.</li> <li>3 factores en la subescala de ocio social determinó: aislamiento psicológico, evitación conductual y sensibilidad al rechazo.</li> <li>Estigma era un predictor positivo significativo del aislamiento psicológico y de la evitación conductual. Puntuación en subescala de ocio social también era un predictor positivo significativo en ambos factores. Puntuación en BPRS predecía un mayor aislamiento psicológico. Estar casado predecía un menor aislamiento psicológico pero mayor evitación conductual.</li> </ul>

**Tabla 2.1: Estudios sobre estigma en personas con enfermedad mental.**

Estudio	Instrumentos de evaluación	Resultados
<p>(Sirey et al., 2001)</p> <p>Examinar el impacto de barreras psicológicas, como el estigma percibido y la minimización de la necesidad de cuidados, en la adherencia al tratamiento farmacológico de la depresión.</p> <p>n=134 nuevos usuarios de servicios ambulatorios de salud mental.</p>	<p><i>Gravedad depresión:</i> Structured interview guide for the Hamilton depression rating scale (Hamilton, 1960; Williams, 1988).</p> <p><i>Funcionamiento global:</i> Global assessment of functioning (GAF) (Endicott et al., 1976).</p> <p><i>Enfermedades médicas concurrentes:</i> Chronic disease score (Von Korff et al., 1992).</p> <p><i>Problemas personalidad:</i> Inventory of interpersonal problems (Pilkonis et al., 1996).</p> <p><i>Uso servicios:</i> Cornell services index (Meyers et al., 1997).</p> <p><i>Necesidad percibida de tratamiento:</i> Patient experience of outpatient treatment questionnaire (Brotter, 1988).</p> <p><i>Estigma percibido asociado a la enfermedad mental y el tratamiento:</i> Escala de estigma percibido (Link et al., 1989) modificada.</p> <p><i>Adherencia medicación:</i> el clínico calificaba adherencia en escala Likert, tras una breve entrevista con el la persona con enfermedad mental.</p>	<p><i>El estigma percibido y la visión acerca de la enfermedad jugaban un papel clave en la adherencia a la medicación.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La adherencia a la medicación se asociaba con menor estigma percibido, mayor gravedad auto-informada de la enfermedad, edad superior a 60 años, y ausencia de problemas de personalidad.</li> </ul> <p>Ninguna otra característica del tratamiento o de la enfermedad correlacionaba con la adherencia.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Regresión: Menor estigma percibido y mayor gravedad auto-informada de la enfermedad predecían una mejor adherencia.</li> </ul>
<p>(Dickerson et al., 2002)</p> <p>Identificar la frecuencia y tipo de experiencias de estigma referidas por personas con esquizofrenia; compararlo con una muestra de afiliados a NAMI; investigar la influencia de ciertas características de los participantes.</p> <p>n=74 personas con esquizofrenia usuarios de los servicios comunitarios.</p>	<p><i>Estigma:</i> Consumer experiences of stigma questionnaire (CESQ) (Wahl, 1999) modificado.</p> <p><i>Gravedad del deterioro :</i> Positive and negative syndrome sale (PANSS) (Kay, 1991). Social functioning scale (SFS) (Birchwood et al., 1990). Quality of life interview (QOLI) (Lehman, 1988).</p> <p><i>Depresión y bienestar :</i> Factor de depresión de la PANSS. Satisfacción subjetiva en la QOLI.</p> <p><i>Atribución sobre el trastorno mental:</i> ítem sobre insight de la PANSS.</p> <p><i>Contacto con la gente:</i> medida de integración comunitaria basada en Dewee et al. (1996)</p>	<p><i>Algunas variables socioeconómicas estaban relacionadas con el estigma y las experiencias de discriminación, pero no los síntomas ni el funcionamiento social.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Experiencias de estigma más frecuentes se relacionaban con las respuestas de otras personas ante su estado psiquiátrico. Especial preocupación porque la gente le vería desfavorablemente a causa de recibir tratamiento psiquiátrico o de tener un trastorno mental.</li> <li>• Experiencias más frecuentes de discriminación entre los entrevistados tenían relación con agentes de la ley. La siguiente experiencia se refería a evitar poner que tenían un trastorno mental en solicitudes, instancias, etc.</li> <li>• La fuente más frecuente de estigma provenía de las personas de la comunidad, seguido de los empleadores. La respuesta negativa más frecuente era la falta de aceptación o comprensión del trastorno mental.</li> <li>• Grupo de la NAMI refería experiencias de estigma más frecuentes y citaban con más frecuencia a la familia como fuente de estigma.</li> <li>• No correlación entre estigma y síntomas, funcionamiento social ni variables sociodemográficas.</li> </ul> <p>Algunas variables sobre satisfacción en la QOLI estaban inversamente correlacionadas con el estigma. álsis regresión, sólo la "adecuación de las finanzas" permanecía significativa.</p>

**Tabla 2.1: Estudios sobre estigma en personas con enfermedad mental.**

Estudio	Instrumentos de evaluación	Resultados
<p>(Ertugrul y Ulug, 2004)</p> <p>Estudiar la relación entre síntomas y otras características de los pacientes y la estigmatización percibida en pacientes con esquizofrenia.</p> <p>n=60 pacientes con esquizofrenia en tratamiento ambulatorio en Ankara.</p>	<p><i>Síntomas:</i> Positive and negative syndrome scale (PANSS) (Kay et al, 1987).</p> <p><i>Estigmatización percibida:</i> World Health Organization-Disability Assessment Schedule-II (WHO-DAS-II. Ustun et al., 2001).</p>	<p><i>La relación entre el estigma percibido y los síntomas es un círculo vicioso en el que unos elementos se refuerzan unos a otros.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No había diferencias en la edad de inicio ni duración de la enfermedad entre el grupo que refería estigmatización y el grupo que no.</li> <li>• Puntuación total en la PANSS y la subpuntuación de síntomas positivos eran significativamente mayores en el grupo que refería estigmatización. Subpuntuación de síntomas negativos era mayor y casi significativa en el grupo que refería estigmatización.</li> <li>• El grupo que refería estigmatización presentaba mayor discapacidad en todos los dominios de la vida.</li> <li>• Regresión: la puntuación en depresión y la puntuación en evitación social activa predecían las respuestas relativas a estigmatización.</li> <li>• Gran parte de la muestra refería altos niveles de estigma internalizado.</li> <li>• Los participantes consideraban que los pacientes psiquiátricos son habitualmente devaluados y discriminados.</li> </ul>
<p>(Ritsher y Phelan, 2004)</p> <p>Replicar si la devaluación-discriminación percibidas predicen una baja autoestima y síntomas depresivos en personas con trastorno mental grave, y comprobar si el estigma internalizado es un mejor predictor de su salud psicológica.</p> <p>n=82 usuarios del servicio de salud mental para veteranos. Seguimiento a los 4 meses (n=47 usuarios).</p>	<p><i>Estigma:</i> Internalized stigma of mental illness (ISMI) (Risher et al., 2003). Escala devaluación y discriminación percibidas (Link et al., 1997; Perlick et al., 2001).</p> <p><i>Estado de ánimo:</i> Síntomas depresivos: CES-D (Radloff, 1977). Escala de autoestima (Rosenberg, 1979).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Efectos del estigma internalizado sobre los síntomas depresivos: las subescalas de alineación, de estereotipos y de retraimiento social, y la puntuación total en la línea base eran predictores significativos de los síntomas depresivos en el seguimiento.</li> <li>• Efectos del estigma internalizado sobre la autoestima: la alienación predecía significativamente la autoestima. Los estereotipos, el rechazo social y la puntuación total estaban próximos a la significación estadística. Subescala de experiencia de discriminación no predecía depresión ni autoestima.</li> <li>• Devaluación-discriminación percibidas tampoco predecían depresión ni autoestima.</li> </ul>
<p>(Depla et al., 2005)</p> <p>Examinar si la estigmatización en personas mayores con trastorno mental está asociada con tipo de institución residencial y tipo de trastorno. Evaluar el papel del estigma sobre su calidad de vida.</p> <p>n=131 personas con un trastorno mental grave que vivían en residencias o estaban en hospitales.</p>	<p><i>Estigmatización:</i> Cuestionario de diseño propio.</p> <p><i>Calidad de vida:</i> Manchester short assessment of quality of life (MANSA) (Priebe et al., 1999).</p> <p><i>Participación social:</i> Tamaño de la red social: Cuestionario de van Tilburg (1998). Nº de actividades sociales en las que participa: Cuestionarios de diseño propio.</p> <p><i>Otras medidas:</i> Mini-mental state examination (Kempen et al., 1995); Mastery scale (Pearlin y Shchooler, 1978); Índice de AVD (basado en Katz et al., 1963).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Situaciones de estigma más frecuentes se referían a visitas de la familia. Globalmente, el 57% de la muestra refería experiencias estigmatizadoras.</li> <li>• Los usuarios que vivían en residencias referían menores niveles de estigma que los pacientes hospitalarios, aunque la diferencia era ligeramente significativa.</li> <li>• No había diferencias en estigma entre las personas con un trastorno psicótico y las personas con un trastorno no psicótico.</li> <li>• Fuerte asociación entre experiencias de estigma y una calidad de vida negativa. Las dos variables de participación social estaban asociadas menos intensamente con la calidad de vida.</li> </ul>

### **2.3.2. Estudios sobre estigma en familiares de personas con enfermedad mental.**

Aunque son las propias personas que padecen la enfermedad mental quienes más sufren las consecuencias del estigma, éstas también aparecen en personas cercanas a ellos, especialmente sus familias. El número de estudios sobre el estigma en familiares es mucho menor que el de personas con enfermedad mental y han incluido principalmente muestras de familiares cercanos, fundamentalmente padres o cónyuges. La tabla 2.2 recoge los estudios empíricos que han evaluado el estigma entre los familiares de personas con un trastorno mental.

#### **a) Tipos de trastorno mental.**

Habitualmente los estudios incluyen a familiares de personas con un trastorno mental, sin preseleccionar el tipo de diagnóstico (Östman y Kjellin, 2002; Phelan et al., 1998; Shibre et al., 2001; Struening et al., 2001). No obstante, hay algunos trabajos que se interesan específicamente por familiares de personas con esquizofrenia o con un trastorno afectivo mayor (Kadri, Manoudi, Berrada, y Moussaoui, 2004; Shibre et al., 2001). Existe también un estudio que ha comparado el estigma en familiares de personas con trastorno mental frente a familiares de personas con trastorno mental y con abuso de sustancias (Silver, 1999).

#### **b) Variables analizadas.**

La revisión de estudios muestra que, si bien se ha prestado atención a ciertas variables del paciente como el diagnóstico o la sintomatología, las principales variables evaluadas entre los familiares de personas con un trastorno mental grave han sido las siguientes:

- El estigma percibido y/o experimentado por la propia familia (e.g., Östman y Kjellin, 2002; Phelan et al., 1998; Shibre et al., 2001; Silver, 1999). En algunos casos se formulan también cuestiones sobre la estigmatización que perciben o que directamente han observado que padece la persona con la enfermedad mental (Phillips, Pearson, Feifei, Minjie, y Yang, 2002; Struening et al., 2001; Wahl y Harman, 1989).
- Atribuciones y creencias sobre los trastornos mentales (Kadri et al., 2004; Magliano, De Rosa, Fiorillo, Malangone, Guarneri et al., 2004; Magliano, De Rosa, Fiorillo, Malangone, y Maj, 2004; Ohaeri y Fido, 2001; Shibre et al., 2001).
- La sobrecarga familiar (Ohaeri y Fido, 2001; Östman y Kjellin, 2002; Silver, 1999).

- Actitudes hacia la enfermedad mental (Ohaeri y Fido, 2001; Ruiz et al., 1988).
- El apoyo social y la necesidad de apoyo (Östman y Kjellin, 2002; Silver, 1999).
- Presencia de problemas con el uso de sustancias (Silver, 1999).
- El afrontamiento por parte de la familia (Shibre et al., 2001).
- Síntomas de depresión y de ansiedad (Silver, 1999).

### **c) Resultados de los estudios.**

El volumen de estudios que han investigado el estigma entre familiares de personas con enfermedad mental es menor que el dedicado a las propias personas que padecen la enfermedad. Entre esos trabajos podemos destacar el estudio longitudinal de Phelan et al. (1998), el cual analizó el estigma entre familiares de pacientes psiquiátricos hospitalizados por primera vez y su relación con variables clínicas y familiares. Tanto las características de la enfermedad mental como las características sociales de la familia se mostraron significativamente asociadas con los niveles de estigma familiar. Los familiares con un mayor nivel educativo y aquellos cuyos parientes habían tenido una crisis durante el período de seguimiento del estudio, percibían una mayor evitación por parte de la comunidad. Además, se encontró que el ocultamiento de la enfermedad era significativamente mayor entre familiares de pacientes con síntomas menos graves, entre familiares de mujeres, y entre familiares que no vivían con el paciente.

Otro estudio interesante es el realizado por Struening et al. (2001), cuyo objetivo era analizar las percepciones de estigma entre familiares de personas con un trastorno mental. Los resultados mostraron que los familiares tenían la percepción de que la comunidad rechaza a estas personas y a sus familias. Un porcentaje mayoritario de los familiares creía que la gente habitualmente piensa que las personas con enfermedad mental son peligrosas e impredecibles, que a menudo menosprecia a alguien que ha estado alguna vez en un hospital psiquiátrico, y que considera que estar en tratamiento psiquiátrico es un signo de fallo personal.

El estudio de Östman y Kjellin (2002) investigó la presencia de estigma por asociación entre familiares de personas con un trastorno mental. La mayoría de los familiares mostraban estigma por asociación, esto es, referían estigmatización debido a su relación con una persona con enfermedad mental. No se halló que el nivel de estigma estuviera influido por variables sociodemográficas, por el diagnóstico, ni por el nivel de funcionamiento psicosocial de la persona con enfermedad mental.

Por su parte, los estudios del equipo de Magliano en Italia han prestado especial atención a la comparación entre familiares, profesionales de salud mental y población general. En el trabajo realizado por Magliano, De Rosa, Fiorillo, Malangone, y Maj (2004) se evaluaron las creencias acerca de las causas, tratamientos y consecuencias de la esquizofrenia. Un 73% de los familiares encuestados y un 74% de profesionales reconocían el caso clínico presentado como esquizofrenia, frente a un 21% de la población general. El 68% de los familiares consideraba que la esquizofrenia está exclusivamente causada por factores psicosociales (frente a un 34% de la población general y 20% de profesionales). Un 48% de familiares creía firmemente en la utilidad de los fármacos en el tratamiento del trastorno, y el porcentaje era de 46% con respecto a la utilidad de los tratamientos psicosociales.

En otro estudio (Magliano, De Rosa, Fiorillo, Malangone, Guarneri et al., 2004) se analizaron las creencias acerca de la esquizofrenia entre familiares, enfermeros psiquiátricos y psiquiatras. Los factores causales más frecuentemente mencionados por los familiares eran el estrés, traumas y rupturas de pareja, mientras que en el caso de psiquiatras y enfermeros eran los factores hereditarios, estrés y conflictos familiares. El 56% de los familiares creían en la capacidad de las personas con esquizofrenia para trabajar igual que otras personas (los porcentajes eran del 77% de enfermeros y 79% de psiquiatras). Un 43% de familiares creían que se puede hacer poco por estos pacientes (opinión expresada por un 24% de enfermeros y 11% de psiquiatras) y el 35% de familiares creían que las personas con esquizofrenia son impredecibles (un 31% de enfermeros y 2% de psiquiatras opinaban así). Con respecto a los derechos civiles, un 32% de familiares consideraban que las personas con esquizofrenia no deberían votar, un 71% que no deberían casarse y un 49% que no deberían tener hijos (los porcentajes tendían a ser algo más bajos entre los enfermeros y bastante menores entre los psiquiatras).

El trabajo realizado por Wahl y Harman (1989) evaluó las opiniones sobre el estigma entre familiares miembros de la Nacional Alliance for the Mentally Ill de EE.UU. La mayoría de los familiares encuestados identificó el estigma como un problema para sus parientes con enfermedad mental y para las familias. Los efectos del estigma para las personas con enfermedad mental citados con más frecuencia eran la disminución de la autoestima, dificultad para hacer y mantener amistades, dificultad para encontrar un trabajo, y deterioro de las relaciones familiares. Los efectos del estigma para las familias citados con más frecuencia eran disminución de la autoestima y deterioro de las relaciones familiares. Las familias identificaban como principales fuentes de estigma las películas sobre asesinos "enfermos mentales", las noticias sobre tragedias causadas por personas con enfermedad mental, el uso cotidiano de términos como "loco" o "psicópata" y las bromas sobre la enfermedad mental. Expresaban que, para afrontar el estigma, les resultaban de especial

utilidad recibir información sobre la enfermedad mental, interactuar con otras familias de personas con enfermedad mental, el apoyo dentro de la familia, y la investigación sobre las bases biológicas de la enfermedad.

Respecto a estudios realizados en nuestro país, el estudio realizado por Ruiz et al. (1988) en Córdoba evaluó las actitudes hacia la enfermedad mental de familiares de personas con esquizofrenia y las comparó con las actitudes de familiares de personas sin enfermedad mental. Aunque la actitud global en ambos grupos de familiares era de rechazo hacia la enfermedad mental, éste era mayor entre los familiares de personas sin enfermedad mental. Los autores encontraron que el género de la persona con esquizofrenia era un parámetro que determinaba la actitud de rechazo de sus familiares. Los varones con esquizofrenia eran rechazados, en grado máximo, por las madres con *Creencias irracionales*, *Autoritarismo* y *Estigma social*. Las mujeres con esquizofrenia eran rechazadas, en grado máximo, por los padres con *Creencias irracionales* y *Estigma social*.

Los resultados de las investigaciones realizadas por el equipo español de “La esquizofrenia abre las puertas” (disponibles en su página Web <http://www.esquizofreniabrelaspuertas.com>) mostró que, aunque la mayoría de las personas con enfermedad mental opinaba que su enfermedad era curable, el 78% de los familiares de personas con esquizofrenia opinaba lo contrario. El 69% de las familias consideraba que no podían estudiar, un 45% opinaba que las personas con esquizofrenia no se pueden casar, un 52% que no podían tener hijos y un 29% opinaba que no podían tener novio/a.

Por último, cabe destacar tres estudios que han investigado el estigma familiar en sociedades no occidentales, concretamente en Etiopía (Shibre et al., 2001), Nigeria (Ohaeri y Fido, 2001) y Marruecos (Kadri et al., 2004). Los familiares referían que el estigma social era un problema frecuente para ellos y sus parientes. En general, indicaban un gran desconocimiento sobre el trastorno mental de su pariente (fundamentalmente, esquizofrenia o un trastorno afectivo mayor). Entre las principales atribuciones causales destacaban los factores sobrenaturales, aunque también se mencionaban otras causas, como el consumo de drogas, causas orgánicas y factores psicosociales. Resulta interesante que, en el estudio de Ohaeri y Fido (2001), los familiares de personas con enfermedad mental mostraban ira y estigma con mayor frecuencia que los familiares de personas con enfermedades físicas graves, como cáncer o anemia de células falciformes. Sin embargo, dos terceras partes de los familiares se sentían contentos de cuidar a su pariente y no deseaban que estuviese en una institución psiquiátrica. En contraste, en el estudio realizado en Casablanca (Marruecos), el 11% de los encuestados opinaba que la única forma de ayudar a su familiar con enfermedad mental era encerrándole (Kadri et al., 2004).

**d) Conclusiones de los estudios sobre estigma en familiares de personas con enfermedad mental.**

El propósito de esta revisión era examinar los estudios realizados sobre el estigma entre familiares de personas que padecen una enfermedad mental. El limitado número de estudios centrados en los familiares hace complicado contrastar los resultados, puesto que los objetivos de estudio y las variables analizadas no siempre coinciden. Pero de modo global pueden extraerse ciertos datos de interés:

- Los familiares de personas con un trastorno mental experimentan **estigma por asociación**, es decir, experimentan estigma debido a su asociación con una persona estigmatizada (la persona con el trastorno mental). Este hecho se produce tanto en sociedades occidentales (e.g., Östman y Kjellin, 2002; Phelan et al., 1998; Silver, 1999; Wahl y Harman, 1989) como en culturas no occidentales (e.g., Kadri et al., 2004; Shibre et al., 2001).
- Asimismo los **familiares** tienden a creer que la comunidad devalúa y rechaza a las personas con un trastorno mental así como a sus familias, esto es, muestran estigma percibido o anticipado (e.g., Phelan et al., 1998; Struening et al., 2001).
- Algunos estudios no han encontrado relación entre el **estigma familiar** y las **características sociodemográficas** de la familia, el diagnóstico de la persona que padece la enfermedad mental ni su nivel de funcionamiento psicosocial (Östman y Kjellin, 2002; Shibre et al., 2001). Pero otros autores (Phelan et al., 1998) han hallado que los familiares con un mayor nivel educativo y aquellos cuyos parientes habían tenido una crisis durante el período de seguimiento del estudio, perciben una mayor evitación por parte de la comunidad.
- El conocimiento de los familiares sobre la enfermedad mental resulta mejor que el de la población general en algunos aspectos, como la utilidad de los tratamientos o el hecho de identificar un caso clínico como esquizofrenia, pero inferior en otros aspectos como, por ejemplo, las causas de la enfermedad (Magliano, De Rosa, Fiorillo, Malangone, y Maj, 2004). Además, una proporción importante de familiares muestra estereotipos y actitudes estigmatizadoras hacia las personas con enfermedad mental (Magliano, De Rosa, Fiorillo, Malangone, Guarneri et al., 2004; Ruiz et al., 1988), fundamentalmente referidas a la incapacidad para desempeñar un empleo, la impredecibilidad de las personas con esquizofrenia, y la dificultad para casarse o tener hijos.
- Los familiares adoptan como estrategia habitual de afrontamiento ante el estigma el ocultamiento total o parcial de la enfermedad mental y los datos apuntan que el **ocultamiento** de la enfermedad mental es mayor (Phelan et al., 1998):



- Entre familiares de pacientes con síntomas menos graves.
- Entre familiares de mujeres.
- Entre familiares que no viven con el paciente.
- Se han hallado **muchas similitudes en los costes sociales y emocionales** (incluido el estigma) entre familiares de personas con un trastorno mental y familiares de personas con un diagnóstico dual (Silver, 1999).
- Algunos trabajos han estudiado el estigma en **sociedades no occidentales** (Kadri et al., 2004; Ohaeri y Fido, 2001; Shibre et al., 2001). A pesar de que supuestamente las sociedades tradicionales ofrecen mayor apoyo ante la enfermedad, los datos revelan que el estigma es un problema importante para las personas con enfermedad mental y para sus familias. Además, los estudios coinciden que las principales atribuciones causales sobre la enfermedad se refieren a factores sobrenaturales.

**Tabla 2.2: Estudios sobre estigma en familiares de personas con enfermedad mental.**

Estudio	Instrumentos de evaluación	Resultados
<p>(Ruiz et al., 1988)</p> <p>Estudiar las actitudes de familiares de personas con esquizofrenia y el rechazo de estas familias hacia la enfermedad mental, comparándolo después con familiares de personas sin enfermedad mental.</p> <p>n=121 padres, madres y hermanos de personas con enfermedad mental. n=67 padres, madres y hermanos de personas sin enfermedad mental.</p>	<p>Entrevista estructurada.</p> <p><i>Actitudes y rechazo hacia la enfermedad mental:</i> Escala de actitudes hacia la enfermedad mental, psicología y psiquiatría (Ruiz, 1977). Se miden las siguientes características:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Creencias irracionales.</li> <li>- Autodefensa y peligrosidad de la persona con enfermedad mental.</li> <li>- Autoritarismo.</li> <li>- Estigma social.</li> </ul>	<p><i>Las actitudes de la población general hacia la enfermedad mental conllevan características distintas por la existencia o no de una persona con enfermedad mental en el núcleo familiar.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La actitud global de los familiares de personas con esquizofrenia hacia la enfermedad mental era de rechazo. La actitud de los familiares de personas sin enfermedad mental también era de rechazo, pero en mayor grado.</li> <li>• El rechazo en los familiares de personas con esquizofrenia era, en su conjunto, de Estigma social seguido de Creencias irracionales, mientras que en el grupo control era de Autodefensa.</li> <li>• El género de la persona con esquizofrenia era otro parámetro que determinaba la actitud de rechazo de sus familiares. Los varones con esquizofrenia eran rechazados, en grado máximo, por las madres con Creencias irracionales, Autoritarismo y Estigma social. Las mujeres con esquizofrenia eran rechazadas, en grado máximo, por los padres con Creencias irracionales y Estigma social.</li> </ul>
<p>(Wahl y Harman, 1989)</p> <p>Evaluar las opiniones sobre el estigma en familiares de personas con enfermedad mental.</p> <p>n= 487 familiares miembros de la <i>Nacional Alliance for the Mentally Illness</i> de EE.UU</p>	<p>Encuesta de diseño propio.</p>	<p><i>La mayoría de los familiares identificaba el estigma como un problema para sus parientes con enfermedad mental y para las familias.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los efectos más frecuentemente citados del estigma sobre los parientes con enfermedad mental eran disminución de la autoestima, dificultad para hacer y mantener amistades, dificultad para encontrar un trabajo, y deterioro de las relaciones familiares.</li> <li>• Los efectos más frecuentemente citados del estigma sobre las familias eran disminución de la autoestima y deterioro de las relaciones familiares.</li> <li>• Identificaban las películas sobre asesinos mentalmente enfermos, las noticias sobre tragedias causadas con personas con enfermedad mental, el uso cotidiano de términos como "loco" o "psicópata" y las bromas sobre la enfermedad mental como las fuentes principales de estigma.</li> <li>• Expresaban que, para afrontar el estigma, eran de especial utilidad recibir información sobre la enfermedad mental, interaccionar con otras familias de personas con enfermedad mental, el apoyo dentro de la familia, y la investigación sobre las bases biológicas de la enfermedad.</li> </ul>

**Tabla 2.2: Estudios sobre estigma en familiares de personas con enfermedad mental.**

Estudio	Instrumentos de evaluación	Resultados
<p>(Phelan et al., 1998)</p> <p>Examinar el estigma en familiares de pacientes psiquiátricos, y su relación con variables de la enfermedad y con variables de la familia.</p> <p>n=156 padres y cónyuge de pacientes psiquiátricos hospitalizados por primera vez en los seis meses previos.</p> <p>Entrevista inicial y seguimiento a los 6 meses.</p>	<p><i>Estigma familiar:</i> Pregunta abiertas procedente de la Social adjustment scale (Schooler et al., 1979).</p> <p><i>Factores relacionados con la enfermedad.</i> Diagnóstico: extraído del historial. Síntomas: Structured clinical interview for DSM-II-R (SCID) (Spitzer et al., 1992). Schedules for assessment of positive y negative symptoms (SAPS) (SANS) (Andreases, 1984, 1982). Brief psychiatric rating scale (BPRS) (Overall y Gorham, 1962).</p> <p><i>Factores relacionados con la familia:</i> cuestiones de diseño propio.</p>	<p><i>Tanto las características de la enfermedad mental como las características sociales de la familia estaban significativamente asociadas con los niveles de estigma familiar.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Regresión: El ocultamiento era significativamente mayor entre familiares de pacientes con síntomas menos graves en la línea-base, entre familiares de mujeres, y entre familiares que no vivían con el paciente. Evitación percibida era significativamente mayor entre personas cuyo familiar había tenido una crisis durante el seguimiento, y entre familiares con mayor nivel educativo.</li> </ul>
<p>(Silver, 1999)</p> <p>Examinar si los costes sociales y emocionales (incluyendo el estigma) son mayores en cuidadores familiares de personas con diagnóstico dual.</p> <p>n=30 cuidadores familiares de personas con trastorno mental.</p> <p>n=30 cuidadores familiares de personas con trastorno mental y abuso sustancias.</p>	<p><i>Estrés del cuidador familiar:</i> Caregiver burden scale (Biegel, 92).</p> <p><i>Estigma:</i> Subescala del Caregiver burden scale (Biegel, 92).</p> <p><i>Depresión:</i> Center for epidemiological studies depression scale (Radloff, 1977).</p> <p><i>Ansiedad:</i> Clinical anxiety scale (Westhuis, 86).</p> <p><i>Apoyo social:</i> Interpersonal support evaluation list (Cohen, 1985).</p> <p><i>Problemas con el uso de sustancias:</i> Michigan alcoholism test (S-MAST) (Selzer et al., 1975).</p>	<p><i>Muchas similitudes en los costes sociales y emocionales entre familiares de personas con un trastorno mental y familiares de personas con un diagnóstico dual.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La única diferencia significativa entre ambos grupos aparecía en depresión, que era mayor entre los cuidadores de personas con un diagnóstico dual</li> <li>• Resultados mixtos en las variables de ansiedad y problemas con el uso de sustancias. Los cuidadores de personas con diagnóstico dual mostraban mayor ansiedad y consumo de sustancias, pero las diferencias no eran significativas.</li> <li>• No había diferencias en carga familiar, estigma, salud física ni apoyo social.</li> </ul>
<p>(Ohaeri y Fido, 2001)</p> <p>Evaluar las opiniones de familiares de personas con esquizofrenia y trastornos afectivos en Nigeria y compararlas con las de familiares de personas con cáncer, infertilidad y anemia de células falciformes.</p> <p>n=70 familiares de personas con esquizofrenia.</p> <p>n=25 familiares de personas con trastornos afectivos.</p>	<p>Cuestionario de sobrecarga que contenía ítems sobre creencias causales y actitudes hacia la enfermedad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Las respuestas de los familiares de ambos tipos de trastornos psiquiátricos eran muy similares. Entre las causas más frecuentes del trastorno se citaban la influencia del demonio (39%), que eran enfermedades naturales (36%), factores genéticos (23%), la brujería (11%) y la maldición de enemigos (11%). Las respuestas de los familiares de personas con cáncer e infertilidad eran muy similares.</li> <li>• Los familiares de personas con trastornos psiquiátricos mostraban con mayor frecuencia ira y estigma. 2/3 de ellos se sentían contentos de cuidar a su pariente y no querrían que estuviese institucionalizado.</li> </ul>

**Tabla 2.2: Estudios sobre estigma en familiares de personas con enfermedad mental.**

Estudio	Instrumentos de evaluación	Resultados
<p>(Shibre et al., 2001)</p> <p>Estudiar la percepción del estigma en familiares de personas con un trastorno mental grave en una sociedad tradicional y rural como Etiopía.</p> <p>n=178 familiares de personas con esquizofrenia o trastorno afectivo mayor.</p>	<p>Family interview schedule (Sartorius y Janca, 1996), con especial atención a las secciones de estigma y atribuciones.</p>	<p><i>El estigma era un problema frecuente, con pocas diferencias entre grupos sociodemográficos o entre tipos de trastorno mental.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La prevalencia estimada del estigma era de un 75%.</li> <li>• La puntuación media de estigma era mayor entre residentes de zona urbana que entre residentes de zona rural.</li> <li>• Entre las atribuciones causales de la enfermedad se aludía a fuerzas sobrenaturales, factores psicosociales y abuso sustancias.</li> </ul>
<p>(Struening et al., 2001)</p> <p>Evaluar en qué medida los cuidadores informales de personas con un trastorno mental creen que la sociedad devalúa a las personas con una enfermedad mental y a sus familias, y la relación entre estas creencias y el diagnóstico de la persona con enfermedad mental.</p>	<p><i>Estigma de la persona con enfermedad mental:</i> Devaluation of consumers scale (Link et al., 1989).</p> <p><i>Estigma de la familia:</i> Devaluation of consumer families scale.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un 65% indicaba que rezar era el método preferido para afrontar el problema. <i>Los cuidadores de personas con un trastorno mental tienen la percepción de que la comunidad rechaza a estas personas y a sus familias.</i></li> <li>• Las dos muestras mostraban resultados muy similares. Un porcentaje mayoritario de los cuidadores familiares creía que:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- La mayoría de la gente piensa que las personas con trastorno mental son peligrosas e impredecibles.</li> <li>- La mayoría de la gente se fija en alguien que ha estado alguna vez en un hospital psiquiátrico.</li> <li>- La mayoría de la gente menosprecia a alguien que ha estado alguna vez en un hospital psiquiátrico.</li> <li>- La mayoría de la gente piensa que estar en tratamiento psiquiátrico es un signo de fallo personal.</li> </ul> </li> </ul>
<p>n=180 familiares de personas con esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, depresión mayor o trastorno bipolar.</p> <p>n=281 familiares de personas con trastorno bipolar o trastorno esquizoafectivo.</p> <p>(Phillips et al., 2002)</p> <p>Analizar el estigma entre familiares de personas con esquizofrenia y explorar los factores que median las respuestas emocionales y cognitivas de los pacientes.</p>	<p>Entrevista que incluía: Camberwell family interview (Phillips y Shiong, 1995). 10 cuestiones de diseño propio sobre estigma y discriminación, sobre la persona con enfermedad mental y sobre la familia.</p>	<p><i>El efecto del estigma era mayor si los familiares encuestados tenían un alto grado de emoción expresada, un mayor nivel educativo, si el paciente tenía síntomas positivos graves y si la familia residía en un área muy urbanizada.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En un 60% de las entrevistas, los familiares referían que el estigma tenía un efecto entre moderado y grave sobre las vidas de los pacientes, y en un 28% sobre la vida de las familias.</li> <li>• Los factores que predecían un mayor estigma entre las personas con enfermedad mental eran:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Del familiar entrevistado: un alto grado de emoción expresada, un mayor nivel educativo, que fuera mujer.</li> <li>- De la persona con enfermedad mental: inicio temprano de la enfermedad, síntomas positivos graves, vivir en una zona urbana, ser varón.</li> </ul> </li> </ul>
<p>n=952 familiares de 605 personas con esquizofrenia en China.</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los factores que predecían un mayor estigma entre las familias eran:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Del familiar entrevistado: un alto grado de emoción expresada, un mayor nivel educativo.</li> <li>- De la persona con enfermedad mental: inicio temprano de la enfermedad, síntomas positivos graves, vivir en una zona urbana, una mayor duración de la enfermedad.</li> </ul> </li> </ul>

**Tabla 2.2: Estudios sobre estigma en familiares de personas con enfermedad mental.**

Estudio	Instrumentos de evaluación	Resultados
<p>(Östman y Kjellin, 2002)</p> <p>Investigar factores de relevancia psicológica relacionados con el estigma en familiares de personas con trastorno mental.</p> <p>n=162 familiares de pacientes que estaban en ingreso hospitalario agudo, en Suecia.</p>	<p>Cuestionario semi-estructurado de diseño propio, aplicado en formato de entrevista. Abordaba la sobrecarga familiar, su necesidad de apoyo y la participación en el cuidado.</p>	<p><i>Mayoría de los familiares experimentaban factores psicológicos de estigma por asociación.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 83% de los familiares experimentaba carga en uno o más de los factores psicológicos de estigma por asociación evaluados.</li> <li>• El estigma por asociación era mayor en familiares que tenían problemas psicológicos.</li> <li>• El estigma no se veía influido por las variables sociodemográficas, el diagnóstico ni el nivel de funcionamiento psicosocial del paciente.</li> </ul>
<p>(Magliano, De Rosa, Fiorillo, Malangone, y Maj, 2004)</p> <p>Comparar las creencias acerca de las causas, tratamientos y consecuencias psicosociales de la esquizofrenia en población general, profesionales de salud mental y familiares.</p> <p>n=714 personas de la población general Italia. n=465 profesionales de la salud mental. n=709 familiares de personas con esquizofrenia</p>	<p>Creencias acerca de la esquizofrenia: Questionnaire about Opinions on Mental Illness (QO) (Magliano et al., 1999).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un 73% de familiares, 21% de la población general y 74% de profesionales reconocían el caso clínico presentado como esquizofrenia.</li> <li>• Un 68% de familiares, 34% de la población general y 20% de profesionales consideraban que la esquizofrenia está exclusivamente causada por factores psicosociales.</li> <li>• Un 48% de familiares, 25% de la población general y 28% de profesionales estaban completamente convencidos de la utilidad de los fármacos para tratar el trastorno.</li> <li>• Un 46% de familiares, 58% de la población general y 44% de profesionales creían en la utilidad de los tratamientos psicosociales.</li> </ul>
<p>(Magliano, De Rosa, Fiorillo, Malangone, Guarneri et al., 2004)</p> <p>Analizar las creencias acerca de la esquizofrenia en enfermeros psiquiátricos, y compararlas con las de psiquiatras y de familiares.</p> <p>n=190 enfermeros psiquiátricos. n=110 psiquiatras. n=709 familiares.</p>	<p>Creencias acerca de la esquizofrenia: Questionnaire about Opinions on Mental Illness (QO) (Magliano et al., 1999).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entre los factores causales más frecuentemente mencionados por los familiares estaban el estrés, traumas y rupturas de pareja. Entre los factores más frecuentemente mencionados por psiquiatras y enfermeros estaban los factores hereditarios, estrés y conflictos familiares.</li> <li>• Un 56% de familiares, 77% de enfermeros y 79% de psiquiatras creían en la capacidad de las personas con esquizofrenia para trabajar igual que otras personas</li> <li>• Un 43% de familiares, 24% de enfermeros y 11% de psiquiatras creían que poco se puede hacer por estos pacientes.</li> <li>• Un 35% de familiares, 31% de enfermeros y 2% de psiquiatras creían que las personas con esquizofrenia son impredecibles.</li> <li>• Un 31% de familiares, 72% de enfermeros y 66% de psiquiatras sostenían la imputabilidad de las personas con esquizofrenia en caso de cometer actos ilegales.</li> <li>• Un 64% de familiares, 50% de enfermeros y 54% de psiquiatras creían en la necesidad de un procedimiento especial de divorcio si un cónyuge padece esquizofrenia.</li> <li>• Un 32% de familiares, 34% de enfermeros y 17% de psiquiatras consideraban que las personas con esquizofrenia no deberían votar.</li> <li>• Un 71% de familiares, 63% de enfermeros y 43% de psiquiatras creían que las personas con esquizofrenia no deberían casarse.</li> <li>• Un 49% de familiares, 21% de enfermeros y 7% de psiquiatras creían que las personas con esquizofrenia no deberían tener hijos.</li> </ul>

**Tabla 2.2: Estudios sobre estigma en familiares de personas con enfermedad mental.**

Estudio	Instrumentos de evaluación	Resultados
<p>(Kadri et al., 2004)</p> <p>Explorar el estigma en familiares de personas con esquizofrenia en un país no occidental, su conocimiento sobre la enfermedad y sus actitudes hacia el paciente.</p> <p>n=100 familiares de personas con esquizofrenia de Casablanca (Marruecos).</p>	<p>Cuestionario de diseño propio.</p>	<p><i>El estigma existe como una clara carga, a pesar de que supuestamente las sociedades tradicionales ofrecen mayor apoyo ante la enfermedad</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un 76% indicaba no tener conocimientos sobre el trastorno mental de su familiar.</li> <li>• A pesar del desconocimiento, un 36% consideraba que la enfermedad era incurable, grave (37%), crónica (80%) o incapacitante (48%).</li> <li>• Entre las causas de la enfermedad se aludía al abuso drogas, sucesos vitales estresantes, brujería, trastornos orgánicos y factores hereditarios.</li> <li>• Un 11% pensaba que la única forma de ayudar a su familiar con trastorno mental le era encerrándole.</li> <li>• Un porcentaje importante de familiares refería experiencias de rechazo y discriminación, especialmente por parte de vecinos.</li> </ul>

### **2.3.3. Estudios sobre estigma en profesionales que trabajan con personas con enfermedad mental.**

Se ha señalado que los profesionales de salud mental y servicios sociales (psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, y otros) también pueden mantener actitudes estigmatizadoras como, por ejemplo (Angell et al., 2005):

- Aquellas basadas en el paternalismo (e.g. tomando decisiones por ellos) o en la coerción.
- En otros casos puede aparecer cierta deshumanización, basada en la percepción de las personas con enfermedad mental como carentes de sentimientos, sensibilidad y derechos básicos. En ocasiones, los profesionales fallan a la hora de verlos como seres humanos con sus necesidades, deseos, ilusiones y esperanzas, igual que puede tenerlas cualquier otro ser humano.
- La transmisión de mensajes desmoralizadores, al anunciar que el curso de la enfermedad será difícil y que la recuperación supondrá un largo proceso.

Sin embargo, el número de estudios empíricos que han evaluado el estigma entre profesionales de salud mental es bastante reducido y, en general, emplean instrumentos no estandarizados que dificultan la comparación de resultados (véase tabla 2.3).

#### **a) Resultados de los estudios.**

En el estudio de Kingdon et al. (2004) se evaluaron las actitudes de una amplia muestra de miembros del Royal College of Psychiatrists del Reino Unido. Un 95% de los psiquiatras encuestados consideraba que las personas con un trastorno mental grave son menos peligrosas de lo que supone la gente. La mayoría de los psiquiatras pensaba que no son peligrosas para los demás, pero que tienden a ser impredecibles y personas con las que resulta difícil hablar. La comparación entre psiquiatras y población general reveló que ambos grupos opinaban que la falta de auto-disciplina y de voluntad no era las principales causas del trastorno mental, pero los psiquiatras lo hacían en mayor porcentaje (96% frente a 66%). Los psiquiatras también eran más proclives a pensar que las personas con un trastorno mental no son culpables de su enfermedad y que mejorarían con un tratamiento, y eran menos proclives a pensar que las personas con trastorno mental nunca se recuperarían completamente.

El estudio realizado en Suiza por Lauber et al. (2004) evaluó y comparó las actitudes hacia la psiquiatría comunitaria y la distancia social hacia personas con enfermedad mental entre psiquiatras y entre la población general. Ambas muestras expresaban una actitud global

positiva hacia los recursos de salud mental comunitaria, pero la actitud de los psiquiatras era significativamente más favorable. Con respecto a la distancia social hacia personas con enfermedad mental, no aparecían diferencias entre los dos grupos y, en ambos, el nivel de distancia social aumentaba cuanto más proximidad social implicaba la situación propuesta. Los psiquiatras se mostraban más dispuestos a instalarse junto a la casa de una persona con enfermedad mental, hacer amigos con enfermedad mental, o imaginar que su hijo pudiera casarse con una persona con enfermedad mental. En contraste, la población general se mostraba más dispuesta a trabajar junto a una persona con enfermedad mental.

Por su parte, el trabajo realizado por Üçock et al. en Turquía (2004) investigó las actitudes de los psiquiatras hacia personas con esquizofrenia. Se observó que el 95% de los psiquiatras encuestados consideraba que la esquizofrenia es el trastorno psiquiátrico más grave para la opinión pública, y el 88% creía que la gente emplea el término “esquizofrenia” de forma peyorativa. También se encontró que, cuando se trataba de pacientes con esquizofrenia, la tasa de personas a la que los psiquiatras informaban de su diagnóstico era significativamente menor en comparación con otro tipo de trastornos, como depresión o manía. Las principales razones que los psiquiatras referían para evitar informar a los pacientes o familiares era la idea de que no podrían entender el significado de “esquizofrenia” (33%). Otras razones eran que creían que abandonarían el tratamiento (28%) o se sentirían desmoralizados (14%). Los psiquiatras encuestados opinaban que la probabilidad de rehabilitación para la esquizofrenia era de un 56%.

En el trabajo de Sriram y Jabbarpour (2005), cuando se planteaba a profesionales de salud mental si, en caso de ser diagnosticados de esquizofrenia, se sentirían cómodos hablando de ello con alguien que no fuera un profesional (como amigos o conocidos), un 60% respondía que se sentirían incómodo y una 34% indicaba que se debía al estigma social existente.

El estudio de Magliano, De Rosa, Fiorillo, Malangone, y Maj en Italia (2004) comparó las creencias acerca de las causas, tratamientos y consecuencias de la esquizofrenia entre población general, profesionales de salud mental y familiares. Resulta interesante que las opiniones de la población general acerca de los derechos civiles de las personas con esquizofrenia y su competencia social tendían a ser más similares a las manifestadas por profesionales, que a las manifestadas por familiares.

En otro estudio (Magliano, De Rosa, Fiorillo, Malangone, Guarneri et al., 2004) analizaron las creencias sobre la esquizofrenia en profesionales de enfermería del ámbito psiquiátrico, psiquiatras y de familiares. Entre los factores causales más frecuentemente mencionados por psiquiatras y enfermeros estaban los factores hereditarios, estrés y conflictos familiares,



mientras que aquéllos más frecuentemente mencionados por los familiares eran el estrés, traumas y rupturas de pareja. Los enfermeros tenían opiniones similares a los psiquiatras respecto a la capacidad de los pacientes para trabajar igual que otras personas, y la imputabilidad en caso de cometer actos ilegales, mientras que sus opiniones eran similares a las de los familiares en cuanto a la impredecibilidad de las personas con esquizofrenia y a sus derechos políticos. Diferían significativamente de las opiniones de psiquiatras y familiares en cuanto al reconocimiento de los “derechos” afectivos de estos pacientes.

El estudio de Tay et al. en Singapur (2004) también exploró los factores que influyen sobre las actitudes de los profesionales de la enfermería de un hospital psiquiátrico y su implicación en el cuidado de personas con enfermedad mental. Los resultados mostraron que los profesionales con alguna de las siguientes características mostraban una actitud significativamente más positiva: edad comprendida entre 31 y 50 años, cualificación profesional avanzada, o más de diez años de experiencia profesional en el ámbito psiquiátrico. Además, aquellas personas que trabajaban en servicios de corta estancia mostraban actitudes más favorables que quienes trabajan en servicios de larga estancia.

También cabe destacar el estudio realizado por el Instituto Andaluz de Salud Mental de Andalucía (1988), en el cual se examinaron las actitudes hacia personas con enfermedad mental entre los profesionales de la red asistencial pública de salud mental. Las personas que mostraban una actitud global más favorable eran los profesionales con una edad inferior a 45 años, de mayor categoría profesional y procedentes de centros que no eran hospitales psiquiátricos. Un 88% de la población asistencial no manifestaba el estereotipo de peligrosidad de las personas con enfermedad mental. Un 1,5% de los profesionales encuestados opinaba que la mejor manera de manejar a los pacientes psiquiátricos era tenerlos encerrados. La práctica totalidad consideraba que las personas con enfermedad mental son capaces de realizar trabajos de cierta dificultad (92%). Pero un 12% consideraba que no debería permitirse el matrimonio a personas que alguna vez han estado en hospitales psiquiátricos, un 38% que debería evitarse que tuvieran hijos y un 28% que no deberían votar. Por otro lado, el 97% de los profesionales opinaba que las personas con enfermedad mental tenían derecho a elegir el lugar de residencia, aunque un 8% reconocía el derecho de los vecinos a oponerse a que se instalaran en su vecindario.

Algunos estudios<sup>1</sup> más recientes revelaron que sólo el 5% de los psiquiatras encuestados consideraba que las personas con enfermedad mental no podían estudiar y ningún psiquiatra cuestionaba la capacidad de una persona con esquizofrenia para tener pareja, si bien un 2% opinaba que no deberían casarse y un 5% que no deberían tener hijos. No

---

<sup>1</sup> Equipo español de “La esquizofrenia abre las puertas”, disponibles en su página Web <http://www.esquizofreniabrelaspuertas.com>

obstante, los psiquiatras encuestados veían pocas posibilidades de mejora en los pacientes con esquizofrenia, a quienes trataban como enfermos crónicos con grandes discapacidades y con necesidad de ayuda integral (opinión que compartía un 60% de los profesionales). Los psiquiatras expresaban haberse sentido rechazados por los familiares (en un 52% de los casos) porque éstos no veían mejoría en el paciente y no aceptaban la enfermedad. También indicaban haberse sentido rechazados por sus pacientes en alguna ocasión, principalmente porque no aceptaban el tratamiento, no tenían conciencia de la enfermedad, o consideraban al médico como un controlador. El 30% de los psiquiatras se había sentido rechazado por otros profesionales de la salud porque "resuelven poco" y la suya "es una especialidad poco útil".

Se ha revisado también un trabajo realizado por el Royal College of Psychiatrists de Londres que, a pesar de incluir una muestra de médicos y no específicamente de profesionales de salud mental, ofrece algunos datos interesantes (Mukherjee, Fialho, Wijetunge, Checinski, y Surgenor, 2002). Los médicos encuestados tendían a creer que las personas con enfermedad mental son peligrosas e impredecibles (fundamentalmente en diagnósticos como la esquizofrenia, adicción a las drogas y al alcohol), pero el estigma parecía disminuir a medida que aumentaba la formación y experiencia profesional. En comparación con la población general, los médicos tendían a culpar en menor medida a las personas por la enfermedad y a mostrarse más optimistas en cuanto a las posibilidades de tratamiento.

#### **b) Conclusiones de los estudios sobre estigma en profesionales que trabajan con personas con enfermedad mental.**

El número de estudios que han evaluado el estigma entre profesionales de salud mental no es muy abundante y, en general, emplean instrumentos no estandarizados que dificultan la comparación de resultados. La mayor parte de estos estudios han evaluado las creencias y actitudes entre profesionales de la psiquiatría y enfermería psiquiátrica, y son pocos los estudios que han incluido otro tipo de profesionales, como psicólogos o trabajadores sociales.

Los datos aportados por estos trabajos sugieren que, globalmente, las actitudes de los profesionales que atienden a personas con enfermedad mental son sustancialmente más positivas que las actitudes de la población general, si bien aparecen ciertas actitudes estigmatizadoras. Con respecto a los enfermeros psiquiátricos, comparten muchos de los estereotipos habituales en la población general y manifiestan actitudes menos favorables hacia las personas con enfermedad mental en comparación con los psiquiatras (Magliano, De Rosa, Fiorillo, Malangone, Guarneri et al., 2004; Tay et al., 2004).

Por su parte, los estudios coinciden al encontrar que los psiquiatras manifiestan un mejor conocimiento y opiniones significativamente más positivas que las de enfermeros, población general e incluso familiares (por ejemplo, acerca del funcionamiento social de personas con enfermedad mental o a su peligrosidad), aunque también mantienen ciertas actitudes paternalistas o negativas, especialmente en cuanto a las limitadas posibilidades de recuperación, la mayor dificultad para informar a las personas con esquizofrenia y a sus familiares del diagnóstico, su impredecibilidad, o la sensación de incomodidad ante personas con enfermedad mental (e.g., Instituto Andaluz de Salud Mental de Andalucía, 1988; Kingdon et al., 2004; Lauber et al., 2004; Üçock et al., 2004).

**Tabla 2.3: Estudios sobre estigma en profesionales que trabajan con personas con enfermedad mental.**

Estudio	Instrumentos de evaluación	Resultados
<p>(Instituto Andaluz de Salud Mental de Andalucía, 1988)</p> <p>Examinar las actitudes de la población asistencial hacia personas con enfermedad mental.</p> <p>n=503 profesionales de la red asistencial pública en salud mental en Andalucía.</p>	<p>Encuesta <i>ad hoc</i>.</p>	<p><i>Las personas que mostraban una actitud global más favorable hacia las personas con enfermedad mental eran: menores de 45 años, de mayor categoría profesional y procedentes de centros distintos a hospitales psiquiátricos.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un 33% opinaba que se puede distinguir fácilmente a las personas con enfermedad mental.</li> <li>• Un 88% de la población asistencial no manifestaba el estereotipo de peligrosidad de las personas con enfermedad mental.</li> <li>• Sólo un 1,5% opinaba que la mejor manera de manejar a los pacientes psiquiátricos es tenerlos encerrados.</li> <li>• Un 25% opinaba que no debería atenderse a los pacientes con enfermedad mental en los hospitales generales.</li> <li>• Un 67% opinaba que los pacientes de un hospital psiquiátrico no cuidan su aspecto exterior.</li> <li>• Un 92% consideraba que las personas con enfermedad mental son capaces de realizar trabajos de cierta dificultad.</li> <li>• Un 12% consideraba que no debería permitirse contraer matrimonio a personas dadas de alta en hospitales psiquiátricos, un 38% que debería privárseles de tener hijos mediante cirugía, y un 28% que no se debería permitirles el voto.</li> <li>• Un 53% manifestaba que se sentiría incómodo e intranquilo entre personas con enfermedad mental.</li> <li>• Un 97% opinaba que las personas con enfermedad mental tenían derecho a elegir el lugar de residencia. Pero un 8% reconocía el derecho de los vecinos a oponerse a que se instalaran a vivir cerca de ellos.</li> </ul>
<p>(Mukherjee et al., 2002)</p> <p>Estudiar las actitudes de médicos y estudiantes de medicina con respecto a la enfermedad mental.</p> <p>n= 520 personas (184 médicos y 335 estudiantes medicina).</p>	<p>Cuestionario de diseño propio con preguntas sobre 6 tipos de diagnósticos (Depresión, ataques de pánico, esquizofrenia, demencia, trastornos alimentarios, adicción a las drogas, adicción al alcohol).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Médicos y estudiantes parecían compartir las mismas actitudes negativas, referidas fundamentalmente a la esquizofrenia, adicción a las drogas y adicción al alcohol. Más del 50% de los encuestados consideraban que estas personas eran peligrosas e impredecibles.</li> <li>• En contraste se mostraban más optimistas sobre las posibilidades de tratamiento que la población general. También culpaban en menor medida a las personas por el trastorno.</li> <li>• Existían diferencias en función de su momento profesional/ formativo: el estigma parecía disminuir a medida que aumentaba la experiencia.</li> </ul>

**Tabla 2.3: Estudios sobre estigma en profesionales que trabajan con personas con enfermedad mental.**

Estudio	Instrumentos de evaluación	Resultados
<p>(Kingdon et al., 2004)</p> <p>Investigar las actitudes que los psiquiatras tienen hacia personas con un trastorno mental.</p> <p>n= 2813 miembros del Royal College of Psychiatrists del Reino Unido.</p>	<p>Cuestionario de diseño propio que incluía, entre otros, ítems del:</p> <p>Community Attitudes to Mental Illness (CAMI) (Taylor y Dear (1981).</p>	<p><i>Las actitudes de los psiquiatras son sustancialmente más favorables que las de población general, aunque con excepciones.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 95% de los psiquiatras creía que las personas con un trastorno mental grave son menos peligrosas de lo que supone la gente.</li> <li>• Mayoría pensaba que una persona con esquizofrenia no tiende a ser peligrosa para los demás, pero sí tiende a ser impredecible y alguien con quien quizá resulta difícil hablar.</li> <li>• Comparación entre psiquiatras y población general:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ambos grupos opinaban que la falta de auto-disciplina y de voluntad no son las principales causas del trastorno mental, pero los psiquiatras lo hacen en mayor porcentaje (96%: 66%).</li> <li>- Ambos grupos opinaban que las personas con un trastorno mental son menos peligrosas de lo que la gente cree, pero los psiquiatras lo hacen en mayor porcentaje (95%: 64%).</li> <li>- Psiquiatras son menos proclives a pensar que las personas con trastorno mental con peligrosas, difíciles de hablar e impredecibles.</li> <li>- Psiquiatras son más proclives a pensar que las personas con un trastorno mental no son culpables de su enfermedad y que mejorarían con un tratamiento. Y son significativamente menos proclives a pensar que las personas con trastorno mental nunca se recuperarán completamente.</li> </ul> </li> </ul>
<p>(Lauber et al., 2004)</p> <p>Evaluar las actitudes de los psiquiatras hacia la psiquiatría comunitaria y la distancia social hacia personas con enfermedad mental, y compararlas con las de la población general en Suiza.</p> <p>n=90 psiquiatras. N=786 personas de la población general.</p>	<p>Cuestionario compuesto por tres partes:</p> <p>Cuestiones generales (e.g., actitudes hacia la psiquiatría comunitaria a través del Inventory of Community Mental Health Ideology (Taylor y Dear, 1981)).</p> <p>Viñeta con un caso clínico de esquizofrenia.</p> <p>Distancia social (Social Distance Scale. Link et al., 1987)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ambas muestras expresaban una actitud global positiva hacia los recursos de salud mental en la comunidad. Pero la actitud de los psiquiatras era significativamente más favorable que la de población general.</li> <li>• Los psiquiatras y la población general no mostraban diferencias en la distancia social hacia personas con enfermedad mental.</li> <li>• En ambas muestras, el nivel de distancia social aumentaba cuanto más proximidad social implicaba la situación.</li> <li>• En comparación con la población general, los psiquiatras se mostraban más dispuestos a instalarse junto a la casa de una persona con enfermedad mental, hacer amigos con enfermedad mental, o imaginar que su hijo se pudiera casar con una persona con enfermedad mental. La población general se mostraba más dispuesta a trabajar junto a una persona con enfermedad mental.</li> </ul>

**Tabla 2.3: Estudios sobre estigma en profesionales que trabajan con personas con enfermedad mental.**

Estudio	Instrumentos de evaluación	Resultados
<p>(Magliano, De Rosa, Fiorillo, Malangone, y Maj, 2004).</p> <p>Comparar las creencias acerca de las causas, tratamientos y consecuencias psicosociales de la esquizofrenia en población general, profesionales de salud mental y familiares.</p> <p>n=714 personas de la población general Italia. n=465 profesionales de la salud mental. n=709 familiares de personas con esquizofrenia</p>	<p>Creencias acerca de la esquizofrenia: Questionnaire about Opinions on Mental Illness (QO) (Magliano et al., 1999).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un 74% de profesionales, 21% de la población general y 73% de familiares reconocían el caso clínico presentado como esquizofrenia.</li> <li>• Un 20% de profesionales, 34% de la población general y 68% de familiares consideraban que la esquizofrenia está exclusivamente causada por factores psicosociales.</li> <li>• Un 28% de profesionales, 25% de la población general y 48% de familiares estaban completamente convencidos de la utilidad de los fármacos para tratar el trastorno.</li> <li>• Un 44% de profesionales, 58% de la población general y 46% de familiares creían en la utilidad de los tratamientos psicosociales.</li> <li>• Las opiniones de la población general sobre los derechos civiles de las personas con esquizofrenia y su competencia social tendían a ser más similares a las manifestadas por profesionales, que a las manifestadas por familiares.</li> </ul>
<p>(Magliano, De Rosa, Fiorillo, Malangone, Guarneri et al., 2004)</p> <p>Analizar las creencias acerca de la esquizofrenia en enfermeros psiquiátricos, y compararlas con las de psiquiatras y de familiares.</p> <p>n=190 enfermeros psiquiátricos. n=110 psiquiatras. n=709 familiares.</p>	<p>Creencias acerca de la esquizofrenia: Questionnaire about Opinions on Mental Illness (QO) (Magliano et al., 1999).</p>	<p>Factores causales:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Entre los factores causales más frecuentemente mencionados por psiquiatras y enfermeros estaban los factores hereditarios, estrés y conflictos familiares. Los más mencionados por los familiares eran el estrés, traumas y rupturas de pareja.</li> </ul> <p>Funcionamiento social:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los enfermeros tenían opiniones similares a los psiquiatras respecto a la capacidad de los pacientes para trabajar igual que otras personas (77% de enfermeros, 79% de psiquiatras y 56% de familiares).</li> <li>• Un 87% de enfermeros, 96% de psiquiatras y 56% de familiares consideraban que se mantiene apartadas a las personas con esquizofrenia.</li> <li>• Un 24% de enfermeros, 11% de psiquiatras y 43% de familiares creían que poco se puede hacer por estos pacientes.</li> <li>• Un 31% de enfermeros, 2% de psiquiatras y 35% de familiares creían que las personas con esquizofrenia son impredecibles.</li> </ul> <p>Derechos como ciudadanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un 72% de enfermeros, 66% de psiquiatras y 31% de familiares sostenían la imputabilidad de las personas con esquizofrenia en caso de cometer actos ilegales.</li> <li>• Un 50% de enfermeros, 54% de psiquiatras y 64% de familiares creían en la necesidad de un procedimiento especial de divorcio si un cónyuge padece esquizofrenia.</li> <li>• Un 34% de enfermeros, 17% de psiquiatras y 32% de familiares consideraban que las personas con esquizofrenia no deberían votar.</li> <li>• Un 63% de enfermeros, 43% de psiquiatras y 71% de familiares creían que las personas con esquizofrenia no deberían casarse.</li> <li>• Un 21% de enfermeros, 7% de psiquiatras y 49% de familiares creían que las personas con esquizofrenia no deberían tener hijos.</li> </ul>

**Tabla 2.3: Estudios sobre estigma en profesionales que trabajan con personas con enfermedad mental.**

Estudio	Instrumentos de evaluación	Resultados
<p>(Tay et al., 2004)</p> <p>Explorar los factores que influyen sobre las actitudes de los profesionales de la enfermería de un hospital psiquiátrico y su implicación en el cuidado de personas con enfermedad mental.</p> <p>n=409 enfermeros de hospital psiquiátrico en Singapur</p>	<p>Cuestionario de diseño propio.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los profesionales con alguna de las siguientes características mostraban una actitud significativamente más positiva: edad comprendida entre 31 y 50 años, cualificación profesional avanzada, o más de diez años de experiencia profesional en el ámbito psiquiátrico.</li> <li>• La categoría profesional dentro de la institución influía sobre las actitudes.</li> <li>• Además, aquellas personas que trabajaban en servicios de corta estancia mostraban actitudes más favorables que quienes trabajan en servicios de larga estancia.</li> </ul>
<p>(Üçock et al., 2004)</p> <p>Investigar las actitudes de los psiquiatras hacia personas con esquizofrenia.</p> <p>n=60 psiquiatras en Turquía.</p>	<p>Cuestionario <i>ad hoc</i> (modificado a partir de Ono et al., 1999).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El 95% de los psiquiatras refería que la esquizofrenia es el trastorno psiquiátrico más grave para la opinión pública.</li> <li>• El 88% creía que el término “esquizofrenia” se usa de forma peyorativa entre la gente.</li> <li>• En el caso de pacientes con esquizofrenia, la tasa de personas a las que los psiquiatras informaban de su diagnóstico era significativamente menor con respecto a otros trastornos, como depresión o manía.</li> <li>• La principal razón para evitar informar a los pacientes o familiares era la idea de que no podrían entender el significado de “esquizofrenia” (33%). Otras razones eran que creían que los pacientes o familiares abandonarían el tratamiento (28%) o se sentirían desmoralizados (14%).</li> <li>• Los psiquiatras encuestados opinaban que la probabilidad de rehabilitación para la esquizofrenia era de un 56%.</li> <li>• El 20% tenía al menos un familiar cercano con esquizofrenia, trastorno del estado de ánimo o trastorno delusivo. No existían diferencias significativas entre las actitudes de los psiquiatras con/ sin historia familiar de trastorno psiquiátrico.</li> </ul>
<p>(Sriram y Jabbarpour, 2005)</p> <p>Examinar las experiencias y actitudes de estigma entre profesionales de salud mental.</p> <p>n= 50 profesionales (psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeros...) de un hospital psiquiátrico en Virginia.</p>	<p>Cuestionario de diseño propio con 2 ítems:</p> <p>“Si Ud. fuera diagnosticado de esquizofrenia, ¿se sentiría incómodo hablando de ello con alguien que no fuera un profesional (como amigos o conocidos)?”.</p> <p>“Si responde Sí, ¿sería a causa del estigma?”</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 60% de los profesionales respondió que se sentiría incómodo hablando de ello con amigos o conocidos.</li> <li>• 34% respondió que sería a causa del estigma.</li> </ul>

### **2.3.4. Estudios sobre estigma asociado a la enfermedad mental en población general.**

La investigación sobre estigma ha prestado gran atención al contexto social próximo de las personas con enfermedad mental grave y persistente como posible fuente de procesos de estigmatización. Estos estudios se han desarrollado principalmente en el ámbito europeo y norteamericano e incluyen, por lo general muestras amplias procedentes de la población general y, en algunos casos, grupos sociales concretos como, por ejemplo, estudiantes universitarios. La Tabla 2.4 recoge una revisión de los principales estudios empíricos publicados.

#### **a) Tipos de trastorno mental.**

El trastorno más frecuentemente analizado en estos estudios ha sido la esquizofrenia (Angermeyer, Beck, y Matschinger, 2003; Angermeyer y Matschinger, 2003; Gaebel, Baumann, Witte, y Zaeske, 2002; Thompson et al., 2002). Algunos autores han prestado atención a la depresión (Angermeyer y Matschinger, 2003, 2004).

En otras ocasiones se ha analizado el estigma existente hacia los trastornos mentales en general, sin especificar un diagnóstico concreto (Corrigan, Watson, Warpinski, y Gracia, 2004a; Vezzoli, Archiati, Bizza, Pasqualetti, y Rossi, 2001).

Finalmente, algún estudio ha comparado trastornos de salud mental (adicción a la cocaína, depresión, psicosis y discapacidad intelectual) frente a trastornos de salud física (Cáncer y SIDA) (Corrigan et al., 2000)

#### **b) Variables analizadas.**

Si atendemos a las variables analizadas en este conjunto de estudios hallamos que:

- El tipo de atribuciones que muestra la población acerca de aspectos tales como las causas de la enfermedad, la peligrosidad de las personas con un trastorno mental, su impredecibilidad, la controlabilidad de la enfermedad, la estabilidad de la enfermedad, o la dependencia, ha sido la variable más frecuentemente analizada en estos estudios (Angermeyer et al., 2003; Angermeyer y Matschinger, 2003; Corrigan, 2004; Corrigan et al., 2000; Magliano, De Rosa, Fiorillo, Malangone, y Maj, 2004; Thompson et al., 2002; Vezzoli et al., 2001)
- El deseo de distancia social hacia personas con un trastorno mental también ha recibido gran atención (Angermeyer et al., 2003; Angermeyer y Matschinger, 2003, 2004; Gaebel et al., 2002; Link et al., 1987; Penn, Kohlmaier, y Corrigan, 2000).



- Otras variables que aparecen en alguno de los estudios revisados son las siguientes: prejuicios hacia la enfermedad mental (Tanaka, Inadomi, y Kikuchi, 2005; Tanaka, Inadomi, Kikuchi, y Ohta, 2004), contacto previo con personas con un trastorno mental (Thompson et al., 2002; Vezzoli et al., 2001), qué etiqueta se da a la enfermedad (Angermeyer et al., 2003; Angermeyer y Matschinger, 2003, 2004), reacciones emocionales, especialmente de miedo, compasión e ira (Angermeyer y Matschinger, 2003, 2004), información acerca de los trastornos mentales (Vezzoli et al., 2001), creencias de devaluación-discriminación (Gaebel et al., 2002), y las preferencias al asignar recursos a diversos servicios de salud mental (Corrigan, 2004).

### **c) Resultados de los estudios.**

Al revisar la literatura sobre el estigma en el contexto social pueden observarse dos tipos de estudios. El primer grupo de trabajos tiene un carácter fundamentalmente descriptivo y su propósito es describir las actitudes y reacciones de la sociedad ante los trastornos mentales y hacia las personas que los padecen. Un segundo grupo de estudios ha analizado además las relaciones existentes entre esas actitudes y ciertas características de interés, tanto de la persona que tiene la enfermedad como del propio grupo social analizado.

Dentro del primer bloque de estudios se halla, por ejemplo, el trabajo de Gaebel et al. (2002), que exploró las actitudes de la población urbana alemana hacia personas con esquizofrenia. Aunque el 82% de la muestra indicaba que debería hacerse algo para mejorar la aceptación pública de las personas con trastornos mentales, únicamente un 8% de las personas encuestadas indicaba que mostraría apoyo a que un grupo pequeño de personas con esquizofrenia viviera en su barrio.

En una línea similar, el estudio de Thompson et al. (2002) evaluó las actitudes de diversos grupos de población hacia las personas con esquizofrenia. Los participantes mostraban un conocimiento relativamente bueno acerca de esta enfermedad mental, aunque un porcentaje importante de la población general (40%) consideraba que las personas con esquizofrenia son potencialmente peligrosas. En general mostraban apoyo para lograr una mejor calidad de la atención y mejores servicios para personas con trastornos mentales. Pero la aceptación de una persona con esquizofrenia disminuía cuanto más cercano se planteaba el tipo de relación o un hipotético contacto.

Otro trabajo interesante es el realizado por Corrigan et al. (2000), cuyo objetivo era describir y comparar las actitudes estigmatizadoras hacia diferentes enfermedades mentales (adicción a la cocaína, depresión, psicosis y discapacidad intelectual) y enfermedades

físicas (cáncer y SIDA). Globalmente se halló que las condiciones relacionadas con la salud mental eran valoradas de forma más negativa que las condiciones relacionadas con la salud física. La adicción a la cocaína era considerada como la más controlable por parte de la persona, seguida de la psicosis y el SIDA. La discapacidad intelectual era considerada como la más estable y, por tanto, con menores posibilidades de recuperación y tratamiento.

También destaca el estudio longitudinal de Angermeyer y Matschinger (2004), el cual analizó la evolución de las actitudes públicas hacia las personas con depresión a lo largo de diez años. Tanto en el año 1990 como en 2001 las reacciones más frecuentes eran la compasión, la empatía y el deseo de ayudar, seguidas de reacciones de miedo, inquietud y sentimientos de inseguridad y, en último lugar, la ira y otras reacciones agresivas. Aunque se halló un incremento en el sentimiento de compasión y un ligero aumento en la tendencia a reaccionar con ira, la expresión de miedo permanecía sin cambios. El deseo de distancia social hacia personas con depresión también permanecía sin cambios.

En el estudio de Magliano, De Rosa, Fiorillo, Malangone, y Maj (2004) se compararon las creencias y actitudes en una muestra de población general italiana, profesionales de salud mental y familiares. La población general difería de los otros dos grupos en sus creencias sobre la efectividad de los tratamientos psicosociales, la impredecibilidad de las personas con esquizofrenia, y la conveniencia de admitirles en una institución psiquiátrica. Las opiniones de la población general acerca de la competencia social de las personas con esquizofrenia y sus derechos como ciudadanos tendían a ser más similares a las de los profesionales que a las de familiares.

Por su parte, los estudios realizados por el equipo español de “La esquizofrenia abre las puertas” (disponibles en su página Web <http://www.esquizofreniabrelaspuestas.com>) revelaron que sólo un 17% de los encuestados de la población general habían oído o leído alguna noticia sobre esquizofrenia en los últimos seis meses. Aunque el 83% desconocía la enfermedad y una tercera parte de los encuestados no sabía cuáles eran el origen y las causas del trastorno, un 44% opinaba que la esquizofrenia no era una enfermedad curable. El 80% de la población se manifestaba favorable a la creación de un hogar para personas con esquizofrenia en su barrio.

Dentro del segundo grupo de estudios, que han investigado la relación entre el estigma por parte del contexto social y diversas variables de interés, se encuentra el estudio de Penn et al. (2000). Estos autores examinaron la relación entre estigmatización y ciertos factores interpersonales en personas con esquizofrenia (concretamente sus habilidades sociales, la sintomatología y la apariencia física). Los análisis multivariados mostraron que el grado en que la persona con esquizofrenia era percibida como “extraña” predecía el deseo de

distancia social, y que esa percepción venía determinada por su nivel de habilidades sociales.

Otro estudio interesante es el realizado por Vezzoli et al. (2001), en el cual se exploró la relación entre las actitudes sociales de la población hacia personas con enfermedad mental y variables sociodemográficas, la información acerca de los trastornos mentales y el contacto previo con personas con enfermedad mental. Se encontró que las personas con un mayor contacto y conocimiento de personas con trastornos mentales expresaban actitudes más positivas, menos sentimientos de miedo y mayores oportunidades para la integración social y laboral.

El estudio de Tanaka, Inadomi, Kikuchi, y Ohta con población japonesa (2004) analizó las formas de estigma hacia las personas con enfermedad mental y los factores asociados. Se determinó que el rechazo era mayor entre personas de mayor edad, divorciadas, con un nivel de educación obligatoria y en situación de desempleo (si bien estas variables estaban fuertemente influidas por la edad). En contraste, el rechazo era menor entre personas con una actitud activa en la solución de problemas, y personas con motivación hacia las actividades de voluntariado.

Dentro de este segundo bloque se enmarcaría también un estudio desarrollado entre población andaluza hace ya más una década (Instituto Andaluz de Salud Mental de Andalucía, 1988). Globalmente, las personas con una actitud menos favorable hacia las personas con enfermedad mental eran mujeres, personas de mayor edad, personas casadas o viudas, que vivían solas, con un menor nivel educativo y laboral, que residían en zonas rurales, y sin experiencia o contacto con la enfermedad mental. En general, la población no se mostraba de acuerdo con el estereotipo de peligrosidad (69%). Aunque un 83% de la población rechazaba el hospital psiquiátrico como solución, un 62% opinaba que no debería atenderse a los pacientes con enfermedad mental en los hospitales generales. Un 85% consideraba que las personas con enfermedad mental son capaces de realizar trabajos de cierta dificultad. Aunque casi la totalidad de los encuestados afirmaba que las personas con enfermedad mental tenían derecho a elegir el lugar de residencia, se reconocía el derecho de los vecinos a oponerse a que se instalaran a vivir cerca de ellos. También se hallaron porcentajes considerables de personas que manifestaban su acuerdo con importantes restricciones a las personas con enfermedad mental en su consideración como ciudadanos, como no permitirles contraer matrimonio (37%), impedirles tener hijos (57%), o impedirles el voto (57%).

Por su parte, los estudios del equipo de Angermeyer se han interesado especialmente por la influencia del etiquetado sobre las actitudes públicas hacia personas con enfermedad mental. En el trabajo realizado por Angermeyer y Matschinger (2003) se encontró que el

hecho de etiquetar un caso como esquizofrenia se asociaba con la creencia de que esa persona era peligrosa, lo cual generaba reacciones emocionales negativas e incrementaba el deseo de distancia social. En contraste, etiquetar un caso como depresión apenas tenía efectos sobre las actitudes de la población.

En otro de los estudios realizados (Angermeyer et al., 2003) se examinó en qué medida el deseo de la población de distanciarse socialmente de personas con esquizofrenia estaba influido por las creencias acerca del trastorno y por los estereotipos acerca de aquellas personas que lo padecen. Se halló que las personas que mostraban mayor deseo de distancia social culpabilizaban al individuo del desarrollo del trastorno mental, atribuían el trastorno a una enfermedad cerebral o a causas genéticas, tenían expectativas de un mal pronóstico, y creían que las personas con enfermedad mental son impredecibles y peligrosas.

#### **d) Conclusiones de los estudios sobre estigma asociado a la enfermedad mental en población general.**

El propósito de esta revisión era repasar las investigaciones sobre el estigma asociado a la enfermedad mental entre la población general, es decir, el contexto social como posible fuente de procesos de estigmatización. Aunque este conjunto de trabajos incluye diversos objetivos y variables, los datos disponibles señalan las conclusiones que se exponen a continuación:

- El deseo de **distancia social** correlaciona con **variables de la persona con enfermedad mental** como, por ejemplo (Penn et al., 2000):
  - El nivel de anergia (correlación positiva).
  - El grado en que la persona con enfermedad mental es percibida como “extraña” (correlación positiva).
  - Sus habilidades en los turnos de conversación (correlación negativa).
  - Sus habilidades sociales en general (correlación negativa).
  - No guarda correlación con la apariencia física percibida de la persona con enfermedad mental.
  - En los análisis de regresión, únicamente el grado en que la persona es percibida como extraña predice la distancia social. La puntuación total de habilidades sociales predecía el grado en que la persona era percibida como “extraña”

- También se ha investigado la relación entre el deseo de **distancia social y el rechazo** hacia personas con una enfermedad mental y **variables del encuestado** como las siguientes:
  - La edad. Se ha identificado una correlación positiva entre la edad y el deseo de distancia social (Angermeyer y Matschinger, 2004; Gaebel et al., 2002; Instituto Andaluz de Salud Mental de Andalucía, 1988; Tanaka et al., 2004).
  - El género. No está del todo clara la relación existente entre el género y el deseo de distancia social. En algunos casos se ha hallado que las mujeres expresaban mayor distancia social que los varones en algunos ítems de distancia social (concretamente, el de matrimonio y conversación) (Gaebel et al., 2002) o mayor rechazo (Instituto Andaluz de Salud Mental de Andalucía, 1988). Pero otros autores no han encontrado correlación entre género y distancia social (Angermeyer y Matschinger, 2004).
  - El nivel educativo. Se ha señalado que las personas con mayor nivel educativo expresan actitudes menos negativas (Angermeyer y Matschinger, 2004; Instituto Andaluz de Salud Mental de Andalucía, 1988; Tanaka et al., 2004).
  - Las atribuciones del encuestado. El estudio de Angermeyer et al. (2003) encontró que el mejor modelo para explicar el deseo de distancia social incluía las atribuciones causales sobre la enfermedad, las expectativas sobre el pronóstico y las atribuciones sobre peligrosidad e impredecibilidad. Concretamente, las personas que expresaban mayor distancia social culpabilizaban al individuo del desarrollo del trastorno mental, atribuían el trastorno a una enfermedad cerebral o a causas genéticas, esperaban un peor pronóstico, y creían que las personas con enfermedad mental son impredecibles y peligrosas.
  - El hecho de etiquetar un trastorno mental como esquizofrenia tiende a incrementar el deseo de distancia social (Angermeyer et al., 2003; Angermeyer y Matschinger, 2003).
- Los datos sugieren que el **estigma percibido** guarda relación con algunas características **sociodemográficas** de las personas entrevistadas (Gaebel et al., 2002):
  - Las personas más jóvenes expresaban una mayor estigmatización social hacia las personas con enfermedad mental.
  - La asociación con el género resulta un poco confusa, ya que las mujeres muestran mayor aceptación social que los varones en algunos ítems (concretamente, opinaban que una persona que ha estado en un hospital psiquiátrico es tan inteligente como el resto de la gente, y que podrían tener una relación próxima de amistad con una

persona que había tenido una enfermedad mental), pero también se muestran más frecuentemente de acuerdo con la mayoría de los ítems de estigmatización social.

- En cuanto a las **reacciones emocionales** hacia personas con un trastorno mental, los datos disponibles apoyan los siguientes resultados (Angermeyer y Matschinger, 2004):
  - Existen diferencias de género en las reacciones emocionales. En concreto, las mujeres reaccionan más frecuentemente con compasión y miedo, y menos frecuentemente con ira.
  - La edad no guarda correlación con las reacciones emocionales.
  - Las personas con un mayor nivel educativo reaccionan con menor miedo e ira.
- **Etiquetar** un trastorno mental como esquizofrenia se asocia con la creencia de que esa persona es peligrosa. La percepción de peligrosidad se asocia con reacciones emocionales negativas y con un mayor deseo de distancia social. En contraste, etiquetar un trastorno mental como depresión tiene poco efecto sobre dichas variables (Angermeyer y Matschinger, 2003).
- Parece existir relación entre el **conocimiento previo** de personas con trastornos mentales y actitudes más positivas (menos sentimientos de miedo, más integración social y mayores oportunidades laborales) (Vezzoli et al., 2001), y viceversa (Instituto Andaluz de Salud Mental de Andalucía, 1988)
- Sin embargo, la **aceptación** de una persona con trastorno mental tiende a disminuir cuanto más cercano se plantea el **tipo de relación** (v.g. se acepta más fácilmente a una persona con esquizofrenia en nuestro barrio que como pareja de nuestros hijos) o un hipotético contacto (en el lugar de trabajo, en nuestra comunidad de vecinos) (Gaebel et al., 2002; Thompson et al., 2002).
- Las condiciones relacionadas con la salud mental son valoradas de forma más negativa, en términos de atribuciones de controlabilidad y estabilidad, que las condiciones relacionadas con la **salud física** (Corrigan et al., 2000).
  
- Las personas que muestran **actitudes negativas** de coerción y de segregación hacia las personas con enfermedad mental, consideran más importante asignar recursos económicos a tratamientos no voluntarios que a servicios de rehabilitación (Corrigan, Watson, Warpinski, y Gracia, 2004b).

**Tabla 2.4: Estudios sobre estigma asociado a la enfermedad mental en población general.**

Estudio	Instrumentos de evaluación	Resultados
<p>(Link et al., 1987)</p> <p>Confirma si el factor determinante en el rechazo de pacientes con enfermedad mental es su comportamiento, más que su estatus estigmatizado, o viceversa.</p> <p>n=240 personas residentes en Cincinatti.</p> <p>(Instituto Andaluz de Salud Mental de Andalucía, 1988)</p> <p>Examinar las actitudes de la población andaluza ante personas con enfermedad mental.</p> <p>n=198 personas residentes en Andalucía.</p>	<p>Viñeta con caso clínico, que variaba con un diseño 3x2:</p> <p>3 niveles de comportamiento problemático (no comportamiento vs. leve vs. severo).</p> <p>2 niveles de etiqueta (hospitalización por un problema mental vs. hospitalización por un problema de espalda).</p> <p>Escala de distancia social.</p> <p>Escala sobre la peligrosidad percibida.</p> <p>Encuesta <i>ad hoc</i>.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La variable "Comportamiento" influía significativamente sobre la medida de distancia social, pero la variable "Etiquetado" tenía poco efecto.</li> <li>• Al introducir la medida de peligrosidad percibida, aparecían fuertes efectos de la variable "Etiquetado": La etiqueta de hospitalización previa en un paciente psiquiátrico fomentaba una alta distancia social entre quienes percibía al paciente como peligroso, pero una baja distancia social entre quienes no lo percibían como tal.</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Las personas con una actitud global menos favorable eran: mujeres, de mayor edad, personas casadas o viudas, que vivían solas, con un menor nivel educativo y laboral, que residían en zonas rurales, y sin experiencia con la enfermedad mental.</li> <li>• Un 70% de la población situaba conceptualmente la enfermedad mental en el mismo nivel que otras enfermedades, aunque un 68% veía un mayor nivel de complejidad.</li> <li>• Un 61% opinaba que se puede distinguir fácilmente a las personas con enfermedad mental.</li> <li>• Un 69% no manifestaba el estereotipo de peligrosidad de las personas con enfermedad mental.</li> <li>• Un alto porcentaje atribuía las causas de la enfermedad tanto a razones orgánicas como sociales, si bien a éstas en menor grado. Estaban más frecuentemente de acuerdo con la causalidad orgánica: mujeres, personas con un menor nivel educativo y laboral, y sin experiencia con respecto a la enfermedad mental.</li> <li>• Aunque un 83% de la población rechazaba el hospital psiquiátrico como solución, un 62% opinaba que no debería atenderse a los pacientes con enfermedad mental en los hospitales generales.</li> <li>• Un 85% consideraba que las personas con enfermedad mental son capaces de realizar trabajos de cierta dificultad.</li> <li>• En un porcentaje importante de población aparecían estereotipos que pueden llevar a cierta distancia o a la aceptación paternalista. Estaban más extendidos entre mujeres, población de mayor edad, de menor nivel educativo y profesional, y personas sin relación con personas con enfermedad mental.</li> <li>• Porcentajes considerables manifestaban su acuerdo con importantes restricciones a las personas con enfermedad mental en su consideración como ciudadanos, como no permitirles contraer matrimonio (37%), privarles de tener hijos mediante cirugía (57%), o impedirles el voto (57%).</li> <li>• Un 76% manifestaba que se sentiría incómodo e intranquilo entre personas con enfermedad mental.</li> <li>• Aunque casi la totalidad de los encuestados afirmaba que las personas con enfermedad mental tenían derecho a elegir el lugar de residencia, se reconocía el derecho de los vecinos a oponerse a que se instalaran a vivir cerca de ellos.</li> </ul>

**Tabla 2.4: Estudios sobre estigma asociado a la enfermedad mental en población general.**

Estudio	Instrumentos de evaluación	Resultados
<p>(Brockington, Hall, Levings, y Murphy, 1993)</p> <p>Examinar las actitudes hacia la enfermedad mental entre personas de dos comunidades inglesas.</p> <p>n=1987 personas que residían en dos áreas, una con servicios psiquiátricos comunitarios y la otra con un hospital psiquiátrico tradicional. (Hall, Brockington, Levings, y Murphy, 1993)</p> <p>Comparar las respuestas hacia las personas con enfermedad mental en dos tipos de comunidades inglesas.</p> <p>n=1987 personas que residían en dos áreas, una con servicios psiquiátricos comunitarios y la otra con un hospital psiquiátrico tradicional. (Corrigan et al., 2000)</p> <p>Examinar la relevancia del modelo de Weiner et al. (1988) acerca de las actitudes estigmatizadoras en términos de atribuciones de controlabilidad y estabilidad.</p> <p>n= 152 adultos procedentes de un <i>college</i> de Chicago.</p>	<p>Encuesta de diseño propio.</p> <p>Viñeta con caso clínico.</p> <p>Encuesta de diseño propio, que incluía cuestiones sobre: La probable causa de la enfermedad. Qué acciones tomarían, Qué servicios eran los más útiles para ayudar.</p> <p><i>Atribuciones:</i> Psychiatric Disability Attribution Questionnaire (PDAQ), construido a partir del estudio de Weiner et al. (1988).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El análisis factorial determinaron la presencia de 3 componentes: benevolencia, autoritarismo y miedo de las personas con enfermedad mental.</li> <li>• Los residentes de la zona con hospital psiquiátrico eran ligeramente más tolerantes que aquellos que vivían en la zona con servicios psiquiátricos comunitarios.</li> <li>• Los determinantes de la tolerancia eran: edad, educación, ocupación, y el contacto con personas con enfermedad mental:</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los residentes de la zona con servicios psiquiátricos comunitarios referían mayor variedad de servicios para ayudar a las personas con enfermedad mental y parecían más tolerantes.</li> <li>• La identificación de la viñeta como “enfermo mental” era sorprendentemente baja, al igual que el conocimiento de los servicios de enfermería psiquiátrica y la localización de recursos de tratamiento en ambas áreas.</li> </ul>
<p>(Penn et al., 2000)</p> <p>Examinar varios factores interpersonales (habilidades sociales, síntomas, y apariencia física percibida) que están relacionados con el estigma de la esquizofrenia.</p> <p>n=41 estudiantes universitarios. n=39 personas con esquizofrenia de centro de rehabilitación de Chicago.</p>	<p><i>Habilidades sociales:</i> Conversation probe (CP) role-play test.</p> <p><i>Sintomatología:</i> Brief psychiatric rating scale (BPRS) (Overall y Gorham, 1962). Apariencia física: escala Likert 5 puntos.</p> <p><i>Estigma:</i> Social distance scale (SDS) (Link et al, 1987).</p>	<p><i>Las condiciones relacionadas con la salud mental eran valoradas de forma más negativa, en términos de atribuciones de controlabilidad y estabilidad, que las condiciones relacionadas con la salud física.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aparecían diferencias significativas en cada factor entre los 6 grupos de enfermedades (cuatro tipos de trastorno mental grave: adicción a cocaína, depresión, psicosis y discapacidad intelectual; y dos tipos de enfermedad física: cáncer y SIDA).</li> <li>• Adicción a cocaína era considerada como la más controlable, seguida de: psicosis y SIDA, depresión, discapacidad intelectual y cáncer.</li> <li>• Discapacidad intelectual era considerada como la más estable (y con menor posibilidad de recuperarse y beneficiarse de tratamientos). Seguida de: SIDA y adicción cocaína, psicosis, cáncer y depresión.</li> <li>• Un mayor deseo de distancia social se asociaba con: mayor anergia, la habilidad en los turnos de preguntas, la puntuación total de habilidades sociales y el grado en que la persona era percibida como “extraña”.</li> <li>• Distancia social no se asociaba con la apariencia física.</li> <li>• Regresión: Sólo el grado en que la persona era percibida como “extraña” predecía estadísticamente la distancia social.</li> <li>• La puntuación total de habilidades sociales predecía el grado en que la persona era percibida como “extraña”.</li> </ul>



**Tabla 2.4: Estudios sobre estigma asociado a la enfermedad mental en población general.**

Estudio	Instrumentos de evaluación	Resultados
<p>(Vezzoli et al., 2001)</p> <p>Explorar la relación entre las actitudes sociales hacia los trastornos mentales y ciertas variables sociodemográficas, la información acerca de los trastorno mental y el contacto previo con personas con trastorno mental.</p> <p>n= 303 personas que rellenaron el cuestionario, en tres centros comerciales de la ciudad italiana de Brescia.</p>	<p>Cuestionario de diseño propio, que recogía información sociodemográfica, información sobre contactos previos con personas con trastorno mental, información sobre los trastornos mentales, y actitudes hacia las personas con trastorno mental.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existía correlación positiva entre el conocimiento de personas con trastorno mental y actitudes más positivas hacia ellos (p.e., menos miedo, mayor integración y oportunidades de trabajo):</li> <li>• Cluster 1: personas que vivían en área sur de la ciudad, que frecuentemente tenían contacto con pacientes psiquiátricos, que referían estar dispuestos a dar empleo a una persona con trastorno mental, que necesitarían hablar con la persona antes de juzgar que tiene un trastorno mental, que se identificaban emocionalmente con personas con trastorno mental, y que creían que deberían vivir donde lo hace el resto de la gente.</li> <li>• Cluster 2: personas que vivían en otras zonas de la ciudad (lejos de los servicios y recursos psiquiátricos comunitarios), sin contacto previo con pacientes psiquiátricos, con tendencia a mirar a la persona o a su comportamiento para identificar si tiene un trastorno mental, con un miedo frecuente provocado por las personas con trastorno mental ya que eran percibidas como extrañas y peligrosas, y que creían que la mejor localización residencial para un pacientes psiquiátrico era un hospital mental o una casa protegida.</li> </ul>
<p>(Gaebel et al., 2002)</p> <p>Explorar las actitudes de la población urbana en Alemania hacia personas con esquizofrenia.</p> <p>n=7246 personas de 6 ciudades alemanas.</p>	<p>Cuestionario estructurado, formado a partir de:</p> <p>Cuestionario usado por el equipo canadiense de "Esquizofrenia abre las puertas" (Stuart y Arboleda-Flórez, 2001)</p> <p>Escala de discriminación-devaluación (Link et al., 1989).</p> <p>Preguntas de diseño propio.</p> <p>Escala de distancia social (Stuart y Arboleda-Flórez, 2001)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Información sobre esquizofrenia en medios comunicación: 15% de encuestados indicaba haber aprendido algo sobre la esquizofrenia en últimos 6 meses. 6% había oído algo en noticias. 22% recordaba noticias donde se asociaba con violencia o crímenes.</li> <li>• Relación entre algunos aspectos de distancia social y el género y la edad:             <ul style="list-style-type: none"> <li>· Mujeres mostraban mayor distancia social en algunos ítems (matrimonio y conversación).</li> <li>· Correlación positiva entre edad y distancia social.</li> </ul> </li> <li>• Sólo un 8% indicaba que se mostraría en apoyo de que un grupo pequeño de personas con esquizofrenia viviera en su barrio.</li> <li>• Relación entre algunos aspectos de estigmatización percibida y el género y la edad:             <ul style="list-style-type: none"> <li>· Mujeres se mostraban más frecuentemente de acuerdo con algunos ítems de aceptación social y más frecuentemente de acuerdo con muchos ítems de estigmatización social.</li> <li>· Personas más jóvenes se mostraban más frecuentemente de acuerdo con los ítems de estigmatización social y menos de acuerdo con los ítems de aceptación social.</li> </ul> </li> <li>• 82% indicaba que debería hacerse algo para mejorar la aceptación pública de las personas con trastorno mental.</li> </ul>

**Tabla 2.4: Estudios sobre estigma asociado a la enfermedad mental en población general.**

Estudio	Instrumentos de evaluación	Resultados
<p>(Thompson et al., 2002)</p> <p>Evaluar las actitudes de la población general y de otros grupos hacia las personas con esquizofrenia.</p> <p>n=1269 personas de tres ciudades de Alberta (Canadá). n=40 personas de la Schizophrenia Society de Alberta (grupo de apoyo a personas con esquizofrenia). n=67 estudiantes de medicina de la Universidad de Alberta.</p>	<p>Cuestionario diseño propio.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los participantes mostraban un conocimiento relativamente bueno acerca de la enfermedad mental.</li> <li>• La pérdida del juicio era la condición valorada como más incapacitante.</li> <li>• Sólo una pequeña parte expresaba oposición a la hipotética construcción de una miniresidencia para personas con trastorno mental.</li> <li>• Mayoría respondía que tendría amistad con una persona con esquizofrenia. El % era significativamente menor cuando se refería a casarse, y especialmente entre miembros de la Schizophrenia Society.</li> <li>• Aceptación de una persona con esquizofrenia era menor cuanto más cercano se planteaba el posible contacto (en su vecindario, en su lugar de trabajo, en su hogar).</li> <li>• Un % importante consideraba que las personas con esquizofrenia eran potencialmente peligrosas, especialmente los encuestados entre la población general.</li> <li>• 50% apoyaba incrementos en los impuestos para pagar mejores servicios para personas con trastorno mental. También apoyaban un gran nº de actividades para mejorar su situación.</li> </ul>
<p>(Angermeyer y Matschinger, 2003)</p> <p>Examinar el impacto que tiene el etiquetado sobre las actitudes públicas hacia personas con esquizofrenia y depresión mayor.</p> <p>n=5025 personas de la población general alemana.</p>	<p>Viñeta con un caso clínico, sin indicar el diagnóstico.</p> <p><i>Etiquetado:</i> Pregunta abierta para indicar cómo etiquetarían el problema descrito. Las respuestas se codificaban luego como: diagnóstico psiquiátrico correcto, otros trastornos mentales, problema personal, u otras definiciones del problema presentado en la viñeta.</p> <p><i>Atributos personales.</i> Cuestiones de diseño propio sobre dos estereotipos frecuentes en la enfermedad mental: peligrosidad y dependencia</p> <p><i>Reacciones emocionales.</i> Escala Likert con los 3 tipos de reacciones principales hacia personas con trastorno mental: miedo, compasión e ira.</p> <p><i>Escala de distancia social</i> (Link et al., 1987).</p>	<p><i>Etiquetar como un trastorno mental influye en las actitudes hacia personas con esquizofrenia, con efectos negativos que superan a los positivos.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 71% de las viñetas de esquizofrenia eran calificadas como tal por los participantes. 62% en el caso de las viñetas de depresión.</li> <li>• Esquizofrenia: participantes que etiquetaban el caso como un trastorno mental tendían a creer que esa persona era peligrosa, lo cual tenía efecto negativo sobre la forma en que reaccionaban emocionalmente e incrementaba el deseo de distancia social. Percibir a alguien con esquizofrenia como en situación de necesitar ayuda provocaba sentimientos mixtos, y afectaba el deseo de distancia social de forma positiva y negativa</li> <li>• Depresión mayor: etiquetar el caso presentado como un trastorno mental no tenía apenas efectos sobre las actitudes públicas.</li> </ul>

**Tabla 2.4: Estudios sobre estigma asociado a la enfermedad mental en población general.**

Estudio	Instrumentos de evaluación	Resultados
<p>(Angermeyer et al., 2003)</p> <p>Examinar en qué medida el deseo de la población de distanciarse socialmente de personas con esquizofrenia está influido por las creencias acerca del trastorno y los estereotipos acerca de aquellas personas que lo padecen.</p> <p>n=5025 personas de la población general alemana.</p>	<p>Viñeta con un caso clínico, sin indicar el diagnóstico.</p> <p><i>Distancia social.</i> Escala de distancia social (Link et al., 1983).</p> <p><i>Definición del problema:</i> Pregunta abierta para indicar cómo etiquetarían el problema descrito en la viñeta. Las respuestas se codificaban luego como: diagnóstico psiquiátrico correcto, otros trastornos mentales, problema personal, u otras definiciones del problema presentado en la viñeta.</p> <p><i>Atribuciones causales.</i> Cuestionario diseño propio.</p> <p><i>Pronóstico anticipado.</i> Ítem diseño propio.</p> <p><i>Atributos personales.</i> Cuestionario de diseño propio acerca de si creen el individuo descrito es impredecible y peligroso.</p>	<p><i>El etiquetado, las creencias causales sobre la enfermedad y el pronóstico, y la percepción de impredecibilidad y peligrosidad influyen sobre el deseo de distancia social.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Modelo 1 (Variables sociodemográficas): tenían un mínimo impacto sobre el deseo expresado de distancia social.</li> <li>• Modelo 2 (+ Descripción del caso como un trastorno mental, atribuciones causales, expectativas pronóstico):             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Participantes que identificaban el caso como un trastorno mental eran más proclives a expresar deseo de distancia social.</li> <li>- Participantes que culpaban al individuo del desarrollo del trastorno eran más proclives a expresar deseo distancia social.</li> <li>- Participantes que percibían el trastorno como resultado de las condiciones en las que uno crece eran menos proclives a expresar distancia social.</li> <li>- Participantes que atribuían el trastorno a una enfermedad cerebral o a causas genéticas estaban menos dispuestos a establecer contacto con esa persona.</li> <li>- Participantes que indicaban peor pronóstico tendían a expresar más distancia social.</li> </ul> </li> <li>• Modelo 3 (+ Atributos personales de impredecibilidad y peligrosidad): ambos incrementaban considerablemente el deseo de distancia social. Además tenían un efecto mediador sobre otras variables.</li> </ul>
<p>(Angermeyer y Matschinger, 2004)</p> <p>Examinar si las actitudes públicas hacia personas con depresión han cambiado en la última década.</p> <p>Año 1990, n=2118 personas de la población general de la antigua República Federal Alemana.</p> <p>Año 2001, n=5025 personas de la población general alemana.</p>	<p>Viñeta con un caso clínico, sin indicar diagnóstico.</p> <p><i>Reacciones emocionales.</i></p> <p>Indicar reacciones emocionales hacia la persona descrita en la viñeta, mediante escala Likert. Tres factores en el cuestionario: miedo, compasión e ira.</p> <p><i>Distancia social.</i></p> <p>Escala de distancia social (Link et al., 1987).</p> <p><i>Definición del problema.</i></p> <p>Pregunta abierta para indicar cómo etiquetarían el problema descrito en la viñeta. Las respuestas se codificaban luego como: diagnóstico psiquiátrico correcto, otros trastornos mentales, problema personal, u otras definiciones del problema presentado en la viñeta.</p>	<p><i>Resultados inconsistentes en cuanto a la evolución de las reacciones emocionales hacia personas con depresión.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tanto en 1990 como 2001 las reacciones más frecuentes eran compasión y empatía y el deseo de ayudar. A continuación eran miedo, inquietud y sentimientos de inseguridad. Las reacciones menos frecuentes eran ira y otras reacciones agresivas.</li> <li>• Regresión con el tiempo como VI y los 3 factores emocionales como VD: aunque había un incremento en el sentimiento de compasión y un ligero aumento en la tendencia a reaccionar con ira, la expresión de miedo permanecía sin cambios. El deseo de distancia social también permanecía sin cambios.</li> <li>• Diferencias de género en las reacciones emocionales (Mujeres reaccionaban más frecuentemente con compasión y miedo, y menos con ira), pero no en cuanto al deseo de distancia social.</li> <li>• La edad no tenía relación con las reacciones emocionales, pero sí con el deseo de distancia social (A mayor edad, mayor deseo de distancia social).</li> <li>• El nivel educativo tenía relación con las reacciones sociales (Personas con mayor nivel educativo reaccionaban con menor miedo e ira) y con el deseo de distancia social (Personas con mayor nivel educativo expresaban menor distancia social).</li> <li>• Etiquetar el caso como depresión u otro trastorno mental se asociaba con menor ira.</li> </ul>

**Tabla 2.4: Estudios sobre estigma asociado a la enfermedad mental en población general.**

Estudio	Instrumentos de evaluación	Resultados
<p>(Corrigan et al., 2004b)</p> <p>Examinar el modelo de Skitka y Tetlock (1992) que plantea que las decisiones de los políticos acerca de la asignación de recursos a los servicios de salud mental están influidas por sus actitudes hacia las personas con un trastorno mental grave y por la eficacia del tratamiento.</p> <p>n=54 personas participantes en un estudio más amplio de educación sobre salud mental.</p> <p>(Magliano, De Rosa, Fiorillo, Malangone, y Maj, 2004)</p> <p>Comparar las creencias acerca de las causas, tratamientos y consecuencias psicosociales de la esquizofrenia en una muestra de población general, profesionales de salud mental y familiares.</p> <p>n=714 personas de la población general en Italia.</p> <p>n=465 profesionales de la salud mental.</p> <p>n=709 familiares de personas con esquizofrenia.</p>	<p><i>Asignación de recursos.</i> Escala de diseño propio. Medida comportamental: cantidad de dinero donado a la National Alliance for the Mentally Illness (NAMI).</p> <p><i>Atribuciones.</i> Attribution Questionnaire (Corrigan et al., 2002).</p> <p><i>Preferencia en la asignación de recursos.</i> Allocation preference questionnaire (Skitka y Tetlock, 1992).</p> <p>Creencias acerca de la esquizofrenia: Questionnaire about Opinions on Mental Illness (QO) (Magliano et al., 1999).</p>	<p><i>Correlación entre actitudes negativas y las preferencias por asignar recursos (en a Tratamientos no voluntarios.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Participantes puntuaban de modo similar la importancia de asignar recursos a Tratamiento no voluntario y a Servicios de rehabilitación.</li> <li>• Importancia de asignar recursos a Servicios de rehabilitación: no correlacionaba con la importancia otorgada a éstos ni al Tratamiento no voluntario, ni tampoco con la cantidad de dinero donada a NAMI ni con medidas atribución.</li> <li>• Importancia de asignar recursos a Tratamiento no voluntario: correlacionaba positivamente con las subescalas de “coerción” y “segregación” de la Escala de atribución, y con la eficacia percibida del tratamiento.</li> <li>• Donaciones a la NAMI: correlacionaba negativamente con subescalas de “responsabilidad” y de “no ayuda”.</li> </ul> <p><i>La población general difería de los otros dos grupos en sus creencias sobre la efectividad de los tratamientos psicosociales, la impredecibilidad de las personas con esquizofrenia, y si deberían estar en instituciones psiquiátricas.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un 21% de la población general, 74% de profesionales y 73% de familiares reconocían el caso clínico presentado como esquizofrenia.</li> <li>• Un 34% de la población general, 20% de profesionales y 68% de familiares consideraban que la esquizofrenia está exclusivamente causada por factores psicosociales.</li> <li>• Un 25% de la población general, 28% de profesionales y 48% de familiares estaban completamente convencidos de la utilidad de los fármacos para tratar el trastorno.</li> <li>• Un 58% de la población general, 44% de profesionales y 46% de familiares creían en la utilidad de los tratamientos psicosociales.</li> <li>• Las opiniones de la población general acerca de la competencia social de las personas con esquizofrenia tendían a ser más similares a las de los profesionales que a las de familiares. El conocimiento era mejor entre personas más jóvenes, con un mayor nivel educativo, que no identificaban la presencia de esquizofrenia, que creían que el trastorno puede ser tratado con éxito y que no eran profesionales o población general.</li> <li>• Las opiniones de la población general sobre los derechos civiles de las personas con esquizofrenia y su competencia social tendían a ser más similares a las manifestadas por profesionales, que a las manifestadas por familiares. El conocimiento acerca de los derechos civiles de personas con esquizofrenia era mejor entre personas más jóvenes, con mayor nivel educativo, que no identificaban la presencia de esquizofrenia, que creían que el trastorno puede ser tratado con éxito y que eran profesionales o población general.</li> </ul>

**Tabla 2.4: Estudios sobre estigma asociado a la enfermedad mental en población general.**

Estudio	Instrumentos de evaluación	Resultados
<p>(Tanaka et al., 2004)</p> <p>Identificar las formas de estigma contra personas con enfermedad mental y los factores asociados.</p> <p>n=1211 personas residentes en una prefectura de Japón.</p>	<p>Actitudes hacia las personas con enfermedad mental: Mental disorder prejudice scale (MDPS) (Machizawa et al., 1990).</p> <p>Viñeta con un caso clínico, que incluía cuestiones sobre las causas e imágenes de la enfermedad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se identificaron 3 factores en la escala: Rechazo, Peculiaridad y Alineación de los derechos humanos.</li> <li>• El rechazo era mayor entre personas de mayor edad, divorciadas, con la educación obligatoria y desempleadas (aunque estas variables estaban fuertemente influidas por la edad).</li> <li>• El rechazo era menor entre personas con una actitud activa en la solución de problemas, o motivados hacia las actividades de voluntariado.</li> </ul>
<p>(Tanaka et al., 2005)</p> <p>Evaluar las actitudes hacia personas con esquizofrenia y otros trastornos mentales en la comunidad, así como las causas percibidas e imágenes de la enfermedad.</p> <p>n=1211 personas residentes en una prefectura de Japón.</p>	<p>Actitudes hacia las personas con enfermedad mental: Mental disorder prejudice scale (MDPS) (Machizawa et al., 1990).</p> <p>Viñeta con un caso clínico, que incluía cuestiones sobre las causas e imágenes de la enfermedad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuando se planteaba que un propietario rechazaba alquilar un apartamento a la persona presentada en la viñeta, un 80% de los participantes se mostraban de acuerdo con su decisión.</li> <li>• Pero cuando se preguntaba acerca de las condiciones necesarias para que la persona presentada en la viñeta viviera en un apartamento independientemente, sólo un 2% indicaba la opción de que "era difícil bajo cualquier circunstancia". Aproximadamente la mitad indicaba que "serían necesarias visitas periódicas al hospital", "la disponibilidad de un sistema donde la persona pudiera expresar los problemas que pudieran aparecer" y "acudir a un taller protegido o hacer intentos de rehabilitación".</li> <li>• En cuanto a la aceptación en el vecindario después de cumplir con las condiciones mencionadas, un 47% indicaba que "le trataría igual que a otro vecino" y un 36% que "le ayudaría todo lo posible en caso de necesidad".</li> <li>• Un 65% pensaba que la esquizofrenia está causada por problemas en las relaciones interpersonales y un 70% que es una enfermedad inestable.</li> <li>• El rechazo era mayor entre personas que consideraban los factores biológicos y genéticos como causas de la enfermedad, que consideraban que es una enfermedad progresiva difícil de tratar, o una enfermedad caracterizada por problemas de personalidad.</li> </ul>

### **2.3.5. Estudios sobre estigma asociado a la enfermedad mental y medios de comunicación.**

Desde que se despertó el interés por el estudio del estigma en la enfermedad mental, se ha considerado necesario analizar el papel que juegan los medios de comunicación en el mantenimiento del mismo. Los medios de comunicación se consideran como un relevante elemento de influencia en la formación de las actitudes de la sociedad ante temas de salud mental y la impresión más habitual es que la forma en la que los medios abordan y describen la enfermedad mental es predominantemente negativa e inadecuada (Francis et al., 2001).

Sin embargo, no está claro que esta representación negativa influya en las percepciones y actitudes de las personas. En este sentido existen dos posturas contrapuestas. Por un lado está la postura que defiende que esa representación necesariamente afecta a las percepciones y actitudes, postura que parte de la convicción del creciente peso de los medios como agentes socializadores en detrimento de los tradicionales como la familia (Cuenca, 2003). Por otro lado están aquellos autores que sostienen que los medios tan sólo son un espejo de la realidad social y que la imagen que transmiten es la que está en la calle y la que los ciudadanos quieren leer, ver u oír (Sieff, 2003).

Desde la psicología social se han propuesto dos teorías principales que tratan de dar cuenta de la posible influencia de los medios, y especialmente de la televisión, en las percepciones y actitudes de la sociedad (Stout, Villegas, y Jennings, 2004). La teoría de la "cultivación" (*cultivation theory*) (Gerbner, Gross, Morgan, Signorielli, y Shanahan, 2002) no considera al espectador como pasivo pero aun así propugna que la fuerte exposición a mensajes consistentes y recurrentes puede reiterar, confirmar y nutrir valores, y dar forma a percepciones de la realidad social coincidentes con aquéllas presentadas en los medios. Como se puede ver, esta teoría deja cierto espacio a la postura planteada antes sobre los medios como espejo de la realidad, pero a la vez defiende que el papel de éstos no es meramente el de reflejar sino que también contribuyen activamente a la construcción de conocimiento social del espectador.

Por su parte, en la teoría del aprendizaje social (Bandura, 1986, 2002) el espectador es concebido de forma algo más pasiva que en la anterior. Este enfoque sostiene que, a medida que el espectador ve la televisión, aprende sobre conductas y también sobre convenciones y normas sociales, y es más probable que adquiera los comportamientos que se ven recompensados que aquellos que son castigados. Aplicada al estigma de la enfermedad mental, esta teoría sugeriría que los medios de comunicación enseñan

convenciones sociales acerca de cómo tratar a las personas que padecen un trastorno mental.

En los últimos años se ha generado un gran interés e investigación sobre medios de comunicación y enfermedad mental. El propósito de este apartado es identificar, evaluar e interpretar el conjunto de estudios existentes. Para lograr una mayor claridad, la revisión se ha desglosado en varios subapartados. En primer lugar, se revisan los estudios que han analizado cómo es la representación de la enfermedad mental que muestran los medios de comunicación. Ya se ha señalado que frecuentemente se subraya la responsabilidad de los medios de comunicación, al menos parcial, en la perpetuación de los estereotipos, prejuicios y conductas de discriminación hacia las personas con enfermedad mental, como consecuencia de la representación imprecisa que hacen de la enfermedad mental (Cutcliffe y Hannigan, 2001). Son muchos los estudios que han analizado cómo es exactamente el retrato que de ella hacen los medios de comunicación.

En segundo lugar, se revisan una serie de estudios que han examinado el posible vínculo entre la exposición a contenidos negativos sobre la enfermedad mental en los medios y actitudes de prejuicio por parte de los ciudadanos. Aunque parece evidente que el retrato que esbozan los medios de la enfermedad mental es bastante negativo, esto no necesariamente ha de significar que sea responsable de las actitudes y percepciones del público, y algunos autores han dirigido sus esfuerzos a tratar de establecer si existe o no esa relación.

A continuación se repasan aquellos trabajos que han analizado cuáles son las técnicas y estrategias que utilizan los medios de comunicación a la hora de construir una noticia relacionada con la enfermedad mental (o un personaje, cuando se trata de contenidos de ficción), es decir, de qué forma son construidas las imágenes de la enfermedad mental en los medios.

En cuarto lugar, se revisan diversas iniciativas anti-estigma que se han dirigido a mejorar la imagen que transmiten los medios de comunicación acerca de la enfermedad mental o que han utilizado a los medios como vehículo para mejorar las actitudes de la sociedad con respecto a la enfermedad mental.

En quinto lugar, se revisan un grupo de investigaciones cuyo objetivo ha sido analizar la efectividad de algunos de esos programas para combatir el estigma. Y, para finalizar, se incluye un apartado con las principales conclusiones derivadas de la revisión de estudios sobre estigma y medios de comunicación.

**a) Estudios sobre la representación de la enfermedad mental en los medios de comunicación.**

Entre los estudios revisados, el grupo más numeroso lo constituyen aquéllos que han analizado la representación que hacen los medios de comunicación de la enfermedad mental y la posible presencia de tendencias estigmatizadoras. Estos estudios se han realizado prácticamente en su totalidad fuera de nuestras fronteras. La mayoría de estos estudios se han centrado en la prensa escrita (e.g., Angermeyer y Schulze, 2001; Pieters, de Gucht, y Kajosch, 2003), pero también los hay centrados en películas (Cape, 2003; Lawson y Fouts, 2004; Wahl, Wood, Zaveri, Drapalski, y Mann, 2003) y en televisión (Signorielli, 1989; Wilson, Nairn, Coverdale, y Panapa, 1999). Los únicos estudios que han incluido contenidos de radio no lo han hecho de forma exclusiva, sino combinados con otros tipo de medios (Francis et al., 2005; Francis et al., 2004).

Con respecto a la **prensa**, los distintos trabajos no han coincidido en los criterios de selección de los contenidos a analizar. Mientras algunos incluyen todos aquellos contenidos que contengan términos relacionados con todo tipo de trastorno, síntomas, tratamientos, referencias genéricas e incluso términos o expresiones coloquiales (Coverdale, Nairn, y Claasen, 2002; Francis et al., 2005), otros estudios se limitan a las noticias que contengan las expresiones “enfermedad/ enfermo mental” (Wahl, Wood , y Richards, 2002), o a los referidos a los cuidados de salud mental (Huang y Priebe, 2003). Estos trabajos sí coinciden en que todos hacen un recuento de noticias que cumplen los criterios de inclusión y analizan el contenido pero, dado que no existe un protocolo sistematizado para realizar dicho análisis, en cada trabajo se utilizan unos criterios propios y la decisión descansa en la opinión de jueces entrenados al efecto. Entre las variables para el análisis de contenidos destacan el tono general del contenido, la temática principal de las noticias, su ligazón con los estereotipos predominantes acerca de la enfermedad mental y el tipo de términos empleados para referirse a la enfermedad mental (Wahl et al., 2002; Wahl et al., 2003).

A pesar de esta falta de sistematización, hay una serie de resultados que aparecen de forma bastante consistente en estos trabajos y que se exponen a continuación:

- El número de informaciones con referencias a la enfermedad mental es escaso.
- La enfermedad mental es retratada de forma negativa en los medios de comunicación (e.g., Coverdale et al., 2002; Nairn, Coverdale, y Claasen, 2001; Wahl et al., 2002) apareciendo ligada en gran número de ocasiones a sucesos violentos (e.g., Angermeyer y Schulze, 2001; Coverdale et al., 2002; Huang y Priebe, 2003).



- La visión que transmiten los medios acerca de la enfermedad mental está en consonancia con estereotipos como el de peligrosidad, impredecibilidad, falta de control o vulnerabilidad (Coverdale et al., 2002; Nairn et al., 2001; Wahl et al., 2002).
- La enfermedad mental suele aparecer citada de forma genérica y sin información adicional sobre síntomas, causas y tratamientos (Angermeyer y Schulze, 2001; Nairn et al., 2001). También es frecuente que las referencias a ella se hagan mediante términos coloquiales, en la mayoría de las ocasiones con connotaciones negativas (Coverdale et al., 2002; Wahl et al., 2003).

Estos resultados, sin embargo, no coinciden con los hallados por Francis et al. (2004). En su trabajo, que no sólo analizaba los contenidos de prensa sino que incluía los de todos los medios de comunicación australianos de no ficción, encontraron que la enfermedad mental tenía una gran cobertura, que aproximadamente la mitad de las noticias abordaban cuestiones de programas y políticas de salud mental (aunque tan sólo el 6,4% incluían información sobre recursos asistenciales) y que eran escasas las ocasiones en que se ligaba enfermedad y crimen (5,6%). Estos autores concluyeron que, en general, las noticias sobre enfermedad mental en los medios de comunicación australianos eran de buena calidad.

Además de este conjunto de resultados generales, hay algunos estudios particulares que resulta interesante destacar. En el análisis de Angermeyer y Schulze (2001) sobre los 186 artículos con las palabras o expresiones “enfermedad/enfermo mental”, “mentalmente enfermo”, “psiquiatra” y sinónimos, aparecidos en un tabloide alemán de gran tirada a lo largo de 9 meses, encontraron tan sólo 15 cuyo tono general era positivo, mientras que un 51% eran noticias referidas a crímenes cometidos por personas con enfermedad mental, mayoritariamente asesinatos.

En su análisis de las 600 noticias aparecidas en periódicos neocelandeses a lo largo de 4 meses, Coverdale et al. (2002) encontraron resultados coincidentes con los generales anteriormente presentados, a los que hay que añadir otros adicionales como que raramente aparece representado el punto de vista del enfermo, que las referencias a la enfermedad mental son habitualmente genéricas y que, en las pocas ocasiones en las que se cita un diagnóstico, éste suele ser el de esquizofrenia.

Este último dato coincide con lo hallado por Wahl et al. (2002) quienes, en su trabajo sobre la evolución del tratamiento informativo de la enfermedad mental, encontraron que de 1989 a 1999 la esquizofrenia había sustituido al abuso de sustancias como trastorno específico más mencionado. Pero entra en contradicción con lo encontrado por Francis et al. (2005),

quienes dicen que una de las categorías diagnósticas que menos aparecía era la esquizofrenia (5,1%), mientras que la más habitual era la depresión.

Respecto a los estudios realizados en nuestro país, hay una gran ausencia de investigación en esta área. Únicamente tenemos conocimiento de un informe realizado por el Instituto Andaluz de Salud Mental de Andalucía (1987), bajo el título de *Salud mental y prensa en Andalucía*; una investigación que analizó la información sobre salud mental en la prensa diaria madrileña del año 1986 (Gamo, 1992); y, finalmente, una reciente investigación sobre el tratamiento de la esquizofrenia en la prensa española de 2003 y 2004 (Arceo, 2005).

El primero de estos trabajos (Instituto Andaluz de Salud Mental de Andalucía, 1987) investigó el tratamiento periodístico de la salud y enfermedad mental en la prensa general andaluza. Se examinaron 465 periódicos de los tres diarios de tirada nacional (*ABC, Diario 16, El País*) y 1.091 periódicos procedentes de nueva publicaciones andaluzas (*La voz de Almería, Diario de Cádiz, Córdoba, El ideal de Granada, El día, Huelva informaciones, Jaén, Sur, El Correo de Andalucía*). En total se analizaron 510 noticias sobre salud mental y 900 noticias sobre salud general. No se halló un tratamiento diferencial de las cuestiones de salud/enfermedad mental, entre los periódicos. A nivel global, existían carencias en cuanto a las materias de salud en general y, más concretamente, en cuanto a salud mental. El informe señaló que existía una manifiesta polarización sobre la enfermedad mental, destacando los aspectos negativos sobre los positivos. Frecuentemente aparecían noticias en la sección de sucesos, quizá por la influencia del tradicional emparejamiento histórico, social y conceptual entre locura y delito. En contraste, era escasa la relevancia de aquellos casos en los cuales la persona había normalizado de alguna manera su situación y/o comportamientos.

Por su parte, la investigación realizada por Gamo (1992) examinó cuáles eran los temas que recogía la prensa diaria en relación con la psiquiatría. Para ello se analizaron el total de los artículos de cuatro diarios (*ABC, Diario 16, El País y Ya*) correspondientes al año 1986 que presentaba una referencia psiquiátrica explícita. El estudio apuntaba que el volumen de información psiquiátrica en la prensa de ese año era cuantitativamente importante valorando el número global de artículos, pero la presencia de la esquizofrenia y otras psicosis (fuera de las referencias indirectas en los sucesos) era mínima. Asimismo eran escasas las referencias a la rehabilitación y tratamientos, que en muchas ocasiones tenían un matiz negativo. Por otro lado, las referencias a la psiquiatría en un contexto cultural eran muy variadas y surgían en la literatura, cine, arte y pensamiento en general. El porcentaje de noticias vinculadas a lo violento, extraño o impredecible era también muy considerable y, como señala el autor, ello podría reforzar los estereotipos y prejuicios de carácter negativo sobre la enfermedad mental, dificultado la aceptación e integración social.

Más recientemente, se ha presentado un estudio que examinó la presencia y la proyección de imagen de la esquizofrenia en la prensa escrita correspondientes a los años 2003 y 2004 (Arceo, 2005). En esta investigación se analizó una muestra representativa de diarios generales, revistas médicas y suplementos dominicales (n=100). Los resultados mostraron que el número de espacios ocupados por contenidos relacionados con la esquizofrenia había sido de 726 (durante 2003) y 419 (durante 2004), una desproporción que pudo deberse de modo importante, aunque no exclusivo, al suceso ocurrido en 2003 en un hospital. Los calificativos empleados con más asiduidad en la prensa analizada eran términos como *enfermo*, *enfermo mental*, *paciente* o, simplemente, *esquizofrénico*. No obstante, también se identificó una presencia importante de vocablos malsonantes (normalmente relacionados con sucesos) como, por ejemplo, *perturbado*, *demente*, *trastornado*, *parricida*, *agresor*, *asesino*, *homicida* o *loco*. Entre las conclusiones del equipo investigador se señaló que la esquizofrenia era tratada con mayor asiduidad que muchas otras enfermedades, no sólo mentales (en una proporción de 3 a 1), pero que se hallaba muy lejos de tener un tratamiento adecuado en la prensa escrita (un tratamiento informativo de calidad).

Si pasamos a la representación de la enfermedad dentro del segundo gran bloque de contenidos mediáticos, los **contenidos de ficción**, puede señalarse que, a diferencia de la prensa, donde el número de informaciones con referencias a la enfermedad mental es escaso, en los contenidos de ficción y entretenimiento de la televisión y en las películas es bastante frecuente la aparición de personajes identificados como “enfermos mentales” y habitualmente se emplean términos peyorativos para dirigirse a ellos.

En el estudio de Signorielli (1989) se analizaron 1.215 programas televisivos de ficción emitidos en horario de máxima audiencia en Estados Unidos. Se encontró que, efectivamente, los personajes identificados como “enfermos mentales” eran habituales pero no solían tener un papel principal o significativo para la trama de la serie, solían ser varones y estar vinculados a la violencia (ejercida contra otros o padecida). Cuando estos personajes se comparaban con otros sin enfermedad mental se halló que era más probable que fueran malvados, que estuvieran desempleados o que, en caso de tener trabajo, fracasaran en él.

Dos de los estudios revisados se centraban específicamente en contenidos infantiles (Lawson y Fouts, 2004; Wahl et al., 2003) y ambos encontraron que existía una gran cantidad en ellos de referencias a la enfermedad mental. En el estudio de Wahl et al. (2003) se identificó una gran cantidad de referencias a la enfermedad mental en su análisis de 49 películas autorizadas para niños. Coinciden con el trabajo de Signorielli (1989) en cuanto a que la persona con enfermedad mental tendía a ser varón, pero discrepan en cuanto a su situación laboral, ya que en su estudio habitualmente estaba en activo. Otros resultados

interesantes de este estudio son que el personaje con enfermedad mental solía aparecer bien arreglado, socializado y ser relativamente exitoso y simpático, lo que aparentemente es contradictorio con otros guiones en que a menudo estos personajes suelen tener rasgos violentos, conductas amenazantes y capacidad de inspirar temor, y que si hay referencias a algún tipo de tratamiento, éstas suelen ser peyorativas.

Por su parte, el estudio de Lawson y Fouts (2004), en su análisis de 34 películas de dibujos animados de la factoría Disney, encontraron que en el 85% de ellas había referencias a la enfermedad mental, que el 21% de los personajes de cierta importancia para el argumento eran recreados como padeciendo una enfermedad mental, y que las referencias a ellos eran habitualmente peyorativas y utilizadas para apartar y denigrar al personaje. Otro dato interesante que arroja esta investigación es que la mayoría de personajes eran objeto de mofa y diversión (a diferencia de lo encontrado por Wahl et al. (2003) en el sentido de que las conductas habituales hacia ellos eran de ayuda, protección y trabajo cooperativo) y causaban miedo. En este estudio no se encontraron diferencias en función del género en el número de personajes presentados con enfermedad mental.

#### **b) Estudios sobre la influencia de la representación que los medios de comunicación hacen de la enfermedad mental**

Ya se ha mencionado que, a pesar de que la opinión generalizada es que el retrato que muestran los medios de la enfermedad mental es bastante negativo, esto no necesariamente implica que sea responsable de las actitudes y percepciones del público. Algunos autores han dirigido su interés a intentar establecer si existe o no relación y con este fin han realizado estudios cuasi experimentales en los que, por una parte, se mide el nivel de consumo de contenidos de los medios de comunicación y, por otra, se evalúan las opiniones del público hacia la enfermedad mental estudiando las conexiones entre estas dos variables.

Por ejemplo, en el estudio de Angermeyer et al. (2005) se analizó si existía relación entre el nivel de consumo de prensa y televisión y el deseo de distancia social en una muestra representativa de la población alemana. Los resultados mostraron una correlación positiva entre cantidad de tiempo que se veía la televisión y el deseo de mantenerse apartados de las personas con esquizofrenia. En prensa, sin embargo, el deseo de distancia social dependía en gran medida del tipo de periódicos que se leían, siendo mayor la distancia social cuando se trataba de periódicos sensacionalistas.

En el trabajo realizado por Minnebo y Van Acker (2004) se estudió la posible relación entre tiempo de exposición a la televisión y las opiniones desfavorables hacia la enfermedad mental entre los adolescentes belgas. Encontraron que no existía relación si se consideraba

el nivel de exposición de forma global, pero sí cuando se tenía en cuenta el grado de exposición selectiva a programas en los que se trataba la enfermedad mental de forma estereotipada. No obstante, esta correlación sólo se hacía visible si se controlaba el grado de realismo percibido y estaba mediada, aunque sólo marginalmente, por la experiencia directa con la enfermedad mental.

Intentando profundizar en la posible relación entre imágenes transmitidas por los medios respecto a la enfermedad mental y actitudes de la población, Angermeyer, y Schulze (2001) analizaron la influencia negativa que podría haber ejercido en las últimas tres noticias ampliamente cubiertas por los medios alemanes sobre sendas agresiones a figuras públicas cometidas por personas con enfermedad mental. Debido a una afortunada circunstancia para la investigación, estos autores disponían de una medida previa del nivel de deseo de distancia social y pudieron comprobar que este deseo se incrementó tras los dos primeros ataques y que estos resultados se mantenían 6 meses después. Dos años después de los ataques, el deseo de distancia social había disminuido pero sin llegar a alcanzar los niveles previos. El tercer ataque, no demasiado mencionado en los periódicos de tirada nacional pero sí en los locales de una determinada región, no produjo resultados equiparables a nivel nacional pero sí a nivel local.

Aunque se trata de un número pequeño de investigaciones, de los resultados de estos estudios parece deducirse que el tratamiento que los medios de comunicación otorgan a la enfermedad mental tiene una repercusión significativa en las percepciones y actitudes de la gente acerca de la enfermedad mental.

Aparte de esta relación, también hay quienes opinan que la imagen que ofrecen los medios sobre la enfermedad mental tiene gran influencia en las políticas públicas y en la legislación. Cutcliffe y Hannigan (2001) parten de la idea de que los medios de comunicación no son los únicos responsables del estigma público de la enfermedad mental, ya que las actitudes negativas preceden a la aparición de los medios. Pero sí consideran que son poderosas herramientas a la hora de influir en aquéllas, estableciéndose una especie de relación circular. Consideran que el énfasis que los medios ponen en la peligrosidad de la enfermedad mental hace que la gente sienta temor y que demande unas políticas públicas y una legislación cada vez más coercitivas e invasivas respecto a los derechos de las personas con enfermedad mental que traten de controlar la amenaza que sienten que suponen estas personas.

**c) Estudios sobre la construcción de la imagen de la enfermedad mental en los medios.**

Algunos de los estudios revisados han tratado de analizar cuales son las técnicas y estrategias que utilizan los medios a la hora de construir una noticia (o un personaje cuando de contenidos de ficción se trata) relacionada con la enfermedad mental.

Nairn et al. (2001) analizaron cómo, a partir de una determinada información, se generaban las noticias de prensa en las que se describía la enfermedad mental. Concretamente, centraron su estudio en 50 noticias generadas a partir de una nota de prensa con los datos de identificación de una persona con enfermedad mental que había cometido un delito. Encontraron que las informaciones finales, aunque sin contener falsedades, pintaban un retrato bastante más negativo de la enfermedad mental que el aparecido en la nota de prensa original. Los temas de la peligrosidad y los derechos humanos se volvieron más prominentes, exagerándose la primera y generándose un debate en torno a los segundos (se enfrentaban los derechos de la persona con enfermedad mental frente a los la víctima de su delito). Además, la información sobre la enfermedad y sobre las personas con enfermedad mental era muy genérica y quedaba sesgada por la negatividad de la mayoría de las descripciones. La conclusión general que sacaron los autores es que, aunque no se apreciaban informaciones imprecisas ni erróneas, el tono general de las noticias generadas era bastante más negativo que el de la fuente original.

Según Stark et al. (2004), en los medios de comunicación las representaciones de las personas con enfermedad mental se transforman para alcanzar los requerimientos de la ficción y el drama, de manera que se exageran los síntomas, se simplifica o tergiversa la información sobre causas y tratamientos, y se sitúan en contextos de horror, con o sin violencia. Además, parece que las noticias en las que están implicadas personas con enfermedad mental necesitan operar en base a alguna (o varias) de las siguientes premisas para encajar con la ilusión de un mundo racional: las personas con enfermedad mental, especialmente en el caso de la esquizofrenia, son muy probablemente violentos; esta violencia se debe precisamente a la enfermedad; puesto que son violentos necesitan ser controlados; muchas personas con enfermedad mental no están institucionalizadas y en la comunidad no son debidamente controladas; el suceso violento ocurre porque fallan los controles, y los profesionales de la salud mental son los responsables de que los controles no sean los adecuados.

Anderson (2003) mantiene también que la forma en que se representa la enfermedad mental en los periódicos y las películas obedece a una demanda de los espectadores y que éstos son activos en la construcción del significado, por lo que es discutible la opinión de que una

representación negativa necesariamente ha de repercutir en unas actitudes desfavorables hacia la enfermedad mental. Según este autor, los medios trazan las historias sobre el conocimiento de la gente, sea este correcto o no, para despertar y mantener su interés.

Wilson et al. (1999) han intentado identificar las técnicas usadas en la televisión para construir un personaje dramático identificado con enfermedad mental. Han encontrado que los elementos de apariencia del personaje, música y efectos de sonido, historias entrecruzadas y manejo de los distintos tipos de planos son similares a los empleados por conocidas películas de terror, enfatizando el contraste con los personajes “normales”. De esta manera se establece una conexión con los signos ya conocidos, todo descansa en el conocimiento previo de los espectadores, ya que es la forma de que conecten con la historia.

**d) Revisión de las campañas y acciones para combatir el estigma dirigidas a medios de comunicación.**

Con objeto de combatir el estigma de la enfermedad mental y sus efectos perniciosos, han comenzado a desarrollarse en los últimos años una serie de acciones y programas que tienen como objetivo el de mejorar la actitud social hacia la enfermedad mental. Como subraya la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2001) las barreras más importantes que hay que salvar en la comunidad son la estigmatización y la discriminación, y se requiere un enfoque que abarque distintos niveles, entre ellos la función de los medios de comunicación y el uso de recursos comunitarios para impulsar el cambio. Existen múltiples maneras de inducir cambios en la comunidad y, tal y como señala el informe de la OMS, los medios de comunicación en sus diversas formas pueden utilizarse para promover en la comunidad actitudes y comportamientos más positivos hacia las personas con enfermedad mental, actuando, por ejemplo, en los siguientes aspectos:

- La posibilidad de adoptar medidas para supervisar, eliminar o impedir el uso mediático de imágenes, mensajes o historias que pudieran resultar perjudiciales para las personas afectadas por trastornos mentales y del comportamiento.
- Los medios también pueden utilizarse para informar al público, para favorecer o motivar el cambio de actitudes y comportamientos individuales, y para propugnar cambios en los factores sociales, estructurales y económicos que influyen en los trastornos mentales y conductuales.
- La publicidad, aunque costosa, es útil para sensibilizar respecto a problemas y acontecimientos y para neutralizar ideas erróneas. La publicidad es una opción

relativamente más económica para dar forma a noticias que capten la atención del público y para presentar los problemas y las medidas con fines de sensibilización.

- La inserción de mensajes educativos sobre cuestiones sanitarias o sociales en los medios de entretenimiento es útil para transformar las actitudes, las creencias y los comportamientos.

A continuación se irán revisando una serie de interesantes iniciativas que se han puesto en marcha en los últimos años con el propósito de combatir el estigma de la enfermedad mental, en diferentes países y con diferente nivel de alcance. Estas iniciativas se han dirigido tanto a mejorar la imagen que transmiten los medios de comunicación acerca de la enfermedad mental, como a utilizar el relevante papel de los medios como vehículo para mejorar las actitudes de la sociedad con respecto a la enfermedad mental.

#### ***“The Mindframe Media and Mental Health Project” (Australia).***

El proyecto “The Mindframe Media and Mental Health” se enmarca dentro de un programa de acciones emprendidas desde el año 2002 por parte del gobierno australiano, en colaboración con diversas instituciones, con el objetivo de lograr una representación en los medios adecuada, responsable y sensibilizada sobre el tema del suicidio, la enfermedad mental y la salud mental.

La primera fase del proyecto se centró fundamentalmente en el desarrollo y puesta en marcha de una serie de materiales y recursos dirigidos a los profesionales de los medios de comunicación (como el informe *Reporting suicide and mental illness* y la página Web [www.mindframe-media.info](http://www.mindframe-media.info)). También se desarrollaron una serie de estrategias para promover y fomentar la actualización de las fuentes de información de estos profesionales, tanto de medios escritos como de medios audiovisuales, en toda Australia.

La fase inicial del proyecto finalizó en 2003 y desde entonces el proyecto ha seguido progresando y asentando los resultados conseguidos, con el fin de establecer una relación de colaboración entre los medios y los sistemas de salud mental que permita una adecuada proyección mediática de estos temas. Como actividades clave se han realizado encuentros y reuniones con un amplio rango de organizaciones de los medios para proporcionar la oportunidad de debatir las cuestiones a considerar cuando debe emitirse una información, así como la publicación y difusión de informes y material impreso. Tanto el material (disponible en la página Web del proyecto) como las actividades se han diseñado para



proporcionar información clara y fiable, que ayude a los profesionales a informar de un modo correcto acerca de la enfermedad mental, desafiando los estereotipos y los mitos existentes.

***“Like minds, like mine” (Nueva Zelanda).***

El proyecto “Like Minds, Like Mine” se sitúa dentro de un amplio programa de salud pública financiado desde 1997 por el gobierno de Nueva Zelanda para reducir el estigma de las enfermedades mentales y la discriminación que experimentan las personas que las padecen. Como revela su página Web (<http://www.likeminds.govt.nz>), la frase que da nombre al proyecto juega con la idea de que la enfermedad mental puede ocurrirle a cualquier persona, que debería atenderse más a las similitudes que a las diferencias, y que todos somos iguales.

Desde el año 2000 se han desarrollado distintas campañas de publicidad a nivel nacional en radio y televisión, con el fin de romper los estereotipos negativos acerca de la enfermedad mental. Asimismo, se realizó un documental televisivo centrado en cinco de las personas con enfermedad mental que habían participado en la primera campaña publicitaria. Otro aspecto importante del proyecto ha sido la inclusión de evaluaciones independientes y periódicas para valorar el impacto sobre las actitudes públicas hacia personas con enfermedad mental, que apuntan una respuesta positiva del parte del público ([http://www.likeminds.govt.nz/rese\\_evaluations.html](http://www.likeminds.govt.nz/rese_evaluations.html)).

***“Changing minds. Every family in the land” (Reino Unido e Irlanda).***

Otro interesante proyecto es “Changing minds. Every family in the land”, una iniciativa emprendida por el Royal College of Psychiatrists del Reino Unido e Irlanda. Esta campaña, desarrollada entre el año 1998 y 2003, ha puesto en marcha un amplio rango de actividades para combatir la estigmatización de personas con enfermedad mental y dirige su atención a seis de los problemas de salud mental más frecuentes (ansiedad, depresión, esquizofrenia, demencia, adicción al alcohol o drogas, y trastornos de la alimentación). Sus objetivos son incrementar el conocimiento y la comprensión por parte del público y de los profesionales, y disminuir el estigma y la discriminación.

Los datos de una encuesta realizada entre el público general al inicio de la campaña revelaron la frecuente presencia de actitudes estigmatizadoras (Crisp, Gelder, Rix, Meltzer, y Rowlands, 2000). Durante los siguientes cinco años se ha desarrollado un abundante conjunto de material informativo y audiovisual para ayudar a cambiar estas actitudes y reducir el estigma (material se halla disponible en la página Web del proyecto

[www.changingminds.co.uk](http://www.changingminds.co.uk)), dirigido a audiencias específicas como, por ejemplo, profesionales de la salud, las propias personas con enfermedad mental, padres y profesores, niños y jóvenes, empleadores, o medios de comunicación. Además, se ha creado una segunda página Web ([www.stigma.org/everyfamily](http://www.stigma.org/everyfamily)), que incluye artículos en profundidad acerca del estigma para investigadores, personas con enfermedad mental atendidas en los servicios de salud mental y sus cuidadores. Desde el cierre oficial de la campaña en 2003, el proyecto ha continuado con la labor educativa e informativa plasmada en su página Web y con la distribución de sus publicaciones.

Entre las acciones de la campaña cabe destacar la creación y difusión de una guía dirigida específicamente a los profesionales de los medios de comunicación, bajo el título de *Guide for Journalists and Broadcasters reporting on Schizophrenia* (1999). Se trata de un folleto informativo de 10 páginas, producido en asociación la National Union of Journalists y la organización Schizophrenia Ireland, que pretende ayudar a los profesionales del periodismo a entender la realidad de la esquizofrenia. En él se recopilan los datos que se conocen sobre la enfermedad, su incidencia, causas, síntomas, diagnóstico y tratamiento. Además se examina la evidencia acerca del vínculo entre esquizofrenia y violencia. También se ofrece material útil para informar de un modo más adecuado e incluye un glosario de términos y el código ético de la *National Union of Journalists*.

***“Zero Estigma”. Federación Europea de Asociación de Familias de Personas con Enfermedad Mental (EUFAMI).***

La Federación Europea de Asociaciones de Familiares de Enfermos Mentales (EUFAMI) está trabajando en toda Europa con la intención de cambiar las actitudes y comportamientos de la sociedad hacia las personas con enfermedades mentales. En 2004 inició una campaña bajo el lema “Zero Estigma”, con los objetivos generales de sensibilizar a la población con la problemática relacionada con la salud mental y reducir el estigma que sufren las personas con enfermedad mental grave y sus familiares (puede consultarse en [www.eufami.org/combatsigma/en](http://www.eufami.org/combatsigma/en)). El fin último de la campaña es que en el trato hacia las personas con enfermedad mental no predominen el prejuicio, el desconocimiento, el rechazo y el miedo, sino la aceptación, la información y la comprensión. EUFAMI ha elaborado las bases de un amplio proyecto al amparo del cual, las asociaciones que forman parte de ella y que trabajan a través de programas nacionales e internacionales, realizan acciones para cambiar la conciencia colectiva con respecto a las opiniones sobre la enfermedad mental. En noviembre de 2004, EUFAMI publicó una Guía para las Campañas Locales, en la cual se expone de una manera razonada los métodos que pueden utilizar las asociaciones para

llevar a cabo sus proyectos. En dicha guía se explicitan los actores que intervienen en la campaña, los mensajes que deben difundirse, los objetivos generales propuestos, los objetivos específicos del proyecto, el público diana al que va dirigido y los recursos con los que hay que contar para llevar a cabo el proyecto.

***“Open the doors”. Asociación Mundial de Psiquiatría.***

La iniciativa “Open the doors” de la Asociación Mundial de Psiquiatría (WPA) se viene desarrollando desde el año 1997 en distintos países y con distinto alcance (en nuestro país presentado en la página Web: [www.esquizofreniabrelaspuertas.com](http://www.esquizofreniabrelaspuertas.com)). Se trata del primer programa mundial contra la estigmatización y la discriminación asociadas a la esquizofrenia y entre sus objetivos están aumentar la concienciación y los conocimientos acerca de la esquizofrenia y las posibilidades de tratamiento, mejorar la actitud del público hacia las personas que padecen o han padecido esquizofrenia y hacia sus familias, y formular medidas para eliminar la estigmatización, la discriminación y los prejuicios. La Asociación, que ha elaborado una guía para desarrollar paso a paso un programa de lucha contra la estigmatización, informa acerca de la experiencia de los países que han emprendido el programa y reúne información de todo el mundo sobre otras actividades de esa naturaleza. El material se ha difundido con carácter experimental en Alemania, Austria, Canadá, China, Egipto, España, Grecia, India e Italia. En cada uno de esos lugares se ha establecido un grupo en el que participan representantes de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, periodistas, profesionales de la atención sanitaria, miembros de organizaciones de pacientes y familiares y otras personas dedicadas a combatir la estigmatización y la discriminación. Los resultados de los programas de diferentes países se incorporan a la base de datos mundial, para que las actividades que se realicen en el futuro se beneficien de la experiencia anterior.

En España, el programa “La esquizofrenia abre las puertas” comenzó a implementarse en 1998, primero con una experiencia piloto en la Comunidad de Madrid y a partir del año 2000 con carácter estatal. En él se subraya el papel fundamental que los medios de comunicación desempeñan en la lucha contra el estigma, gracias a su capacidad para influir en la opinión pública y por ello, se ha dado gran importancia al hecho de poner a disposición de los medios una información objetiva, rigurosa y desestigmatizadora, que fomente el cambio de actitudes con respecto a enfermedades mentales. Una de las actividades del gabinete de prensa del programa ha sido la de emplear los medios de comunicación de modo selectivo y fundamentalmente como vehículos para llegar a las audiencias principales (las propias personas con enfermedad mental, sus familiares y los profesionales de salud mental) y para

generar mayor conocimiento entre la población general. La campaña en medios consistió en presentar el programa a los medios de catorce ciudades. En estas conferencias de prensa, los psiquiatras involucrados en el programa actuaban como portavoces y explicaban a los medios, además de la iniciativa de la Asociación Mundial de Psiquiatría, en qué consistía la esquizofrenia, sus síntomas y tratamientos.

Además, los patrocinadores de esta campaña han desarrollado una guía informativa dirigida a los profesionales de los medios de comunicación, titulada *La esquizofrenia: Guía práctica para los medios de comunicación* (2002), que se encuentra disponible en la página web del propio programa ([http://www.esquizofreniaabrelaspuertas.com/periodistas/sala\\_prensa.htm](http://www.esquizofreniaabrelaspuertas.com/periodistas/sala_prensa.htm)).

### ***“Todos somos parte del tratamiento de una enfermedad mental” (España).***

En 2005, el Ministerio de Sanidad puso en marcha una campaña publicitaria bajo el lema “Todos somos parte del tratamiento de una enfermedad mental”, con el fin de sensibilizar a los ciudadanos y eliminar prejuicios hacia las personas con enfermedad mental. La campaña de sensibilización, que contaba con el apoyo de la Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES), de la Asociación Española de Neuropsiquiatría y la Sociedad Española de Psiquiatría, fue difundida a través de anuncios en prensa (con 35 inserciones), radio (con 80 pases de una cuña radiofónica de 25 segundos), televisión (con 300 pases de un spot de 25 segundos), además de 100.000 trípticos y 5.000 carteles informativos, y la proyección de spots de 25 segundos en 200 salas de cine.

### ***Desarrollo de guías de estilo para los medios de comunicación.***

Aparte de esta serie de campañas y programas de carácter más amplio, también se han desarrollado de forma más concreta y puntual algunas guías de estilo y folletos con el objetivo de concienciar, informar, orientar y proporcionar recursos a los profesionales de los medios de comunicación para que puedan elaborar informaciones correctas sobre la salud mental y para que las personas afectadas por una enfermedad mental reciban un tratamiento mediático adecuado. En general, estas guías recopilan las creencias erróneas que aún persisten en la sociedad, reflejan las realidades de las personas con trastornos mentales graves y sus familias, y proponen recomendaciones prácticas para lograr una información no estigmatizadora.

Dentro de estas guías y documentos pueden destacarse algunos que se señalan a continuación:

- La guía elaborada en 2004 por la Confederación española de agrupaciones de familiares y enfermos mentales (FEAFES), bajo el título de *Salud mental y medios de comunicación: Guía de estilo*. Este documento de 29 páginas pretende servir de referencia como manual de consulta y orientación para elaborar información sobre salud mental, y puede descargarse desde la Web de FEAFES ([http://www.feafes.com/detalle\\_documentos.asp?id\\_documento=237](http://www.feafes.com/detalle_documentos.asp?id_documento=237)). Además de ofrecer algunos datos estadísticos sobre las enfermedades mentales, la guía revisa el trato mediático que recibe actualmente este tema. Quizá las partes más interesantes, en cuanto a su utilidad práctica, son el apartado que recoge diez principios básicos para un tratamiento mediático justo y adecuado de la enfermedad mental y, especialmente, la tabla síntesis de las propuestas concretas para lograr ese fin.
- También resulta interesante el epígrafe dedicado al tratamiento de la información sobre la salud mental y otras patologías que figura en el *Libro de estilo* (2004) de los dos canales televisivos autonómicos de Andalucía, esto es, Canal Sur Televisión y Canal 2 Andalucía. Esta iniciativa se encuadra dentro del Convenio Marco para la Sensibilización Social sobre las Personas con Trastornos Mentales Graves suscrito en el año 2004 entre diferentes instituciones, entre ellas la Empresa Pública de Radio y Televisión de Andalucía
- Otra iniciativa interesantes emprendida en Andalucía es la creación del folleto *Las personas con trastornos mentales graves y los medios de comunicación. Recomendaciones para una información no estigmatizadora*, elaborado por la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social de la Junta de Andalucía en el año 2005. Este folleto de 6 páginas recopila las creencias erróneas que aún persisten en la sociedad y las realidades de las personas con trastornos mentales graves y sus familiares, proponiendo algunas recomendaciones prácticas para una información no estigmatizadora por parte de los profesionales de los medios de comunicación.
- Fuera ya de nuestro país, algunos ejemplos de este tipo de acciones son la guía titulada *Mental health in the media: A practical guide for journalists, radio stations and television channel*, creada por la Scottish Association for Mental Health (una de las organizaciones no gubernamentales más importantes en el campo de la salud mental en Escocia) o, en Estados Unidos, la guía *Covering the quality of health care: A resource guide for journalists*, publicada en 2002 por la Association of Health Care Journalists (una organización sin ánimo de lucro cuya misión es mejorar la calidad, adecuación y visibilidad en el tratamiento informativo de la salud en los medios).

**e) Estudios sobre la efectividad de los programas antiestigma.**

Como hemos visto, en distintos países se han puesto en marcha iniciativas dirigidas a reducir el estigma hacia las enfermedades mentales y hacia las personas que las padecen. Aunque estos programas son todos relativamente recientes y aún no se conoce con exactitud cuál es su efectividad, se han desarrollado algunas investigaciones que intentan evaluar sus efectos.

Por ejemplo, el trabajo de Stuart (2006) analizó la repercusión que en un periódico local canadiense tuvo el programa antiestigma "Open the Doors", en cuanto al número de informaciones relacionadas con la enfermedad mental y su extensión. Para ello comparó los datos correspondientes a 8 meses antes del programa con los de 16 meses después. Encontró que el programa sí pareció tener cierto efecto, pero el sentido del cambio no acababa de quedar claro ya que se produjo un incremento tanto del número de informaciones positivas como negativas. Las informaciones negativas se incrementaron en un 100% para noticias sobre enfermedad mental, y en un 200% para las relacionadas con la esquizofrenia. En las informaciones positivas hubo un incremento del 25% y una disminución del 10%, respectivamente.

El estudio de Wahl et al. (2002), en un intento de comprobar la efectividad de distintas iniciativas puestas en marcha en Estados Unidos dirigidas a disminuir el estigma, compararon las noticias aparecidas en los periódicos en el año 1989 con las del año 1999 y encontraron que se habían producido algunos cambios hacia un tratamiento más positivo de la enfermedad mental (disminución de términos psiquiátricos mal utilizados y de expresiones peyorativas, aumento del número de reportajes positivos) aunque seguían observándose tendencias estigmatizadoras, como el aumento de las referencias a la peligrosidad de las personas con enfermedad mental.

En un estudio orientado a analizar la repercusión del programa "Like Minds, Like Mine" sobre la población de Nueva Zelanda, Vaughan y Hansen (2004) encontraron que las actitudes y percepciones habían mejorado significativamente. Aunque este resultado muestra que los programas pueden ser efectivos, no acaba de quedar claro cuáles de sus componentes son los que ejercen el principal efecto ya que hay que tener en cuenta que éste es un programa multicomponente y, aunque uno de los ejes básicos consistió en el trabajo con los medios de comunicación, también utilizó otros elementos como la educación comunitaria.

Como ya se ha indicado, en España lleva funcionando desde 1998 el programa "La esquizofrenia abre las puertas". Uno de sus primeros efectos fue el aumento del 36,6% en el número de informaciones relacionadas con la enfermedad mental entre los años 1999 y

2000 (Cuenca, 2003). Pero este crecimiento fue desigual en función del tema concreto sobre el que versaban las noticias. En el año 2000, la esquizofrenia se convirtió en el asunto con mayor número de informaciones (271), con un incremento del 52% frente al año anterior. Por el contrario, la cobertura acerca de la depresión, una enfermedad que genera habitualmente interés entre la población general y los medios, disminuía en 2000 hasta ser un 46% del total publicado en 1999. De todos modos, no resulta posible interpretar estos resultados en un sentido positivo o negativo, pues no están complementados con otros referidos a la temática de las noticias o al tono general que presentaban.

**f) Conclusiones de los estudios sobre estigma asociado a la enfermedad mental y medios de comunicación.**

El objetivo de esta revisión era repasar las investigaciones en cuanto al estigma de la enfermedad mental y los medios de comunicación. Aunque existe un amplio número de trabajos, fundamentalmente fuera de nuestro país, se trata de un terreno en el que aún queda mucho por hacer y donde sería necesario sistematizar los procedimientos de investigación. A pesar de las dificultades para comparar estudios con características metodológicas tan diversas, pueden extraerse una serie de conclusiones que se presentan a continuación.

Del conjunto de estudios revisados, el grupo más numeroso lo constituyen aquéllos que han investigado la representación que hacen los medios de comunicación de la enfermedad mental y la posible aparición de tendencias estigmatizadoras. El interés de estos estudios se ha centrado especialmente en la prensa escrita, seguido del cine y la televisión y, en último lugar, la radio (de hecho, los escasos estudios que incluyen contenidos de radio no lo han hecho de forma exclusiva, sino en combinación con otros tipo de medios). Mientras que en la prensa escrita el número de informaciones con referencias a la enfermedad mental es escaso, en los contenidos de ficción y entretenimiento de la televisión y en las películas es bastante frecuente la aparición de personajes identificados como “enfermos mentales”. Estos personajes suelen tener comportamientos agresivos y causar temor, aunque el trato que reciben de los demás es correcto y amigable. Además, aparecen frecuentemente como desempleados, sin relaciones familiares y fracasados (Lawson y Fouts, 2004; Signorielli, 1989; Wahl et al., 2003).

Si atendemos a este conjunto de estudios que han analizado la representación de la enfermedad mental en los medios de comunicación, podemos observar una serie de resultados que aparecen consistentemente:

- La representación que aparece de la enfermedad mental es predominantemente negativa (e.g., Coverdale et al., 2002; Nairn et al., 2001; Signorielli, 1989; Wahl et al., 2002), apareciendo a menudo ligada a sucesos violentos y delictivos (e.g., Angermeyer y Schulze, 2001; Coverdale et al., 2002; Gamo, 1992; Huang y Priebe, 2003; Instituto Andaluz de Salud Mental de Andalucía, 1987). Generalmente destacan los aspectos negativos sobre los positivos, con escasa presencia de informaciones sobre personas con enfermedad mental que llevan una vida normalizada.
- La visión que transmiten los medios de la enfermedad mental está en consonancia con los estereotipos de peligrosidad, impredecibilidad, falta de control, o vulnerabilidad (e.g., Coverdale et al., 2002; Gamo, 1992; Instituto Andaluz de Salud Mental de Andalucía, 1987; Nairn et al., 2001; Wahl et al., 2002).
- La enfermedad mental suele aparecer citada de forma genérica y sin información adicional sobre síntomas, causas, procesos de rehabilitación y tratamientos (e.g., Angermeyer y Schulze, 2001; Gamo, 1992; Nairn et al., 2001).
- Es habitual encontrar referencias a la enfermedad mental mediante términos coloquiales, a menudo con connotaciones negativas y peyorativas (e.g., Lawson y Fouts, 2004; Signorielli, 1989; Wahl et al., 2003), si bien algunos autores han sugerido cierta evolución positiva en el tipo de terminología empleada (Arceo, 2005; Coverdale et al., 2002).

Parece, por tanto, que la representación de la enfermedad mental que muestran los medios es bastante negativa, si bien estos estudios no permiten establecer la presencia de una conexión entre esa visión negativa y los estereotipos, prejuicios y conductas de discriminación de la población.

Las investigaciones dirigidas específicamente a estudiar esta relación parecen mostrar que la representación de la enfermedad mental en los medios influye significativamente en las percepciones y creencias acerca de la misma (Angermeyer y Schulze, 2001; Angermeyer et al., 2005; Minnebo y van Acker, 2004). Sin embargo, son demasiado escasos en número y tienen importantes carencias metodológicas entre las que conviene destacar que en la mayoría de ocasiones no se toman medidas a medio-largo plazo. Además conviene no perder de vista que son estudios cuasi experimentales y que, por tanto, sólo permiten establecer relaciones en términos de correlación pero no en términos de causalidad.

En consonancia con este tipo de hallazgos, en los últimos años se han puesto en marcha una serie de iniciativas cuyo objetivo es mejorar la actitud social hacia la enfermedad mental. Aprovechando el papel de los medios de comunicación para promover actitudes y



comportamientos en la comunidad, se han desarrollado principalmente dos tipos de iniciativas, de forma combinada o por separado:

- Actuar específicamente sobre los profesionales de los medios de comunicación, a través de intervenciones de información y sensibilización acerca de la enfermedad mental, para conseguir que la visión que transmiten sea más adecuada y positiva. Se trataría de poner a disposición de los medios una información objetiva, rigurosa y desestigmatizadora, que fomente el cambio de actitudes con respecto a las enfermedades mentales. En esta línea, y dentro de programas antiestigma como “Open the doors” de la Asociación Mundial de Psiquiatría, “Changing minds. Every family in the land” en el Reino Unido e Irlanda, o “The Mindframe Media and Mental Health Project” en Australia, se han organizado encuentros y reuniones entre profesionales de los medios y especialistas en enfermedad mental, se ha elaborado abundante material educativo e informativo, y se han creado páginas Web con el fin de difundir estas iniciativas. Se ha incidido especialmente en la elaboración de guías de estilo con el objetivo de concienciar, informar, orientar y proporcionar recursos a los profesionales de los medios de comunicación para que puedan elaborar informaciones correctas sobre la salud mental (e.g., la guía elaborada Confederación española de agrupaciones de familiares y enfermos mentales, el libro de estilo de Canal Sur Televisión y Canal 2 Andalucía, la guía de estilo creada por la Scottish Association for Mental Health, o la guía publicada por la Association of Health Care Journalists).
- Utilizar el relevante papel de los medios como vehículo para influir sobre las actitudes de la sociedad con respecto a la enfermedad mental. En este sentido se han desarrollado campañas publicitarias en los diferentes medios de comunicación se ha elaborado abundante material informativo impreso y audiovisual, y se han creado páginas Web para difundir estas iniciativas. Algunos ejemplos son las campañas “Zero Estigma” (Federación Europea de Asociación de Familias de Personas con Enfermedad Mental), “Like minds, like mine” (en Nueva Zelanda), “Changing minds. Every family in the land” (en Reino Unido e Irlanda), o “Todos somos parte del tratamiento de una enfermedad mental” y “La esquizofrenia abre las puertas (en España),

Para finalizar este apartado, cabe destacar que existen algunos estudios que han evaluado los efectos de este tipo de acciones antiestigma, bien sobre la representación que de la enfermedad mental hacen los medios de comunicación o bien sobre las actitudes y percepciones del público. Los resultados del primer tipo de estudios han mostrado que se pueden producir algunos cambios positivos moderados, como una reducción de los términos

psiquiátricos mal utilizados y de expresiones peyorativas, y un aumento del número de reportajes positivos (Wahl et al., 2002) o tanto positivos como negativos simultáneamente, ya que algunos estudios han encontrado un incremento tanto del número de informaciones positivas como negativas (Stuart, 2003). El segundo tipo de estudios sugiere que puede haber cambios beneficiosos, en el sentido de una reducción del estigma social asociado a la enfermedad mental (Vaughan y Hansen, 2004).

En definitiva, se pone de manifiesto la necesidad de contar con más estudios que ayuden a profundizar en el conocimiento sobre esta materia y a mejorar la información sobre la enfermedad mental que aparece en los medios de comunicación.

**Tabla 2.5: Estudios sobre estigma asociado a la enfermedad mental en los medios de comunicación.**

Estudio	Instrumentos de evaluación	Resultados
<p>(Instituto Andaluz de Salud Mental de Andalucía, 1987)</p> <p>Analizar el tratamiento periodístico de la salud/enfermedad mental en la prensa andaluza.</p> <p>n=1.556 periódicos generales. 465 unidades de tres periódicos de tirada nacional (ABC, Diario 16, El País). 1.091 unidades de nueve periódicos andaluces (La voz de Almería, Diario de Cádiz, Córdoba, El ideal de Granada, El día, Huelva informaciones, Jaén, Sur, El Correo de Andalucía)</p>	<p>Ficha de análisis de contenido.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se analizaron 510 noticias sobre salud mental y 900 noticias sobre salud general.</li> <li>• No se encontró un tratamiento diferencial, entre los periódicos, de las cuestiones relativas a salud/ enfermedad mental.</li> <li>• Existían carencias en cuanto a las materias de salud en general y, más concretamente, en cuanto a salud mental.</li> <li>• Existía una manifiesta polarización sobre la enfermedad mental, destacando los aspectos negativos sobre los positivos. Frecuentemente aparecían noticias en la sección de sucesos, quizá por la influencia del tradicional emparejamiento histórico, social y conceptual entre locura y delito.</li> <li>• En contraste, era escasa la relevancia de aquellos casos en los cuales la persona había normalizado de alguna manera su situación y/o comportamientos.</li> </ul>
<p>(Signorielli, 1989)</p> <p>Analizar la representación de la enfermedad mental en programas dramáticos de televisión en 1969 y 1985 y la condición laboral de los personajes con enfermedad mental en 1973 y 1985.</p> <p>n= 1215 programas de emisión semanal en prime time en EE.UU. (con un total de 3616 personajes).</p>	<p>Instrumentos de diseño propio que recogían:</p> <p><i>Recuento de personajes descritos como mentalmente enfermos:</i></p> <p><i>Significación de la enfermedad mental para el argumento.</i></p> <p><i>Características sociodemográficas de los personajes con enfermedad mental.</i></p>	<p><i>Los programas de televisión hacían poco por disminuir la visión negativa de la enfermedad mental y por convencer de que estas personas pueden recuperarse y ser miembros productivos de la sociedad.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los programas frecuentemente incluían personajes descritos como con enfermedad mental, aunque no solían ser papeles principales o significativos para la trama. Esto era más habitual a última hora de la noche y en programas de aventura y acción.</li> <li>• Había igual número de mujeres que de hombres entre los personajes con enfermedad mental con un papel importante.</li> <li>• Estos personajes solían estar vinculados con la violencia ejercida contra otros o con violencia padecida.</li> <li>• Comparados con los personajes sin enfermedad mental, éstos aparecían con más frecuencia como malvados y fracasados.</li> <li>• Comparados con los personajes sin enfermedad mental, su situación laboral era habitualmente la de desempleados y, cuando tenían empleo, solían fracasar en él.</li> </ul>

**Tabla 2.5: Estudios sobre estigma asociado a la enfermedad mental en los medios de comunicación.**

Estudio	Instrumentos de evaluación	Resultados
<p>(Gamo, 1992)</p> <p>Analizar los temas que la prensa diaria recoge en relación con la Psiquiatría.</p> <p>n=693 artículos de los diarios ABC, Diario 16, El País y Ya del año 1986 que incluían una referencia psiquiátrica explícita, descartando la temática referida a drogas.</p>	<p>Valoración de los contenidos (Berelson, 1971; Saperas, 1985)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El volumen de información psiquiátrica en la prensa de ese año era cuantitativamente importante, valorando el número global de artículos.</li> <li>• Dentro de la información sobre cuadros clínicos destacaban la depresión y el alcoholismo, con informaciones bastante completas sobre diagnóstico, clasificación, etiología, aspectos bioquímicos, tratamiento y prevención.</li> <li>• La presencia de la esquizofrenia y otras psicosis (fuera de las referencias indirectas en los sucesos) era mínima.</li> <li>• También eran escasas las referencias a la rehabilitación y tratamientos, que en muchas ocasiones tenían un matiz negativo.</li> <li>• Las referencias a la psiquiatría en un contexto cultural eran muy variadas y surgían en la literatura, cine, arte y pensamiento en general.</li> <li>• El porcentaje de noticias vinculadas a lo violento, extraño o impredecible era también muy considerable.</li> </ul>
<p>(Angermeyer y Schulze, 2001)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Análisis de la representación de la enfermedad mental en un periódico sensacionalista.</li> </ul> <p>n=186 artículos con las palabras o expresiones enfermedad/enfermo mental, mentalmente enfermo, psiquiatra y sinónimos, aparecidos en un tabloide alemán de gran tirada (BILD-Zeiung) a lo largo de 9 meses. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estudiar si la forma de representar la enfermedad mental, más concretamente la asociada a tres noticias de amplia cobertura sobre agresiones a figuras públicas cometidas por personas con enfermedad mental, influye en las creencias del público sobre la enfermedad mental.</li> </ul> <p>Ocho ensayos, desde enero de 1990 a noviembre de 1993, con muestras independientes de personas mayores de 18 años seleccionadas aleatoriamente (n<sub>1</sub>=505; n<sub>2</sub>=553; n<sub>3</sub>=500; n<sub>4</sub>=1912; n<sub>5</sub>=500; n<sub>6</sub>=1040; n<sub>7</sub>=964; n<sub>8</sub>=956).</p> </p>	<p>Instrumentos de diseño propio que recogían:</p> <p><i>Contenido del artículo.</i> <i>Tono del artículo.</i></p> <p><i>Deseo de distancia social:</i> Viñeta con una historia de un caso clínico, sin indicar diagnóstico. Escala de distancia social (Link et al., 1987).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los artículos se podían catalogar en 6 categorías:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Delitos cometidos por personas con enfermedad mental (51%). El más frecuente es el asesinato.</li> <li>- Información sobre enfermedad mental (18,8%).</li> <li>- Suicidios e intentos de suicidio de personas con enfermedad mental (5,9%).</li> <li>- Violencia contra personas con enfermedad mental (3,8%).</li> <li>- Consejos sobre problemas mentales (3,2%).</li> <li>- enfermedad mental en el contexto de otras historias (17,2%).</li> </ul> </li> <li>• Tan sólo 15 artículos tenían un tono positivo</li> <li>• Tras las dos primeras agresiones a figuras públicas, que recibieron gran cobertura nacional:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- El deseo de distancia social aumentó con relación al nivel previo a estos sucesos, y esos resultados se mantenían 6 meses después. Dos años después, el deseo de distancia social había disminuido, pero sin llegar a los niveles previos</li> <li>- Se incrementó el número de personas que pensaban que la peligrosidad y la impredecibilidad eran atributos de la enfermedad mental.</li> </ul> </li> <li>• Tras el tercer ataque, que tuvo limitada cobertura a nivel nacional, no se incrementó el deseo de distancia social a nivel nacional pero sí a nivel regional, en las zonas dónde este suceso tuvo amplia cobertura.</li> </ul>

**Tabla 2.5: Estudios sobre estigma asociado a la enfermedad mental en los medios de comunicación.**

Estudio	Instrumentos de evaluación	Resultados
<p>(Nairn, Coverdale y Claasen, 2001)</p> <p>Analizar cómo, a partir de una determinada información, se generan las noticias de prensa en las que se describe la enfermedad mental.</p> <p>n=50 noticias de prensa de Nueva Zelanda relacionadas con un comunicado sobre la identificación de una persona con enfermedad mental que había cometido un delito.</p>	<p>Instrumentos de diseño propio que recogían: Temas identificables en las noticias: <i>Derechos humanos.</i> <i>Vulnerabilidad.</i> <i>Peligrosidad/ Amenaza.</i> <i>Información sobre enfermedad / enfermo mental.</i> <i>Transformación del peso de los temas de la información original a las noticias finales publicadas</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Las informaciones finales, aunque sin contener falsedades, pintaban un retrato bastante más negativo de la enfermedad mental que el que aparecía en la nota de prensa original.</li> <li>• El tema de los derechos humanos se volvía más prominente en un sentido negativo para la enfermedad mental: se enfrentaban los derechos del paciente con los de la víctima de su delito.</li> <li>• El tema de la peligrosidad ganaba peso, reflejando una imagen de la enfermedad mental ajustada al estereotipo.</li> <li>• En la cuestión de la vulnerabilidad del paciente hubo un cambio: al principio se enfatizó pero luego quedó oscurecida por la criminalidad.</li> <li>• La información de la enfermedad mental se dio de forma muy general y quedaba oscurecida por la negatividad de la mayoría de las descripciones.</li> </ul>
<p>(Coverdale, Nairn y Claasen, 2002)</p> <p>Buscar y analizar representaciones positivas, negativas y neutras de la enfermedad mental en la prensa escrita de Nueva Zelanda a lo largo de cuatro meses.</p> <p>n=600 noticias en la que alguien es descrito como padeciendo una enfermedad mental.</p>	<p>Instrumentos de diseño propio que recogían: <i>Características del periódico (tipo, tirada) y de la unidad informativa (tipo, página, extensión, si el punto de vista del enfermo estaba representado).</i> Temas tratados y tono de los mismos. <i>Forma de referirse a la enfermedad mental.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La mayoría de las noticias encontradas eran artículos o piezas de opinión, de tamaño mediano, aparecían en los diarios más que en otro tipo de prensa, y apenas aparecía representado el punto de vista de la persona con enfermedad mental.</li> <li>• Las personas citadas como “enfermos mentales” eran en su mayoría varones y no aparecía ninguna referencia a niños con enfermedad mental.</li> <li>• La mayoría de las noticias tenían un tono negativo y ligaban la enfermedad mental con los temas de peligrosidad (61,3%), criminalidad (47,3%), e incompetencia e incapacidad de gobernar sus vidas (39,7%)</li> <li>• En las que abordaban un tema positivo, éste estaba ligado a la necesidad de respetar los derechos de las personas con enfermedad mental y a la capacidad de liderazgo en algunas facetas.</li> <li>• Las referencias a la enfermedad mental eran habitualmente genéricas. En los casos en los que se citaba un diagnóstico solía ser el de esquizofrenia.</li> </ul>

**Tabla 2.5: Estudios sobre estigma asociado a la enfermedad mental en los medios de comunicación.**

Estudio	Instrumentos de evaluación	Resultados
<p>(Wahl, Wood y Richards, 2002)</p> <p>Comprobar si el trato de la enfermedad mental en los medios de comunicación ha cambiado de 1989 a 1999.</p> <p>n=600 artículos de periódicos con la frase clave "enfermedad mental", 300 de 1989 y 300 de 1999 (30 % aleatorio de la muestra total).</p>	<p>Instrumentos de diseño propio que recogían:</p> <p><i>Trastorno específico mencionado y explicación o descripción de síntomas.</i></p> <p><i>Tema del artículo.</i></p> <p><i>Elementos específicos.</i></p> <p><i>Tono general del artículo.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hay algunos cambios hacia un tratamiento más positivo de la enfermedad mental pero se siguen observando tendencias estigmatizadoras.</li> <li>• La esquizofrenia reemplazaba al abuso de sustancias como el trastorno específico más mencionado.</li> <li>• El tema de la inseguridad aumentaba su presencia. En 1999 el más frecuente era el de la peligrosidad de las personas con enfermedad mental.</li> <li>• Disminuía la presencia de términos psiquiátricos mal utilizados y se observaba una tendencia a disminuir el uso de términos peyorativos.</li> <li>• Prácticamente desaparecía la tendencia a culpar a los padres de la enfermedad mental.</li> <li>• Aparecía más artículos que incidían en la necesidad de reducir el estigma y también había más información sobre recursos asistenciales.</li> <li>• Aumentaban los reportajes positivos y disminuían los negativos, pero los segundos seguían siendo el doble que los primeros.</li> <li>• La representación del alcohol, tabaco y otras drogas era habitual, pero aparecían diferencias en función del tipo de plano:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- En segundos planos rutinarios aparecían alcohol y tabaco, pero no drogas ilícitas.</li> <li>- En primeros planos rutinarios aparecía el uso no problemático de alcohol y tabaco (connotaciones positivas) y el uso semiproblemático.</li> <li>- En primeros planos excepcionales aparecía el uso problemático.</li> </ul> </li> <li>• Se identificaron 4 estereotipos principales:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Héroe trágico</li> <li>- Personaje demoníaco / maniaco homicida</li> <li>- Espíritu libre / rebelde</li> <li>- Personaje cómico</li> </ul> </li> </ul>
<p>(Cape, 2003)</p> <p>Identificar los estereotipos sobre el uso, abuso y dependencia de alcohol y otras drogas en las películas.</p> <p>n=57 películas que tratan el uso y abuso de alcohol y otras drogas de forma prominente.</p>	<p>Instrumento de diseño propio.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Había pocos artículos que abordaran el tema de los cuidados mentales en los tres países y prácticamente nunca aparecían en primera página.</li> <li>• El tema forense era el más tratado en Reino Unido y EE.UU, mientras que en Australia era la información general.</li> <li>• El tema menos tratado era el de diagnóstico y tratamiento, en los tres países</li> <li>• El tono general era mayoritariamente negativo, siendo algo más positivo en los periódicos de EE.UU y algo más negativo en Reino Unido (pero sin diferencias significativas).</li> <li>• Los artículos identificados como positivos eran predominantemente reportajes médicos, a menudo relacionados con conferencias médicas o transmisión de resultados de investigaciones, o encuadrados dentro de información general.</li> </ul>
<p>(Huang y Priebe, 2003)</p> <p>Evaluar los contenidos y el tono de los artículos sobre cuidados mentales aparecidos en periódicos de Reino Unido, EE.UU. y Australia y establecer comparaciones entre ellos.</p> <p>n=118 artículos de 6 periódicos de gran tirada (dos de cada país), sobre cuidados mentales aparecidos a lo largo de 4 meses.</p>	<p>Instrumentos de diseño propio que recogían:</p> <p><i>Cantidad de artículos publicado sobre el tema de los cuidados mentales y si aparecen en primera página.</i></p> <p><i>Tema de dichos artículos (forense, diagnósticos y tratamiento, información general, servicios psiquiátricos y reportajes médicos).</i></p> <p><i>Visión que transmiten de la enfermedad mental y de los cuidados mentales.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Había pocos artículos que abordaran el tema de los cuidados mentales en los tres países y prácticamente nunca aparecían en primera página.</li> <li>• El tema forense era el más tratado en Reino Unido y EE.UU, mientras que en Australia era la información general.</li> <li>• El tema menos tratado era el de diagnóstico y tratamiento, en los tres países</li> <li>• El tono general era mayoritariamente negativo, siendo algo más positivo en los periódicos de EE.UU y algo más negativo en Reino Unido (pero sin diferencias significativas).</li> <li>• Los artículos identificados como positivos eran predominantemente reportajes médicos, a menudo relacionados con conferencias médicas o transmisión de resultados de investigaciones, o encuadrados dentro de información general.</li> </ul>

**Tabla 2.5: Estudios sobre estigma asociado a la enfermedad mental en los medios de comunicación.**

Estudio	Instrumentos de evaluación	Resultados
<p>(Pieters, de Gucht y Kajosch, 2003)</p> <p>Comparar el tratamiento que recibe la enfermedad mental frente a otro tipo de enfermedades por parte de periódicos generales y tabloides.</p> <p>n=500 titulares de noticias de todos los periódicos diarios de la región de Flandes (3 periódicos generales y 5 tabloides).</p> <p>(Stuart, 2003)</p> <p>Evaluar los efectos del proyecto antiestigma "Open the Doors" en el tratamiento otorgado a la enfermedad mental por parte de un periódico local canadiense (comparando datos de 8 meses antes vs. 16 meses después).</p> <p>n=362 informaciones que incluían enfermedad/ enfermo mental o esquizofrenia/ esquizofrénico.</p> <p>(Wahl, Wood, Zaveri, Drapalski y Mann, 2003)</p> <p>Estudiar la presencia de la enfermedad mental y como se representa en las películas autorizadas para niños.</p> <p>n=49 películas realizadas entre 2000 y 2001.</p>	<p>Valoración por parte de jueces:</p> <p><i>Clasificación de los titulares en función de:</i></p> <p><i>Relacionados con enfermedad mental vs. otras enfermedades</i></p> <p><i>Tono( positivo, negativo o neutro)</i></p> <p><i>Referidos al medico vs. al paciente</i></p> <p><i>Informaciones positivas vs. negativas:</i></p> <p>Instrumento de diseño propio.</p> <p><i>Extensión de las informaciones sobre enfermedad mental:</i></p> <p>Recuento de palabras</p> <p>Instrumento de diseño propio que recogía:</p> <p><i>Presencia de personajes con enfermedad mental.</i></p> <p><i>Características sociodemográficas.</i></p> <p><i>Características físicas, de personalidad y conducta.</i></p> <p><i>Asociación entre enfermedad mental y violencia.</i></p> <p><i>Respuestas de otros personajes.</i></p> <p><i>Si reciben tratamiento y si éste es específico.</i></p> <p><i>Impresión general.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No existían diferencias significativas entre el número de titulares referidos a enfermedad mental y a otras enfermedades ni respecto al tono del artículo.</li> <li>• Los artículos negativos estaban centrados por igual en el paciente que en el médico.</li> <li>• Si se tienen en cuenta sólo los artículos negativos referidos a enfermedad mental, éstos estaban centrados mayoritariamente en el paciente.</li> <li>• Analizando las diferencias entre tabloides y otro tipo de periódicos, se observó que en los primeros había igual número de artículos positivos que negativos, mientras que en los segundos había más negativos que positivos.</li> <li>• <b>Tras la implementación del programa para combatir el estigma:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Incremento del 33% en el número de informaciones positivas sobre enfermedad mental y aumento del 25% de su extensión.</li> <li>- Incremento del 33% en el número de informaciones positivas sobre esquizofrenia pero disminución del 10% de su extensión.</li> <li>- Incremento del 25% en el número de informaciones negativas sobre enfermedad mental y aumento del 100% de su extensión.</li> <li>- Incremento del 46% en el número de informaciones negativas sobre esquizofrenia y aumento del 200% en su extensión.</li> </ul> </li> <li>• Había una alta concentración de material relacionado con la enfermedad mental en las películas para niños (2/3 de las películas si se incluían aquéllas en las que no había un personaje con enfermedad mental, pero sí referencias).</li> <li>• La mayoría de personajes con enfermedad mental eran identificados mediante términos peyorativos</li> <li>• El personaje con enfermedad mental solía ser varón, adulto, soltero o de estado civil desconocido y laboralmente activo.</li> <li>• En 8 de las 12 películas que contenían personajes con enfermedad mental (67%) los personajes tenían rasgos violentos y conductas amenazantes y suscitaban miedo. En algunos casos, el personaje con enfermedad mental aparecía bien arreglado y socializado, era relativamente exitoso y simpático.</li> <li>• A pesar de ciertas respuestas positivas hacia ellos (ayuda, protección y trabajo cooperativo), los personajes con enfermedad mental habitualmente eran temidos y menospreciados.</li> <li>• Si aparecían referencias al tratamiento, tendían a ser peyorativas.</li> </ul>

**Tabla 2.5: Estudios sobre estigma asociado a la enfermedad mental en los medios de comunicación.**

Estudio	Instrumentos de evaluación	Resultados
<p>(Francis, Pirkis, Blood, Dunt, Burgess, Morley, Stewart y Putnis, 2004)</p> <p>Estudiar la presencia, naturaleza y calidad de las representaciones de la enfermedad mental en los medios de comunicación australianos no de ficción (televisión, radio y periódicos).</p> <p>n=13.389 noticias relacionadas con la salud/enfermedad mental aparecidas en los medios a lo largo de un año (el análisis de la calidad se efectúa sobre el 10% de los ítems).</p>	<p>Instrumento de diseño propio que recogía:  <i>Recuento de noticias</i>  <i>Naturaleza</i></p> <p>Calidad de las noticias:                      Instrumento basado en Achieving the Balance: a resource kit for Australian media professionals for the reporting and portrayal of suicide and mental illness (Departament of Health and Aged Care, 1999).                      Evalúa 9 dimensiones (términos generales, términos específicos, términos peyorativos o coloquiales, titular impreciso o inconsistente, titular innecesariamente dramático o sensacionalista, lenguaje inapropiado, refuerza estereotipos negativos, enfatiza más la enfermedad mental que a la persona, implica que toda la enfermedad mental es igual, proporciona información sobre recursos asistenciales, figura el nombre de la persona identificada como enfermo mental).</p>	<p><i>Los resultados de este estudio son contradictorios con los de la mayoría de trabajos que han abordado esta misma cuestión.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La enfermedad mental tenía gran cobertura en los medios de comunicación australianos, y ésta era aún mayor en la radio que en los otros dos medios.</li> <li>• Aproximadamente la mitad de las noticias abordaban cuestiones de programas y políticas de salud mental.</li> <li>• Son poco frecuentes las noticias que ligaban enfermedad mental y crimen (5,6%).</li> <li>• Muchas de informaciones eran sensacionalistas (aprox. 30%) y no respetaban la privacidad del enfermo (aprox. 30%).</li> <li>• Solo un 6,4% de los ítems incluían información sobre recursos asistenciales.</li> <li>• En general, la mayoría de las noticias eran de buena calidad.</li> </ul>
<p>(Lawson y Fouts, 2004)</p> <p>Examinar la prevalencia de verbalizaciones sobre la enfermedad mental en las películas de dibujos animados de Disney.</p> <p>n=34 películas animadas (Todas las que tienen hilo argumental desde 1937).</p>	<p>Manual de codificación de diseño propio</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El 85% de las películas contenían referencias a la enfermedad mental, con una media de 4,6 referencias por película.</li> <li>• El 21% de los personajes principales eran recreados como padeciendo una enfermedad mental, cantidad que supera con mucho la incidencia de la enfermedad mental en la población.</li> <li>• No existían diferencias en el género de los personajes con enfermedad mental.</li> <li>• La mayoría de las referencias se hacían mediante términos peyorativos y se usaban para apartar y denigrar al personaje con enfermedad mental.</li> <li>• La mayoría de los personajes representados con enfermedad mental eran objeto de mofa y diversión o causaban miedo.</li> </ul>
<p>(Minnebo y Van Acker, 2004)</p> <p>Analizar las relaciones entre tiempo de exposición a la televisión (general vs. selectivo) y las opiniones y estimaciones sobre la enfermedad mental controlando la experiencia directa con la enfermedad mental y el realismo percibido en la televisión.</p> <p>n=207 adolescentes belgas.</p>	<p><i>Exposición general y selectiva a la televisión:</i>                      Escala de diseño propio.</p> <p><i>Opiniones y estimaciones sobre la enfermedad mental:</i>                      Escala de diseño propio.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Correlación positiva entre la exposición selectiva a programas en los que se retrataba la enfermedad mental de forma estereotipada y las opiniones acerca de la peligrosidad de las personas con enfermedad mental (cuando se controlaba el realismo percibido y la experiencia directa).</li> <li>• La exposición general no tiene relación con las opiniones negativas sobre la enfermedad mental.</li> <li>• El realismo percibido tenía un papel más importante en las actitudes que el tiempo de exposición (tanto general como selectivo) a determinados contenidos.</li> <li>• La experiencia directa sólo controlaba marginalmente las imágenes estereotipadas transmitidas por la televisión (influyó débilmente en las opiniones sobre peligrosidad y sobre la necesidad de segregación).</li> </ul>



**Tabla 2.5: Estudios sobre estigma asociado a la enfermedad mental en los medios de comunicación.**

Estudio	Instrumentos de evaluación	Resultados
<p>(Vaughan y Hansen, 2004)</p> <p>Analizar si el programa gubernamental antiestigma multicomponente "Like Minds, Like Mine" ha contribuido a reducir el estigma y la discriminación asociada a la enfermedad mental entre la población de Nueva Zelanda.</p>	<p>Grado de acuerdo con distintas afirmaciones: Instrumento de diseño propio</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tras la puesta en marcha del programa, uno de cuyos ejes básicos era el trabajo con los medios de comunicación y especialmente la televisión, se produjo:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Incremento significativo en el grado de acuerdo con:                 <ul style="list-style-type: none"> <li>"Personas que han tenido una enfermedad mental pueden llevar una vida normal".</li> <li>"Acepto mejor a las personas con enfermedad mental".</li> <li>"La enfermedad mental le puede ocurrir a cualquiera".</li> </ul> </li> <li>- Incremento significativo en el grado de desacuerdo con:                 <ul style="list-style-type: none"> <li>"Las personas con enfermedad mental no se recuperan".</li> <li>"Las personas que han tenido una enfermedad mental no podrán contribuir mucho a la sociedad".</li> <li>"Si yo tuviese una enfermedad mental me sentiría avergonzado".</li> </ul> </li> <li>- Incremento significativo en la disponibilidad a aceptar a una persona con enfermedad mental como compañero de trabajo o de piso, para cuidar niños, y como vecino.</li> </ul> </li> </ul>
<p>(Angermeyer, Dietrich, Pott y Matschinger, 2005)</p> <p>Analizar la relación entre el nivel de consumo de prensa y televisión y el deseo de distancia social hacia las personas con esquizofrenia.</p> <p>n=489 personas de la representativas de la población general alemana mayores de 18 años. (Francis, Pirkis, Bood, Dunt, Burgess, Morley y Stewart, 2005)</p> <p>Explorar las características de los mensajes acerca de la enfermedad mental que transmiten los medios de comunicación australianos (periódicos nacionales y locales, radio y programas informativos y de sucesos de televisión).</p> <p>n=1123 noticias con términos o expresiones relacionadas con la enfermedad mental (10% aleatorio del total de noticias encontradas a lo largo de un año).</p>	<p><i>Nivel de consumo de medios de comunicación:</i> Entrevista estructurada</p> <p><i>Deseo de distancia social:</i> Escala de Distancia Social (Link et al., 1987)</p> <p><i>Temas y trastornos:</i> Categorización según diseño propio</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existía correlación positiva entre la cantidad de tiempo que se veía la televisión y el deseo de mantenerse apartados de las personas que padecen esquizofrenia.</li> <li>• La cantidad de prensa que se consumía no tenía relación por sí misma con el deseo de distancia social hacia las personas que padecen esquizofrenia.</li> <li>• En la prensa, el deseo de distancia social estaba relacionado con el tipo de prensa que se consumía, de forma que era mayor entre aquellos ciudadanos que leían tabloides que entre los que preferían otro tipo de periódicos.</li> <li>• Variaciones entre los medios sobre cómo reflejaban la enfermedad mental.</li> <li>• Gran parte de las noticias no estaban relacionadas con la enfermedad mental (27,7%) y otro porcentaje considerable de ellas no eran fácilmente clasificables (12,9%).</li> <li>• De las noticias en las que se podía identificar el trastorno completo, la mayoría de las veces éste era la depresión, seguido de la demencia (11,8%).</li> <li>• Las categorías diagnósticas que menos aparecían eran los trastornos de la alimentación (2,6%) y la esquizofrenia (5,1%).</li> <li>• Esquizofrenia y abuso de sustancias eran los trastornos asociados en mayor medida a violencia, aunque esa asociación no era demasiado fuerte.</li> <li>• La depresión era el trastorno que más aparecía en los medios. Información sobre causas, tratamiento y pronosis aparecía poco, y cuando lo hacía solía ser sobre causas. Esta información solía ser precisa, la más incorrecta era la referida a tratamientos.</li> </ul>

### 3. PLAN DE TRABAJO.

---

En función de los datos acumulados por la investigación nacional e internacional, y adoptando una perspectiva integral al incluir los puntos de vista de personas con enfermedad mental, familiares, profesionales, población general y medios de comunicación, se ha diseñado este estudio sobre el estigma asociado a la enfermedad mental. El proyecto de investigación se organiza en torno a cinco ejes de actuación interrelacionados que abarcan la compleja realidad asociada a la estigmatización de la enfermedad mental, y que permitirán alcanzar una visión global y bastante completa de la misma.

- El primero de los ejes se centra en el estudio del estigma en las propias **personas que padecen una enfermedad mental**.
- El segundo, aborda el estigma entre los **familiares** próximos de quienes padecen una enfermedad mental.
- El tercero, alude a los **profesionales** de la red de centros de atención a personas con enfermedad mental grave y persistente dependientes de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid.
- El cuarto de los ejes se organiza en torno a los procesos de estigmatización presentes en la sociedad en general, para lo que se analiza el estigma presente en la **población general**.
- Finalmente, el quinto eje focaliza su atención en la presencia de la enfermedad mental en los **medios de comunicación** y su posible estigmatización.

#### 3.1. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

---

Para abordar con ciertas garantías el desarrollo de los 5 ejes incluidos en el estudio, se elaboró un diseño de investigación que combinase el uso distintas estrategias para cada eje mientras se mantenía una cierta unidad y coherencia entre ellos. Las estrategias específicas empleadas en cada caso se recogen en cada capítulo para facilitar el seguimiento de cada trabajo. Con independencia de ello, en la tabla 3.1 se presenta un esquema resumen de todos los ejes y las principales acciones incluidas en cada uno. Como puede observarse en la tabla, los distintos ejes han incluido

estrategias cualitativas, entrevistas y grupos de discusión focalizados (*focus groups*), y cuantitativas, encuesta con instrumentos estandarizados. Para el muestreo de medios, se han escogido las ediciones madrileñas de los diarios nacionales de mayor tirada y los espacios informativos de máxima audiencia de radio y televisión.

**Tabla 3.1. Resumen de actividades incluidas en cada eje del estudio.**

EJE	ESTRATEGIAS CUALITATIVAS	ESTRATEGIAS CUANTITATIVAS
<b>Personas con enfermedad mental grave y persistente</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 2 grupos de discusión:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>· Asistentes a los Centros de Rehabilitación Laboral de la Comunidad de Madrid.</li> <li>· Miembros de entidades asociativas con enfermedad mental grave y persistente.</li> </ul> </li> </ul>	<p>Encuestas a usuarios de la red de atención social a personas con enfermedad mental grave y crónica de la Comunidad de Madrid.</p> <p>Muestreo proporcional y aleatorio (N = 108)</p>
<b>Familiares de personas con enfermedad mental grave y persistente</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entrevista en profundidad con experto representante de una entidad perteneciente al movimiento asociativo.</li> <li>- 2 grupos de discusión:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>· Familiares de usuarios de Centros de Rehabilitación Psicosocial de la Comunidad de Madrid.</li> <li>· Familiares integrados en entidades asociativas.</li> </ul> </li> </ul>	<p>Encuestas a familiares de usuarios de la red de atención social a personas con enfermedad mental grave y crónica de la Comunidad de Madrid.</p> <p>Muestreo de conveniencia. (N = 51)</p>
<b>Profesionales de atención directa a personas con enfermedad mental grave y persistente</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entrevista en profundidad con experta directora de un Centro de Rehabilitación Psicosocial.</li> <li>- Grupo de discusión formado por profesionales de la red de atención social a personas con enfermedad mental grave y crónica de la Comunidad de Madrid.</li> </ul>	<p>Encuestas a profesionales de la red de atención social a personas con enfermedad mental grave y crónica de la Comunidad de Madrid (Psicólogos, Terapeutas Ocupacionales, Educadores, Trabajadores Sociales).</p> <p>Muestreo universal Tasa de respuesta = (N = 110)</p>
<b>Población general</b>		<p>Encuestas a población general de la Comunidad de Madrid.</p> <p>Muestreo aleatorio por puntos de muestreo y balanceado por sexo y edad. (N = 438)</p>
<b>Medios de comunicación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entrevista en profundidad con experto, periodista especializado en discapacidad.</li> <li>- 5 grupos de discusión (todos los mencionados en el eje anterior).</li> </ul>	<p>Muestreo durante 14 días de noticias sobre enfermedad mental en prensa, radio y televisión.</p> <p>- Análisis de frecuencias y tiempos de noticias relacionadas con la</p>

- |  |    |   |
|--|----|---|
| - Análisis cualitativo de entrevista y grupos. | de | enfermedad mental.  |
|  |    | - Estudio de jueces (9 expertos en salud mental) respecto a los contenidos de las noticias. |

## **3.2. INSTRUMENTOS**

---

Para completar la información relativa a los métodos empleados se incluye a continuación un listado de los instrumentos empleados en los distintos estudios, tanto cualitativos, como cuantitativos. De esta forma, se presentan en los siguientes puntos los guiones diseñados para el desarrollo de las entrevistas en profundidad y de los grupos de discusión y las características técnicas de los instrumentos cuantitativos empleados en los distintos grupos.

### **3.2.1. Guión de los temas tratados en las entrevistas en profundidad**

A continuación se incluye el guión seguido en las entrevistas en profundidad con un representante del movimiento asociativo madrileño (FEMASAM) y con la directora y psicóloga de un Centro de Rehabilitación Laboral de la red de la Comunidad de Madrid. El guión seguido en la entrevista realizada con un representante de los medios de comunicación es algo distinto y se incluye en el capítulo 9 que recoge el estudio de medios de comunicación. Las preguntas realizadas fueron generales y tenían un formato abierto, en especial al principio de la misma, aunque también se utilizaron preguntas más específicas y cerradas, fundamentalmente hacia el final de la entrevista.

Las preguntas efectuadas fueron:

- ¿Cómo influye el estigma en la rehabilitación de la personas con enfermedad mental grave y persistente?
- ¿Cuáles son los principales estereotipos de las personas con enfermedad mental grave y persistente?
- ¿Cuáles son los prejuicios más frecuentes?
- ¿Son estigmatizadores los profesionales?
- ¿Cuáles son los principales obstáculos para la integración de las personas con enfermedad mental grave y persistente?

- ¿Cuáles son las principales fuentes de discriminación de las personas con enfermedad mental grave y persistente?
- ¿Qué acciones podrían llevarse a cabo en contra de la estigmatización?
- ¿Cree que existe autoestigma entre las personas con enfermedad mental grave y persistente?

### **3.2.2. Guión de los temas tratados en los grupos de discusión**

El planteamiento de los temas en los grupos de discusión tuvo en cuenta los modelos psicosociales actuales que propugnan que el estigma se manifiesta en tres aspectos del comportamiento social: estereotipos, prejuicios y discriminación (Ottati, Bodenhausen, y Newman, 2005). De esta forma, se plantearon temas que permitieran estudiar los distintos aspectos del estigma social y el autoestigma, intentando profundizar en los estereotipos sociales, los prejuicios y las experiencias de discriminación de las personas participantes en los distintos grupos: personas con enfermedad mental, familiares y profesionales de atención social a personas con enfermedad mental grave y persistente.

Se utilizó un esquema con dos partes claramente diferenciadas: una primera, centrada en los aspectos procedimentales y operativos del grupo, y la segunda, centrada propiamente en la discusión. Los aspectos incluidos fueron los siguientes:

Parte I: introducción, presentación y aspectos de procedimiento. En la que se incluía:

- Bienvenida.
- Comprobación del acondicionamiento.
- Presentación de los moderadores y ayudante, y referencia al estudio,
- Objetivo de la reunión,
- Introducción del tema,
- Explicación de las características, normas y reglas del juego de la reunión,
- Petición de consentimiento para la grabación de la reunión (a partir de este momento y si nadie mostraba su desacuerdo se comenzaba la grabación en audio de la reunión),
- Garantías de confidencialidad,

- Utilidad de la participación en la reunión,
- Presentación de los participantes,
- Parte II: discusión propiamente dicha, en el que se incluían los siguientes aspectos, cuyo orden de presentación podía variar, no obstante, en función de las intervenciones de los participantes:
  - Caracterización inicial de la enfermedad mental: relación de la enfermedad mental con enfermedades físicas, características externas, reacciones suscitadas,...
  - Imagen transmitida de la enfermedad mental a través de la educación y socialización, de los medios de comunicación,...
  - Posibilidades de recuperación,
  - Estereotipos sobre la enfermedad mental grave y duradera: peligrosidad, responsabilidad sobre la enfermedad, causas de la enfermedad, incompetencia, debilidad, dependencia, impredecibilidad,...
  - Discriminación: principales problemas para quienes padecen una enfermedad mental grave y persistente y para sus familias, fuentes de discriminación.
  - Autoestigma,

### **3.2.3. Instrumentos empleados en los estudios cuantitativos**

Para la realización del estudio cuantitativo se construyó una batería de evaluación autoaplicada en la que se incluyeron los siguientes instrumentos (en cada instrumento se especifican los grupos en los que se empleó):

- Ficha de datos (elaboración propia).

Grupos en los que se incluyó: Personas con enfermedad mental grave y persistente, familiares, profesionales y población general.

La ficha incluía información sociodemográfica, en concreto, se recogían los siguientes datos: edad, sexo, nivel máximo de estudios terminados, lugar de residencia, con quién convive, número de hijos, situación laboral y, en su caso, tipo de trabajo, procedencia y cuantía de sus ingresos, situación jurídica y pertenencia a asociaciones de personas con enfermedad mental.

- Cuestionario de Atribución–27. Attribution Questionnaire–27 (AQ–27) (Corrigan, Markowitz, Watson, Rowan, y Kubiak, 2003).

Grupos en los que se incluyó: Personas con enfermedad mental grave y persistente, familiares, profesionales y población general.

La traducción de este cuestionario fue realizada *ad hoc* para este estudio por los autores del mismo siendo supervisada y consensuada por 2 traductores bilingües expertos en salud mental (este mismo esquema de traducción se siguió con el resto de instrumentos incluidos en el estudio). Este cuestionario fue diseñado para evaluar una serie de constructos que explican actitudes, afectos, conductas,... relacionadas con una persona hipotética que padece una enfermedad mental grave. Los ítems han de responderse en una escala tipo Likert de 1 a 9. Las situaciones planteadas (o escenarios) incluyen varias posibilidades: descripción neutra, sin peligro (en la que se alude explícitamente a la ausencia de peligrosidad de la persona con enfermedad mental), peligro (con alusión directa a la posible peligrosidad de esta persona), con peligro sin control de la causa (esto es, la causa de la enfermedad está fuera del control de quien la padece) y con peligro y con control de la causa. Para este estudio se utilizó únicamente el escenario neutro.

Los ítems se agrupan en 9 factores (3 ítems para cada factor), cuya puntuación se obtiene mediante la suma de los ítems correspondientes. De este modo, la puntuación de cada factor oscila entre 3 y 27. A mayor puntuación, mayor es el valor de ese factor para la persona. Los factores son:

- Responsabilidad sobre la enfermedad mental
  - Piedad
  - Ira
  - Peligrosidad
  - Miedo
  - Ayuda
  - Coacción
  - Segregación
  - Evitación (los ítems de este factor deben invertirse).
- Estigma Internalizado de la Enfermedad Mental. Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI) (Ritsher, Otilingam, y Grajales, 2003).

Grupos en los que se incluyó: Personas con enfermedad mental grave y persistente

La traducción de este cuestionario fue realizada *ad hoc* para este estudio por los autores del mismo siendo supervisada y consensuada por 2 traductores bilingües expertos en salud mental. Esta escala, que evalúa la experiencia subjetiva de estigma o el estigma internalizado por aquellos que padecen una enfermedad mental por el hecho de padecerla, consta de 29 ítems. Para cada uno de ellos la persona debe indicar en una escala de 4 puntos su grado de acuerdo con la afirmación expresada (siendo 1 = muy en desacuerdo, y 4 = muy de acuerdo). Los ítems del ISMI se agrupan en 5 factores, que podrían caracterizarse del siguiente modo:

- Alienación (en el que puntúan 6 ítems): evalúa la experiencia subjetiva de ser menos que los demás o de tener una identidad deteriorada.
- Asignación de estereotipos (con 7 ítems): evalúa el grado de acuerdo de la persona con una serie de estereotipos comunes acerca de las personas con enfermedad mental.
- Experiencia de discriminación (5 ítems): evalúa la percepción de la persona sobre el modo en que es tratado por los demás.
- Aislamiento social (6 ítems).
- Resistencia al estigma (5 ítems, con puntuación inversa): evalúa los intentos de resistir o no verse afectado por el estigma internalizado.

Para la obtención de puntuaciones en cada uno de los factores se sumaron las puntuaciones de los ítems correspondientes. De este modo, a mayor puntuación, mayor es el valor del factor para la persona.

- Escala de Funcionamiento Social. *Social Functioning Scale (SFS)* (Birchwood, Smith, Cochrane, y Wetton, 1990), en la adaptación de Vázquez-Morejón y Jiménez García-Bóveda (2000).

Grupos en los que se incluyó: Personas con enfermedad mental grave y persistente

Se trata de un instrumento diseñado específicamente para la evaluación del funcionamiento social de las personas con esquizofrenia, si bien es aplicable a otros trastornos psicóticos. Es de utilidad para la evaluación de las variables implicadas en el funcionamiento social. Está compuesta de siete subescalas:

- Aislamiento/Integración social: compuesta por cinco ítems, que se evalúan en un rango de 0-3, lo que supone una puntuación máxima de 15.



- Comunicación interpersonal: está integrada por cuatro ítems, y su puntuación oscila en un rango de 0-9.
  - Autonomía–Ejecución: compuesta por 13 ítems, puntuándose cada uno en un rango de 0 (ninguna vez) a 3 (frecuentemente). La puntuación de la subescala oscila en un rango de 0-39.
  - Autonomía–Competencia: compuesta de 13 ítems que se evalúan en un rango de 1 (es incapaz) a 3 (adecuadamente, sin problemas). La puntuación de la subescala oscila por tanto entre 13 y 39.
  - Ocio: integrada por 15 ítems que se puntúan en un rango de 0 (ninguna vez) a 3 (frecuentemente). La puntuación de la subescala oscila en un rango de 0-45.
  - Prosocial: constituida por 22 ítems que se puntúan en un rango de 0 (ninguna vez) a 3 (frecuentemente). En rango para la puntuación global de la sección es de 0-66.
  - Empleo / Ocupación: donde se valora si la persona realiza algún trabajo o, en caso de no ser así, si se siente capaz de realizar algún tipo de trabajo y está haciendo frecuentes intentos de encontrar trabajo. En caso de tener trabajo, las puntuaciones de la subescala oscilan entre 7 y 10 (dependiendo del tipo del mismo); en caso de no tenerlo, el rango va de 0 a 6.
  - Preguntas complementarias: la escala incluye además una serie de preguntas relativas a la adherencia de la medicación, las relaciones familiares y la información sobre la enfermedad.
- Escala de evaluación de la recuperación. *Recovery Assessment Scale (RAS)* (Corrigan, Giffort, Rashid, Leary, y Okeke, 1999).

Grupos en los que se incluyó: Personas con enfermedad mental grave y persistente

La traducción de este cuestionario fue realizada *ad hoc* para este estudio por los autores del mismo siendo supervisada y consensuada por 2 traductores bilingües expertos en salud mental. La escala valora el grado de recuperación de las personas con esquizofrenia, considerando como tal la capacidad de las personas con enfermedad mental grave para vivir una vida satisfactoria dentro de las limitaciones de su propia enfermedad. En consecuencia, la escala evalúa empoderamiento, habilidad de afrontamiento y calidad de vida. Consta de 41 ítems, para los que la persona ha de indicar en una escala de 5 puntos su grado de acuerdo-desacuerdo, siendo 1 = muy

en desacuerdo, y 5 = muy de acuerdo. La escala permite obtener una valoración global del nivel de recuperación alcanzado por la persona, mediante la suma de las puntuaciones de los 41 ítems. La puntuación total oscila, por tanto, entre 41 y 205; a mayor puntuación, mejor nivel de recuperación de la persona.

- Escala de Experiencia directa de Discriminación (EEDD) (elaboración propia).

Grupos en los que se incluyó: Personas con enfermedad mental grave y persistente

La escala plantea 11 situaciones diferentes en las que las personas que padecen una enfermedad mental pueden haberse sentido discriminadas por el hecho de padecerla. La persona ha de responder simplemente Sí/No para cada ítem. La puntuación global en discriminación oscilaría entre 0 y 11; a mayor puntuación, más experiencias de discriminación sufridas por la persona.

- Hoja de datos relativos a la enfermedad del paciente (elaboración propia).

Grupos en los que se incluyó: Personas con enfermedad mental grave y persistente

El entrevistador había de cumplimentar en la hoja correspondiente y en la que se incluía la siguiente información:

- Diagnóstico principal
- Presencia de síntomas positivos / negativos en el último año (valorados en sendas escalas desde 1, poco, a 5, mucho).
- Fecha de inicio de la enfermedad.
- Fecha de inicio del tratamiento (conceptualizada como contacto con Salud Mental).
- Tiempo psicótico en el último año.
- Días hospitalizados en el último año.
- Tipos de tratamientos.
- Escala de evaluación de la actividad global (EEAG) (American Psychiatric Association, 2000), según la valoración del profesional.
- Principales dificultades de acceso a servicios sociales, sanitarios y educativos.

- Nivel de Familiaridad con la Enfermedad Mental. *Level of Familiarity with Mental Illness* (Holmes, Corrigan, Williams, Canar, y Kubiak, 1999).

Grupos en los que se incluyó: Familiares, profesionales y población general.

La traducción de este cuestionario fue realizada *ad hoc* para este estudio por los autores del mismo siendo supervisada y consensuada por 2 traductores bilingües expertos en salud mental. Contiene 11 ítems en formato de respuesta Sí/No acerca de la familiaridad o contacto que la persona tiene con la enfermedad mental. Se obtiene una única puntuación, que oscila de 1 a 11. A mayor puntuación, mayor grado de familiaridad y contacto con la enfermedad mental.

- Cuestionario de Estigma de la Familia. *Family Stigma Questionnaire* (FSQ) (Corrigan, Watson, y Miller, 2004).

Grupos en los que se incluyó: Familiares, profesionales y población general.

La traducción de este cuestionario fue realizada *ad hoc* para este estudio por los autores del mismo siendo supervisada y consensuada por 2 traductores bilingües expertos en salud mental. Basado en grupos de discusión con familiares de personas con enfermedad mental, este cuestionario se diseñó para evaluar el estigma hacia los familiares de las personas con enfermedad mental grave. Los constructos incluidos en el modelo fueron culpa en la aparición o en la recaída, incompetencia, contaminación, vergüenza, pena y evitación social. Cada uno de los conceptos es evaluado por un ítem. En consecuencia, el cuestionario consta de 7 ítems, que se evalúan en una escala de 1 a 7. A mayor puntuación en la escala, mayor valor otorgado por la persona a cada uno de esos constructos. El cuestionario ofrece la posibilidad de utilizar distintos tipos de relación (madre-hijo, madre-hija, padre-hijo, padre-hija, hermano-hermana, hermano-hermano,...). Para el presente estudio se eligió la relación hijo-madre (esto es, en la que la persona con enfermedad mental es el hijo, y se hacen preguntas acerca de su madre).

- Cuestionario de Atribución de Discapacidad Psiquiátrica. *Psychiatric Disability Attribution Questionnaire* (PDAQ) (Corrigan et al., 2000).

Grupos en los que se incluyó: Familiares, profesionales y población general.

La traducción de este cuestionario fue realizada *ad hoc* para este estudio por los autores del mismo siendo supervisada y consensuada por 2 traductores bilingües expertos en salud mental. Este cuestionario examina las actitudes estigmatizadoras asociadas con diversas condiciones de salud general en términos de atribuciones acerca de la estabilidad y la controlabilidad de la enfermedad, y de la piedad suscitada por ella. Se incluyen seis condiciones: adicción a la cocaína, discapacidad intelectual, SIDA, psicosis, depresión y cáncer. Consta de 36 ítems con afirmaciones referentes a estos aspectos para cada una de las condiciones sanitarias y la persona ha de indicar su grado de acuerdo o desacuerdo en una escala de 1 (acuerdo) a 7 (desacuerdo).

- Cuestionario de Conocimiento Sobre la Enfermedad Mental (elaboración propia).

Grupos en los que se incluyó: Familiares, profesionales y población general.

La escala plantea ocho cuestiones de Verdadero/Falso acerca de aspectos relacionados con la enfermedad mental, y con las que se intenta valorar el grado de conocimiento de la persona sobre lo que es la enfermedad mental, sus causas y posibilidades de recuperación. La puntuación oscila entre 0 y 8, indicando las puntuaciones más altas un mejor conocimiento de la enfermedad mental.

Los capítulos que se presentan a continuación ofrecen los resultados correspondientes a cada uno de estos ejes. Aunque se trata de cinco ejes de actuación interrelacionados que pretenden englobar las múltiples dimensiones del fenómeno del estigma, debe señalarse que cada uno de estos ejes y, consiguientemente cada capítulo, puede asimismo consultarse como un estudio único e independiente de los demás.

## **4. EJE I: ESTIGMA EN PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE Y PERSISTENTE.**

---

Las personas con enfermedad mental grave y persistente son los principales afectados por el estigma que rodea a la enfermedad mental. Por una parte, son capaces de identificar los estereotipos sociales sobre ellos y los prejuicios sobre sus comportamientos a través de las experiencias de discriminación que viven a menudo. Por otra parte, son víctimas del auto-estigma, al interiorizar estos estereotipos sociales lo que, con frecuencia, provoca en ellos sentimientos de minusvaloración y baja autoestima que fomentan la auto-discriminación y el auto-aislamiento social.

A lo largo de este capítulo se presentan los datos relativos al primer eje del estudio, centrado en las propias personas que tienen una enfermedad mental. En primer lugar, se expone el estudio cualitativo realizado mediante grupos de discusión. En segundo lugar, se presenta el estudio cuantitativo llevado a cabo. El capítulo finaliza con un apartado en el que se integran y discuten las principales conclusiones de ambos estudios.

### **4.1 ESTUDIO CUALITATIVO.**

---

Con el presente estudio ha pretendido analizarse en detalle el estigma entre personas con una enfermedad mental a través de una metodología cualitativa. Tras describir en detalle las características y el desarrollo de los grupos de discusión, se expondrán los principales resultados obtenidos en los mismos y se discutirán sus implicaciones.

#### **4.1.1. Metodología.**

Con el objetivo de recoger datos que aportasen a la investigación realizada aspectos cualitativos que ayudasen a comprender el fenómeno del estigma, se utilizó una metodología de tipo cualitativo a través de grupos de discusión con personas con enfermedad mental grave y persistente.

## Grupos de discusión.

### *Desarrollo de los grupos de discusión.*

Se llevaron a cabo dos grupos de discusión. Uno de ellos en los locales de la Federación Madrileña de Asociaciones Pro-Salud Mental (FEMASAM), con personas pertenecientes a esta entidad asociativa que padecían enfermedad mental grave y persistente. El otro se realizó en el Centro de Rehabilitación Laboral “Nueva Vida” de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid.

En ambos casos, los participantes en los grupos de discusión fueron seleccionados entre las personas con enfermedad mental grave y persistente, con la ayuda de los responsables del centro, de acuerdo con los criterios previamente dados por el equipo investigador, y que eran los siguientes:

- Cada grupo debía estar constituido por un mínimo de 5 y un máximo de 8 personas.
- Los participantes debían ser personas con enfermedad mental grave y persistente que se encontraran en fase de remisión en el momento de la realización del grupo de discusión.
- La edad estaría comprendida entre 25 y 45 años.

Asimismo se rogaba a los centros que a la hora de seleccionar a los participantes en el grupo se intentara hacer equivalente la distribución de éstos en función del sexo.

Los participantes eran contactados telefónicamente a través del centro de referencia con una o dos semanas de anticipación, solicitándoseles su colaboración voluntaria en una discusión sobre enfermedad mental. A aquellos que accedían a participar se les llamó de nuevo dos días antes de la realización del grupo para confirmar su asistencia y recordarles la cita. Los grupos resultantes fueron dos, un grupo de 6 y otro de 7 personas, números que se consideraron óptimos para el desarrollo de la discusión (véase Tabla 4.1

**Tabla 4.1. Resumen de las características de los grupos de discusión de personas con enfermedad mental grave y persistente.**

Grupos	Fecha	Duración	Participantes	Género
CRL NUEVA VIDA	7/6/ 2005	1 h. 30 min.	7 personas	3 varones 4 mujeres
FEMASAM	21/6/2005	1 h. 45 min.	6 personas	4 varones 2 mujeres

***Grupo de discusión de personas con enfermedad mental grave y persistente del Centro de Rehabilitación Laboral “Nueva Vida”.***

Los participantes llegaron, en su mayoría, puntualmente a la cita, excepto uno de los varones que se incorporó aproximadamente 5 minutos después de que las moderadoras empezaran a explicar en qué iba a consistir la discusión de grupo, por lo que se le resumió lo que ya se había explicado.

Aparentemente todos mostraban un buen nivel de funcionamiento y mantuvieron una charla informal previa a la formación del grupo, ya que muchos de ellos se conocían en alguna u otra medida. Parecían comprender adecuadamente y aceptar las normas propuestas para establecer la discusión y no mostraron ningún inconveniente en que se grabara la charla, para facilitar su posterior análisis.

***Grupo de discusión de asociados de FEMASAM.***

Todos los participantes llegaron a la hora indicada al centro, excepto una mujer que se incorporó cuando la discusión ya había empezado, por lo que se le resumió muy brevemente el funcionamiento descrito. Previamente al inicio de la discusión, algunos asistentes mantuvieron charla informal ya que varios se conocían. No pusieron ningún impedimento para que se grabara la charla y atendieron y aceptaron las condiciones de su participación.

En cada uno de los grupos hubo dos moderadores, y un ayudante encargado de los aspectos relacionados con el acondicionamiento de los participantes, la grabación de la sesión y la toma de notas sobre las distintas intervenciones.

Debe destacarse que en ambos grupos el nivel de participación y el interés de los participantes por los contenidos propuestos en la discusión fueron notables. Todos se mostraron esperanzados en que su participación en este tipo de investigaciones sirviera para que las personas con enfermedad mental grave y persistente fueran más entendidas y aceptadas por la sociedad y se interesaron especialmente por los resultados del estudio.

El guión de los temas tratados en el grupo de discusión se ha incluido en el capítulo 3.

### **Análisis cualitativo**

Las sesiones de ambos grupos de discusión fueron grabadas en audio y posteriormente se procedió a su transcripción para poder analizarlas según su contenido y categorizarlas inductivamente, de forma que formaran una tipología de las opiniones, actitudes y experiencias de estigmatización procedentes de las narraciones de los participantes en los grupos de discusión, como aconseja la metodología de análisis cualitativo (Huberman y Miles, 1994).

Las transcripciones de cada uno de los grupos de discusión se analizaron en función de las categorías establecidas en el planteamiento inicial del estudio (Estigma social y Autoestigma). Se seleccionaron bloques relevantes de texto que representaran las distintas experiencias y afirmaciones discutidas en los grupos y se les asignó un código que reflejara su contenido original lo más fielmente posible, es decir, utilizando paráfrasis, y que sirviera de base para formar categorías. El sistema de codificación así construido se fue revisando constantemente durante el análisis, sumando las categorías con contenidos similares y añadiéndose cualquier paráfrasis que apareciera durante el análisis.

El sistema de categorización resultante fue estipulado y la asignación de los bloques de texto a las categorías particulares fue discutida en el equipo de trabajo. De esta forma, después de este proceso, las experiencias de estigmatización fueron sumadas en categorías genéricas según su tipo y el lugar en que se hallaron dentro del discurso.

Las transcripciones de los grupos de discusión realizados con personas con enfermedad mental grave y persistente fueron codificadas de manera deductiva para obtener el sistema de codificación aplicado a los otros dos grupos (familiares y profesionales), que sirvieron para dar diferentes perspectivas al mismo problema. De esta forma, la codificación se utilizó para organizar los datos en patrones que sirvieran de base a las interpretaciones, siguiendo las directrices de Silverman (2000) y Knodel (1993).

En el siguiente apartado se presentan los resultados de este análisis. En todos los casos se incluye un breve comentario del contenido de la categoría y ejemplos representativos de las opiniones y experiencias de los participantes sobre los temas propuestos, a través de fragmentos textuales de sus intervenciones, seleccionadas por su representatividad dentro de los comentarios realizados durante las discusiones.

Debe tenerse en cuenta que el análisis realizado es exclusivamente de carácter cualitativo, como corresponde a la utilización de la metodología de grupos de discusión,



por lo que se ha evitado en todo momento las referencias cuantitativas que pudieran ser malinterpretadas dado el escaso número de participantes en los grupos. Por todo ello, los datos expuestos deben considerarse de forma complementaria y clarificadora de los resultados obtenidos con metodología y análisis cuantitativo.

#### **4.1.2 Resultados obtenidos a través de los grupos de discusión.**

Siguiendo el esquema antes mencionado, el análisis de las opiniones vertidas por los participantes dentro de los grupos de discusión se estructuró en los siguientes apartados generales: a) Estigma social percibido; b) Auto-estigma.

##### **a) El estigma social de la enfermedad mental grave y persistente percibido por las personas que la padecen.**

El estigma social es el proceso por el cual la sociedad clasifica y pone etiquetas a las diferencias humanas, atribuye significados a esas diferencias a través de estereotipos y niega oportunidades vitales a los etiquetados a través del ejercicio del poder (Link y Phelan, 2001). En este apartado se analizan las opiniones emitidas sobre los principales factores de estigma social percibido por las propias personas que padecen una enfermedad mental grave y persistente en los dos ámbitos donde más nocivos son los efectos del estigma: las relaciones sociales y el ámbito laboral.

##### **El estigma en las relaciones sociales**

Los prejuicios sobre la enfermedad mental grave y persistente se manifiestan de forma especialmente perversa en la gran cantidad de términos despectivos que existen para referirse a las personas con enfermedad mental. “Zumbado”, “trastornado”, “chalado”, “mal del coco”, fueron las palabras señaladas por los propios integrantes de los grupos de discusión, frecuentemente utilizadas para referirse a las personas que están en su situación. Algunas especialmente hirientes para algunos afectados<sup>2</sup>:

*“A mí hay uno que me molesta, que he oído, y que es ‘débil mental’.  
Despectivo. “Una persona es un débil mental”. Por la depresión, o  
por la esquizofrenia”.*

---

<sup>2</sup> Las palabras textuales de los participantes se incluyen a modo de ejemplo, no deben interpretarse como representativas ni sacarse del contexto en el que se obtuvieron.

Para muchas de estas personas los términos lingüísticos comúnmente utilizados en el lenguaje de la calle ponen de manifiesto un importante desconocimiento sobre la enfermedad mental en general, y la enfermedad mental grave y persistente, en particular:

*“Yo pienso que la sociedad desconoce totalmente cómo es esta enfermedad, cómo una persona puede hacer una vida normal aunque tenga esa enfermedad, cómo está trabajando... Vamos, como cualquier persona”.*

*“Yo pienso que la principal barrera es la incomprensión de la sociedad. Esta es una enfermedad como cualquier otra. Que tenemos, pues eso, una enfermedad y con un tratamiento, con una medicación se puede mitigar. Y que podemos llevar una vida normal, nada más. Podemos actuar como personas normales”.*

Incluso los estereotipos más positivos también contribuyen al desconocimiento y difunden una idea equivocada sobre la heterogeneidad de las personas que padecen una enfermedad mental grave y persistente:

*“Yo, en un taller de literatura que estuve un mes sólo, decían “es que claro los esquizofrénicos tienen una mirada que traspasa”. Yo he estado en AMAFE con muchos esquizofrénicos, con muchos... en todo tipo de actividades, y cada uno tiene una mirada diferente. Y otro dijo “es que los esquizofrénicos son más inteligentes de lo normal”. A mí me parecía que había de todo. Cada uno se crea su propio tópico”*

Este desconocimiento que las personas con enfermedad mental grave y persistente perciben por parte de la sociedad parece que puede influir en que las enfermedades mentales, en general, mantengan, hoy día un estatus diferente al de otras enfermedades. Para las personas con enfermedad mental grave y persistente, la forma en que la sociedad considera a las personas con enfermedad mental y la comprensión de la enfermedad es muy diferente de otras enfermedades, potencialmente estigmatizadoras:

*“Tienes un cáncer y la gente no se asusta porque tengas un cáncer. En cambio conoces una persona que tiene esquizofrenia y pienso que mucha gente piensa: “Está loco”.*

Incluso, entre las enfermedades mentales parecen existir mayores prejuicios para la esquizofrenia que para otras enfermedades. En general, entre el grupo de afectados, se considera que la enfermedad mental grave y persistente es menos entendida, más rechazada y menos aceptada, que otras como la anorexia o la depresión.

*“La anorexia parece que se acepta más. Pero si lo piensas es ridículo, que una persona no quiera comer por engordar, y se muera de hambre. Y, por ejemplo, la depresión yo creo que se acepta un poco más que otras enfermedades mentales, porque es más habitual”.*

*“Yo creo que la gente está más familiarizada, por ejemplo, con una depresión. ¿Quién no ha padecido una depresión? En cualquier familia suele haber algún caso. Pero, sin embargo, si nombran la palabra, por ejemplo, “esquizofrenia”, es como si lo relacionaran con violencia, con maldad...”*

El mismo concepto de enfermedad aplicado a los problemas mentales, es puesto en duda por una de las participantes en los grupos de discusión con un análisis ciertamente interesante:

*“Eso es lo que cada uno se quiera creer en la vida. Porque yo, por ejemplo, siempre estaba “Yo soy enferma mental, yo soy enferma mental”. Y es que yo en realidad no soy enferma mental. Yo tengo un trastorno de personalidad, pero eso no es una enfermedad. Es como me dice mi hermana: “¿Pero qué enfermedad tienes tú? Entonces yo, como tengo doce dioptrías y soy muy miope, ¿tengo una enfermedad? No, yo veo mal, tengo una discapacidad”. Y mi novio me lo dice, “Es que tú no tienes enfermedad”. Yo tengo un trastorno de personalidad que está controlado. Pero no tengo enfermedad. Y yo me creía “Pues yo soy enferma”, y voy dando esa sensación a la gente: “Y es que fíjate, y yo tengo esto...”. Es lo que cada uno quiera representar en la vida”.*

El estigma tiene un impacto tremendo en las personas con enfermedad mental grave y persistente que perciben de forma cotidiana los efectos del estigma social sobre la enfermedad mental y el rechazo que suscitan:

*“La gente que no conoce esta enfermedad, porque no tiene familiares o amigos con esta enfermedad suelen marginarte en cierto modo, mantenerte un poco a distancia. Incluso se pueden asustar”.*

Una parte importante de los afectados reconocen que la desinformación, la falta de comprensión y el rechazo de los otros, les empuja, en cierta forma, a aislarse como grupo:

*“Yo he vivido el rechazo. Por ese rechazo de gran parte de la sociedad, entre nosotros nos respetamos más. Y por eso llega un momento que dices “a mí me cuesta más relacionarme con una persona normal que con cualquiera de mis compañeros de aquí”.*

*“Me imagino que todos nosotros tendemos a relacionarnos con gente que tiene una enfermedad mental. Porque, por mucho esfuerzo que hagas, hay prejuicios de cosas...”*

Aunque las propias personas con enfermedad mental grave y persistente reconocen que este auto-aislamiento es una importante limitación para su inserción en la sociedad:

*“Yo pienso que si te juntas con enfermos mentales te sientes más comprendido, pero entonces te aíslas. Yo creo que conviene relacionarte con todo tipo de gente”.*

*“Yo creo que es importante relacionarse con gente normal, le cuentas o no le cuentas. Si es de confianza le cuentas tu enfermedad, y si no es de confianza pues no le tienes por qué contar nada. Pero relacionarte con gente normal”.*

### **El estigma en el ámbito laboral**

Para las personas con enfermedad mental grave y persistente el estigma y el rechazo social se manifiestan de forma especialmente visible en la dificultad que experimentan para encontrar un trabajo ordinario:

*“Así de primeras, si tienes una enfermedad sea cual sea y haces una entrevista de trabajo, yo creo que no te van a coger. Pero si es una enfermedad mental, con el estigma que llevamos a la espalda, va a ser todavía menos factible que te contraten”.*

Algunos de las personas participantes en los grupos de discusión manifiestan su convicción de que, sin la ayuda que les han prestado la Comunidad de Madrid, les hubiera sido imposible conseguir un empleo:

*“En los Centros de Rehabilitación Laboral podemos ir a muchos trabajos. Si tienes un apoyo, de psicólogos, de gente que está en contacto con fundaciones. Si estás en contacto con gente así, sí puedes encontrar trabajo. Pero por tus propios medios te discriminan”.*

*“Si yo no tuviese la declaración de minusvalía y no me hubiesen procurado un trabajo a través de una institución pública de atención a los enfermos mentales, estoy seguro de que yo no estaría trabajando”.*

Puede considerarse que la discriminación laboral de las personas con enfermedad mental grave y persistente es una consecuencia de estereotipos negativos sobre la enfermedad, especialmente los relativos a la incompetencia y la falta de competitividad, como manifiesta este participante:

*“Las empresas piensan que no eres competitivo, que no tienes recursos para desarrollar un trabajo de una forma que les convenga a ellos”.*

*“No tiene sentido separar enfermos mentales de gente que no tiene enfermedad mental. Hay gente de la calle que no tiene ninguna*

*enfermedad mental y que no es competitiva, y gente con enfermedad mental que puede perfectamente competir con su trabajo. Yo no creo que por el hecho de tener una enfermedad mental te merezcas conservar tu trabajo. Yo creo que si te cuidas, si llevas una vida ordenada y eres responsable puedes desempeñar un trabajo”.*

Sin embargo, los propios afectados reconocen, en cierta medida, sus limitaciones de cara a conservar un trabajo competitivo:

*“Yo no sé el resto, pero yo tengo limitaciones. En el momento en que empiezas a tomar medicación ya tienes limitaciones. Si tú eres franco con la empresa y dices “Hoy tengo que ir al psiquiatra porque tengo revisión” o “Tengo que tomar unas pastillas porque me encuentro mal” o lo que sea. La primera vez te dicen “Bueno”, la segunda “Vale”, pero la tercera “¿Qué te pasa?”.*

Dada las limitaciones que reconocen, en la mayoría de las ocasiones el empleo accesible es el empleo protegido. Pero, para muchos afectados, este tipo de empleo soluciona sólo en parte sus problemas, ya que la remuneración que reciben por este tipo de trabajos es muy baja:

*“Con mi sueldo no me puedo plantear ni siquiera tener un piso pequeño. Y yo creo que el principal objetivo de las personas, de toda persona, es independizarse, o vivir en pareja, o lo que sea. Ser independiente, autosuficiente, en la medida de lo posible. La primera barrera es la económica. Las pensiones para mí son bajas. Y los sueldos, como el mío que trabajo todo el día, son bajos. Y eso es un problema fundamental”.*

### **El estereotipo de la peligrosidad**

El estereotipo de la peligrosidad está asociado, para los participantes en los grupos, con la desinformación social y potenciado por el tratamiento del problema que hacen los medios de comunicación. Las personas con enfermedad mental grave y persistente perciben claramente el estigma social y reconocen que existe un estereotipo muy homogéneo de “enfermo mental” fomentado por los medios de comunicación cuyo eje

principal es la asociación de enfermedad mental con peligrosidad hacia los demás, la violencia y la maldad.

*“... sin embargo si nombran la palabra por ejemplo “esquizofrenia” es como si lo relacionaran con violencia, con maldad...”*

*“Yo creo que la imagen que siempre se tiene del enfermo mental es totalmente de peligro. Y no es así. Si yo me entero que mi nuevo vecino es esquizofrénico: “¡Huy! qué miedo, a ver si me va a hacer algo”.*

*“La mayoría de las películas son las de tipo “El silencio de los corderos” y cosas así. Pues parecen ser las que más venden”.*

Se reconoce además que el estereotipo de la persona con enfermedad mental ha cambiado con el paso del tiempo:

*“Yo creo que la visión de los enfermos mentales ha cambiado. Antes el enfermo mental era como el tonto del pueblo o algo así. Era una persona que divertía, que a lo mejor iba cantando por la calle. Que yo también de niño lo he conocido eso, por mi barrio y tal (...) y va gritando, y los niños a lo mejor le tiraban piedras y cosas así. En cambio ahora cuando hablan de los enfermos mentales siempre es gente terrible, malísima”.*

La mayoría de ellos consideran que este estereotipo es desproporcionado o en todo caso inexacto, ya que como ellos mismos comprueban a menudo, la peligrosidad es en la mayoría de las ocasiones mayor para ellos mismos que para los demás

*“Pero una cosa es que tú seas peligroso para ti y otra cosa es que seas peligroso para la sociedad”.*

*“Hay algunos enfermos mentales que son peligrosos, pero hay otras personas que son mucho más peligrosas que nosotros”.*

Aunque, algunos reconocen que en determinadas circunstancias, esta imagen social puede estar justificada:

*“Si una persona no está medicada, por ejemplo, está descontrolada, está descompensada, puede ser peligroso. Si yo, por ejemplo dejara la medicación, pues en dos semanas no sé cómo estaría. Hay enfermos mentales que son peligrosos porque no están medicados”.*

El estereotipo de la peligrosidad de las personas con enfermedad mental grave y persistente se asocia, según los propios afectados, con el desconocimiento y la desinformación que sobre este problema tiene, en general, la sociedad.

*“Yo no soy esquizofrénica, pero a mí me da más miedo un psicópata que un esquizofrénico, que es una enfermedad más. Pero si no la conociera me daría miedo, rechazo, lo que queráis llamarle, porque no sé lo que es. Esquizofrenia. Pues no rechazo yo a una persona esquizofrénica. En cambio a un psicópata pues sí”.*

#### **b) El autoestigma de las personas con enfermedad mental grave y persistente.**

Según Link y Phelan (2001) las personas con enfermedad mental grave y persistente pueden, a través de la socialización, asimilar estereotipos sobre la enfermedad mental y aplicar estos estereotipos negativos a sí mismos después de ser formalmente diagnosticados. Para muchas personas con enfermedad mental grave y persistente aceptar y asumir su condición de “persona diferente” es un proceso especialmente difícil y así lo demuestran las manifestaciones recogidas durante las discusiones de los grupos:

*“En la imagen que tienes de ti mismo, como que cuesta asumirlo. Y si lo asumes es muy raro. Y luego en casa, tampoco. Lo último que quieren asumir es que estás enfermo. Entonces tú mismo tienes ya ahí un no aceptar, que no lo asumes. Yo creo que nos pasa un poquillo a todos”.*

*“Te autoaislas un poco para protegerte. Y eso quiere decir, al fin y al cabo, que te cuesta aceptar. Yo he tardado mucho tiempo en darme cuenta, en aceptar esto. Yo he estado muchos años rebotado y*



*peleado con todo, conmigo mismo, la verdad hasta que entré aquí, en este centro. Aunque tampoco quería entrar y tuvo que ser la asistente social la que me convenció”.*

### **El auto-aislamiento social**

La aceptación de la enfermedad y el rechazo social percibido de la misma conduce, en la mayoría de las ocasiones, a la auto-discriminación y el auto-aislamiento, reconocido por las personas que participaron en los grupos de discusión:

*“Yo pienso que somos nosotros los que nos aislamos. Yo por lo menos en mi caso me he aislado. Yo tengo la enfermedad desde los 17, hace 21 años. Y al principio me autoaislaba, porque no quería que se metiera nadie”.*

*“Yo creo que uno mismo, cuando se entera de que tiene un tipo de enfermedad mental grave, te autodiscriminas”.*

Una de las características de la enfermedad mental grave y persistente es la excesiva autocrítica. La conciencia de la presencia de limitaciones en las actividades de la vida diaria puede llevar a considerarse incapaz. El estereotipo de la incapacidad es uno de los más extendidos entre las personas con enfermedad mental grave y persistente y perpetúa la imagen social de “discapacitado”.

*“Pero puedes caer en una situación que no te permita tratar con los demás, porque tú te autolimites en ese sentido, “Pues no, no puedo salir, no puedo...”. No sé. Me encierro en mi habitación y ésa es mi vida”.*

*“Algunas limitaciones nos las ponemos nosotros. De entrada tú, a la hora de valorar con respecto a una persona normal, cómo estás de capacitada, tú mismo dices “Es que yo no voy a poder, no voy a ser capaz”. De entrada tú mismo como que te asustas”.*

### **El ocultamiento del problema**

El ocultamiento de la condición de “persona con enfermedad mental” es una consecuencia de la imagen social negativa de la enfermedad mental, que facilita, al menos a corto plazo, la vida diaria. Las referencias a las razones, las características y las consecuencias de ocultar la condición de “enfermedad mental grave” fue un tema recurrente en las reuniones realizadas. La mayoría de las personas con enfermedad mental grave y persistente ocultan su problema a las personas que les rodean y muchos lo expresan abiertamente:

*“No a todo el mundo le puedes decir que tienes una enfermedad mental”.*

*“Lo mejor es no contar nada.*

*“Lo escondes, por miedo a que te cataloguen”*

*“Yo vivo en un piso tutelado, y mi otro compañero también tiene una enfermedad mental. Y no lo saben en el edificio y eso. Yo creo que si lo supieran, ese piso no estaría ahí”.*

*“Fuera de mi familia y de cierto grupo de gente, amigos, nunca cuento nada”.*

*“Yo tengo mis amistades, y de mis amistades, si os soy sincero, no lo sabe nadie”.*

*“Yo no lo oculto pero tampoco lo cuento”.*

Además se entiende que ocultar este aspecto es algo frecuente entre amigos y familiares de personas con enfermedad mental, que se extiende a todos los problemas mentales:

*“Una enfermedad mental yo creo que se esconde, hay muchos prejuicios”.*

*“A ver quién dice que acaba de salir de Psiquiatría. Nadie. Por lo menos yo no se lo digo a gente que no sea muy cercana”.*

Paradójicamente, se utiliza el ocultamiento como forma de luchar contra el estigma:

*“En el trabajo tengo acordado con los jefes que los empleados, los compañeros, nadie sepa que tengo una enfermedad mental. Y bueno eso también me beneficia porque en el trabajo me tratan normal. Nadie sabe nada de mi enfermedad y no tengo ningún estigma. Estoy bien en el trabajo”.*

*“Mi psiquiatra me aconsejó que en el trabajo no se me ocurriera decirlo. Por el miedo a que te cataloguen”.*

*“Ninguno de nosotros hemos ido con la etiqueta de esquizofrenia por delante. Pero sí es verdad que si fuese así estaríamos en una situación siempre de desventaja, de desventaja clara, porque te pueden considerar débil, una persona que sufre pues no está muy bien considerada”.*

El ocultamiento es especialmente importante a la hora de buscar trabajo:

*“Para buscar trabajo yo creo que no se puede ir contando por ahí que tienes una enfermedad mental”.*

*“Si vas diciendo que tienes una enfermedad mental no vas a conseguir trabajo, eso desde luego. Yo he pasado dos años sin trabajo y lo tenía que ocultar, porque si lo dices...”.*

El ocultamiento lleva a la desconfianza, ya que cuando se oculta algo, nunca se está seguro si los otros lo saben o no. Aparece el temor a que se sepa:

*“A mí no me importa hablar sobre lo que tengo, pero si no me preguntan pues tampoco voy a contarlo. En mi trabajo los compañeros sí lo saben, los encargados del almacén no me han preguntado. Sé que lo saben, que tienen información de que tengo”.*

*una minusvalía, pero no me han preguntado. Sí que notas un poco de curiosidad pero a mí no me han sacado el tema”.*

*“No, a mí tampoco me han sacado el tema. Pero saberlo lo saben desde un principio”.*

Algunas personas con enfermedad mental grave y persistente consideran que el ocultamiento de la enfermedad es una cuestión de privacidad:

*“¿Pero qué sentido tiene contarlo? Yo me voy a un campamento y conozco a gente, y lo primero que digo es “Hola soy Alicia y soy diabética”. ¿Qué importa eso? ¿Eso qué mas da? “Sí, yo soy Pepita y tengo un grano aquí”. ¿Y qué? ¿Qué pasa porque sea diabética? Es que eso no es lo primero que tienes que contar. En la esquizofrenia igual”.*

Las personas con enfermedad mental grave y persistente suelen anticipar el rechazo, aunque éste nunca llegue a ocurrir. Por ello, no debe sorprender que, en muchas ocasiones, cuando refieren experiencias de revelaciones a terceras personas sobre su problema, las reacciones suscitadas no parecen tan negativas como ellos mismos anticipan:

*“Yo a mis amigos les cuento que tengo una enfermedad mental y no me tratan de forma distinta, yo no les veo que tengan prejuicios ni nada. Tampoco me consideran peligroso”.*

*“Cuando cuentas que tienes esquizofrenia es bastante asombroso, porque luego la gente dice “Pues yo tengo un primo...”, “Pues yo tuve un amigo...”, “Pues yo conozco un vecino, mi hermano, mi hermana...”. Y hay bastante gente que conoce a alguien que lo tiene. Yo sí que me he encontrado con eso”.*

La mayoría considera que el acercamiento afectivo y el darse a conocer a los demás, antes de revelar que se tiene una enfermedad mental, es fundamental para hallar la comprensión y la aceptación por parte de los otros:

*“Hombre si tú vas diciendo “¡Estoy loca!”... Pero si tú vas de una manera, tú cuentas tu vida: pues yo trabajo, tengo tantos hermanos, llevo tanto tiempo con un chico... Y a partir de ahí, cuando ya has sentado una relación afectiva ya puedes decir “Pues tengo este problema...”. Y la gente lo entiende”.*

*“Yo creo que lo primero es entablar una relación afectiva, que quite el miedo a lo desconocido. Yo alguna vez he dicho que tengo esquizofrenia y claro, depende de la amistad o de la confianza, porque eso les suena a loco. Pero si hay una relación afectiva pues no hay rechazo”.*

*”Yo, por ejemplo, llevo aquí ahora mismo y yo te veo a ti. Y tú me dices “Pues es que me llamo tal y soy esquizofrénico”. Yo me asusto. Pero si tú coges y dices “Yo me llamo tal, pero pinto, escribo. Y mi vida es esto, y tal y cual”. Y a partir de un momento dado dices “es que tengo esta enfermedad” pues es muy diferente. Es muy diferente, porque ya te veo de otra manera, ya te conozco, conozco otras cualidad tuyas”.*

#### **4.1.3 Conclusiones del estudio cualitativo.**

##### **a) El estigma social de la enfermedad mental grave y persistente percibido por las personas que la padecen.**

Las personas con enfermedad mental grave y persistente perciben claramente el efecto que el estigma social tiene sobre distintos ámbitos de su vida. Los estereotipos sociales, los prejuicios que éstos conllevan y las actitudes negativas hacia la enfermedad mental, en general, y las enfermedades mentales graves y persistentes, en particular, dan lugar a comportamientos discriminatorios que impiden, frecuentemente, la plena integración social. En este sentido, tanto el ámbito de las relaciones personales como el laboral, se ven afectados por el estigma de la enfermedad mental. Por otro lado, los medios de comunicación se señalan, por parte de los afectados, como la principal vía de transmisión de los estereotipos sociales negativos implícitos en el estigma.

### **El estigma en las relaciones sociales**

Las personas con enfermedad mental grave y persistente consideran que el desconocimiento de la sociedad sobre la enfermedad mental es uno de los factores que contribuyen al estigma. Este desconocimiento se pone de manifiesto en la utilización inadecuada de términos para referirse a las personas con enfermedad mental, que, además en su mayoría, son despectivos.

En general, entre el grupo de afectados, se considera que la enfermedad mental grave y persistente es menos comprendida, más rechazada y menos aceptada que otras enfermedades que podríamos denominar “físicas” o “biológicas”, potencialmente estigmatizadoras, como el cáncer. Incluso dentro de las enfermedades mentales, creen que la enfermedad mental grave y persistente, especialmente la esquizofrenia, conlleva un mayor grado de estigma que otras como la anorexia o la depresión.

El estigma tiene un impacto muy importante en las personas con enfermedad mental grave y persistente que perciben de forma cotidiana el rechazo de la sociedad, como lo pone de manifiesto las experiencias relatadas por estos grupos. De tal forma que, muchos afectados reconocen que la desinformación, la falta de comprensión y el rechazo de los otros, les empuja, en cierta forma, a aislarse como grupo, evitando el contacto con personas que no padecen enfermedad mental y relacionándose exclusivamente con aquellos que tienen su mismo problema, aún reconociendo que esto dificulta e incluso impide la inserción social.

### **El estigma en el ámbito laboral**

Para las personas con enfermedad mental grave y persistente el estigma y el rechazo social se manifiestan de forma especialmente visible en la dificultad que experimentan para encontrar un trabajo ordinario. Dificultad que se convierte casi en una imposibilidad sin la ayuda de las instituciones públicas.

La discriminación laboral es una consecuencia de estereotipos negativos sobre la enfermedad, especialmente los relativos a la falta de competencia y competitividad. Sin embargo, los propios afectados, reconocen sus limitaciones de cara a conservar un trabajo competitivo, por lo que consideran que la forma de empleo más asequible es el empleo protegido, que generalmente tiene una baja remuneración, lo que parece preocupar tanto o más que la dificultad de encontrar empleo.

### **El estereotipo de la peligrosidad**

Las personas con enfermedad mental grave y persistente creen que existe un estereotipo de “enfermo mental” fomentado por los medios de comunicación cuyo eje principal es la asociación de enfermedad mental con peligrosidad hacia los demás, la violencia y la maldad, sustentado por la falta de información y potenciado por el tratamiento del problema que hacen los medios de comunicación.

La peligrosidad que se atribuye a las personas con enfermedad mental grave y persistente es, para los propios afectados, exagerada y poco realista, ya que creen que ésta es mayor para ellos mismos que para los demás

#### **b) El autoestigma de las personas con enfermedad mental grave y persistente.**

El análisis cualitativo de las narrativas de las personas con enfermedad mental grave y persistente que participaron en los grupos de discusión muestra comportamientos auto-estigmatizadores, como la dificultad en aceptar y asumir la condición de persona con enfermedad mental grave y persistente, el auto-aislamiento como consecuencia del rechazo y la percepción de incapacidad que surge como consecuencia de la conciencia de limitaciones en las actividades de la vida diaria y la autocrítica exagerada propias de este trastorno.

### **El ocultamiento del problema**

Como consecuencia del temor al rechazo social la mayoría de las personas con enfermedad mental grave y persistente ocultan su problema a las personas que les rodean, en mayor o menor medida. El ocultamiento facilita, desde el punto de vista de los propios afectados, la vida diaria y permite, según ellos, no verse afectado por el estigma, sobre todo en algunos ámbitos importantes de la vida como el empleo. Sin embargo, el ocultamiento lleva a la desconfianza y, con frecuencia, se vive con el temor a ser descubierto. Algunas personas con enfermedad mental grave y persistente defienden el ocultamiento como una cuestión de privacidad.

La anticipación del rechazo, que en muchas ocasiones no llega a ocurrir, impide que se revele la condición de “persona con enfermedad mental” a personas del entorno, que, como algunos de los propios afectados comprueban a menudo, no muestran actitudes tan negativas como se esperaba. Especialmente si la revelación se hace a través del acercamiento afectivo y poco a poco, dándose a conocer primero como persona y no como “enfermo”.

## 4.2. ESTUDIO CUANTITATIVO.

---

El presente estudio ha analizado el estigma entre personas que padecen una enfermedad mental grave y persistente empleando para ello una metodología cuantitativa. El primer apartado describirá las características de la muestra de participantes en la investigación. A continuación se presentarán los instrumentos de evaluación y el procedimiento seguido. En el tercer punto se mostrarán los principales resultados obtenidos en el estudio. Para finalizar, se procederá a la discusión de estos resultados.

### 4.2.1 Participantes.

En el estudio participaron 108 personas con enfermedad mental grave y persistente asistentes a los centros de la Red de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Crónica de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid, fundamentalmente Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS), que fueron contactados a través de los propios centros. El número de participantes evaluados en los distintos centros aparece detallado en la Tabla 4.2.

**Tabla 4.2. Distribución de las evaluaciones por centros (CRPS). Número y porcentaje sobre el total de evaluaciones (n = 108).**

Centro	Frecuencia	Porcentaje (%)
La Elipa	7	6,5
Retiro	10	9,3
Martínez Campos	6	5,6
Vázquez de Mella	8	7,4
Hortaleza	10	9,3
Carabanchel	3	2,8
Alcalá de Henares	9	8,3
Getafe	10	9,3
Arganda	11	10,2
Alcobendas	6	5,6
Torrejón de Ardoz	10	9,3
Aranjuez	9	8,3
San Fernando de Henares	9	8,3



#### 4.2.2. Instrumentos de evaluación y procedimiento.

Para la realización del estudio cuantitativo se construyó una batería de evaluación autoaplicada que se ha incluido en el capítulo 3. En este caso se incluían los siguientes instrumentos:

- Ficha de datos (elaboración propia).
- Cuestionario de Atribución–27. *Attribution Questionnaire–27 (AQ–27)* (Corrigan, Markowitz, Watson, Rowan, y Kubiak, 2003).
- Estigma Internalizado de la Enfermedad Mental. *Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI)* (Ritsher, Otilingam, y Grajales, 2003).
- Escala de Funcionamiento Social. *Social Functioning Scale (SFS)* (Birchwood, Smith, Cochrane, y Wetton, 1990), en la adaptación de Vázquez-Morejón y Jiménez García-Bóveda (2000).
- Escala de evaluación de la recuperación. *Recovery Assessment Scale (RAS)* (Corrigan, Giffort, Rashid, Leary, y Okeke, 1999).
- Escala de Experiencia directa de Discriminación (EEDD) (elaboración propia).

Esta batería se aplicaba en formato de entrevista individualizada, realizada en el centro de referencia de cada participante por parte de entrevistadores previamente entrenados.

Una vez concluida la entrevista, se solicitaba del paciente autorización escrita para que el entrevistador pudiera consultar con su tutor su historial clínico, asegurándosele que los datos serían tratados en todo momento de manera anónima y confidencial.

Si la persona daba su autorización (mediante la correspondiente firma), se procedía a consultar con su tutor una serie de datos relativos a la enfermedad del paciente, que el entrevistador había de cumplimentar en la hoja correspondiente (elaborada *ad hoc* para este estudio) y en la que se incluía la siguiente información:

- Diagnóstico principal
- Presencia de síntomas positivos / negativos en el último año (valorados en sendas escalas desde 1, poco, a 5, mucho).
- Fecha de inicio de la enfermedad.
- Fecha de inicio del tratamiento (conceptualizada como contacto con Salud Mental).

- Tiempo psicótico en el último año.
- Días hospitalizados en el último año.
- Tipos de tratamientos.
- Escala de evaluación de la actividad global (EEAG) (American Psychiatric Association, 2000), según la valoración del profesional.
- Principales dificultades de acceso a servicios sociales, sanitarios y educativos.

### **4.2.3. Resultados.**

Los resultados relativos a la muestra de personas con enfermedad mental grave y persistente se han estructurado en ocho apartados: características sociodemográficas, características relacionadas con la enfermedad, funcionamiento social, evaluación de la recuperación, empoderamiento, atribuciones, estigma internalizado y experiencias de discriminación.

A continuación se describirán los principales resultados obtenidos en cada una de estas áreas. En cada caso los datos se presentan en forma de tabla y, con el propósito de facilitar su lectura, se irán comentando los datos más interesantes de cada una de ellas.

#### **a) Características sociodemográficas.**

Las principales características de la muestra aparecen resumidas en la Tabla 4.4. Como puede observarse, está constituida principalmente por varones, y personas menores de 40 años, sin que haya ningún participante por encima de los 64 años. En cuanto a su lugar de residencia, aunque bastante compensada, en la muestra predominan las personas que residen en los distintos pueblos de la Comunidad de Madrid, frente a los que residen en la capital. En su mayoría viven con los padres y no tienen hijos. El nivel máximo de estudios finalizado alcanza el primer grado en casi el 40% de los casos, y el segundo grado en más de un 46%. Por encima de un 8% de los entrevistados cuentan con estudios universitarios. En cuanto a su situación laboral, predominan aquellos que se encuentran en paro o no trabajan, y quienes tienen una pensión de invalidez permanente. De hecho, entre quienes no trabajan las principales fuentes de ingresos son las pensiones, ya sean contributivas o no contributivas. Sus

ingresos son medios-bajos: para casi un 75% de los participantes están por debajo de los 900 euros mensuales. Es más, un porcentaje importante de los entrevistados (cerca de un 15%) manifiesta no saber cuál es su nivel de ingresos medio. Un 11% de los participantes se encuentran en situación de curatela o tutela patrimonial, y un 16% bajo tutela, si bien la mayoría (59%) no se encuentra en ninguna situación jurídica especial, y un 14% desconoce este dato. Por último, la pertenencia a asociaciones de personas con enfermedad mental es baja, alcanzando a un 28% de los entrevistados.

**Tabla 4.3: Características sociodemográficas de la muestra de personas con enfermedad mental grave y persistente.**

n = 108	
<b>Género (%)</b>	
Varones	68,5
Mujeres	31,5
<b>Edad (%)</b>	
18-39 años	63
40-64 años	37
<b>Edad Media (DT)</b>	36,92 (8,54)
<b>Lugar de residencia (%)</b>	
Madrid capital	42,6
Pueblos de la Comunidad	57,4
<b>Con quién convive (%)</b>	
Solo	9,3
Padres	68,5
Hermanos	8,3
Pareja	4,6
Hijos	0,9
Otros familiares	3,7
Otros	4,6
<b>No tienen hijos (%)</b>	90,5
<b>Nivel estudios (%)</b>	
Sin estudios	5,6
Elementales/Primarios/EGB/	39,8
Bachillerato/Secundaria/BUP/ESO/FP	46,3
Universitarios	8,3
<b>Situación laboral (%)</b>	
En paro o no trabaja	49,1
Estudiante	4,6
Trabajo protegido o supervisado	3,7
Pensión de invalidez permanente	35,2
Otra	7,4
<b>Si no trabaja, procedencia de sus ingresos (%)</b>	
Pensión no contributiva	39,4
Pensión contributiva	23,2
RMI	1,0
Orfandad	7,1
Hijo a cargo	5,1
Otros	15,2
No sabe	9,1
<b>Nivel de ingresos mensuales (%)</b>	

No sabe	14,6
Menos de 300 euros	33,0
300-900 euros	41,7
900-1.500 euros	8,7
1.500-3.000 euros	1,9
<b>Situación jurídica (%)</b>	
Ninguna	59,3
Curatela / Tutela patrimonial	11,1
Tutela	15,7
No sabe	13,9
<b>Pertenencia a asociaciones de personas con enfermedad mental (%)</b>	<b>28</b>

#### b) Características relacionadas con la enfermedad.

Los datos sobre la enfermedad mental de los participantes se recogieron a través de su tutor del centro. Estos datos se obtuvieron para un total de 92 de los 108 participantes en el estudio. Las principales características de la muestra respecto a su enfermedad mental aparecen resumidas en la Tabla 6.4. Como puede verse, el diagnóstico mayoritario entre los participantes fue el de “esquizofrenia u otros trastornos psicóticos” (74%). Entre éstos, la presencia de síntomas tanto positivos como negativos en el último año fue baja, situándose en ambos casos entorno a 2,3 (en una escala de 1 a 5) según la valoración de sus tutores en los centros de referencia. De hecho, el número medio de días psicóticos en el último año (según estimación de los tutores) se sitúa por encima del mes, si bien un porcentaje importante de los pacientes (cerca del 69%) no tuvieron ningún día psicótico en el último año. En la misma línea, la media de días de hospitalización a causa de este problema está en torno a 6, aunque un porcentaje muy alto de los participantes (más del 80%) no ha estado ingresado a causa de su enfermedad mental en el último año. Sin embargo, la cronicidad de los problemas de los pacientes es alta, alcanzando la media más de 13 años, siendo también prolongado el periodo transcurrido desde el inicio del tratamiento (11 años y medio). En cuanto a los tratamientos seguidos, la totalidad de los participantes tenían algún tratamiento farmacológico, siendo también mayoritario el tratamiento en Centros de Rehabilitación Psicosocial, dato este último lógico si se tiene en cuenta que la muestra fue contactada precisamente a través de este tipo de centros. El resto de alternativas (Centro de Rehabilitación Laboral, Centro de Día, Residencias,...) eran utilizadas en mucha menor medida. Finalmente, la valoración media en la Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG) sitúa los síntomas y las dificultades en el funcionamiento social, laboral y académico, en un nivel moderado.

Tabla 4.4 Características de la enfermedad mental de la muestra.

	n = 92
<b>Diagnóstico principal (%)</b>	
Esquizofrenia u otros trastornos psicóticos	73,9
Trastorno de personalidad	10,9
Esquizofrenia + Trast. Personalidad	4,3
Trastorno Bipolar	5,4
Trastorno Obsesivo Compulsivo	3,3
Trastornos Mentales Orgánicos	2,2
<b>Presencia síntomas positivos último año (1-5) Media (DT)</b>	2,28 (1,33)
<b>Presencia síntomas negativos último año (1-5) Media (DT)</b>	2,37 (1,14)
<b>Meses desde inicio de enfermedad Media (DT)</b>	163,28 (83,93)
<b>Meses desde inicio de tratamiento Media (DT)</b>	138,22 (69,60)
<b>Días psicótico en el último año Media (DT) (n = 51)</b>	37,37 (98,48)
<b>Ningún día psicótico en el último año (%) (n = 51)</b>	68,6
<b>Días hospitalizado en el último año Media (DT)</b>	5,81 (18,62)
<b>Ningún día hospitalizado en el último año (%)</b>	80,2
<b>Tipo de tratamiento (%)</b>	
Farmacológico	100
Centro de Rehabilitación Psicosocial	88
Centro de Rehabilitación Laboral	7,6
Centro de Día	6,5
Residencia	8,7
Piso supervisado	3,3
Otro	12
<b>Valoración profesional EEAG Media (DT)</b>	57,5 (14,16)

### c) Funcionamiento Social (SFS).

Las puntuaciones obtenidas en las distintas subescalas del SFS aparecen resumidas en la Tabla 4.5. De acuerdo con el perfil desarrollado por Vázquez-Morejón y Jiménez García-Bóveda (2000) para la versión heteroaplicada de la escala a partir de datos con población española, el nivel de funcionamiento social global de los participantes del estudio sería superior (puntuación total por encima de 106), ubicándose la puntuación total de la escala en un percentil 70. Por áreas, los percentiles indican buenos niveles de funcionamiento en todas ellas. Las mejores puntuaciones se obtienen en el funcionamiento relacionado con el ocio (percentil 80), seguido de la implicación en actividades prosociales (percentil 75) y el empleo (percentil 65). En el resto de las áreas consideradas (esto es, aislamiento/integración social, comunicación interpersonal y autonomía, ya sea en cuanto a ejecución o competencia) los participantes se situaron en un percentil 60.

Tabla 4.5 Perfil de las puntuaciones de la muestra en el SFS (n = 108).

ÁREA	Puntuaciones directas. Media (DT)	Puntuaciones típicas	Percentil
Aislamiento/Integración Social (rango 0-15)	10,36 (2,38)	104	60
Comunicación interpersonal (rango 0-9)	6,68 (1,98)	106	60
Autonomía ejecución (rango 0-39)	25,85 (6,20)	108	60
Autonomía competencia (rango 13-39)	35,27 (3,48)	106	60
Ocio (rango 0-45)	18,33 (5,94)	113	80
Actividades prosociales (rango 0-66)	20,13 (9,75)	110	75
Empleo/Ocupación (rango 0-10)	6,45 (3,15)	107	65
<b>TOTAL*</b>		107,71	70

\* La puntuación total se obtiene a partir de las puntuaciones típicas de cada una de las subescalas y dividiendo el resultado por el número total de escalas (esto es, 7)

Para una mejor consideración de los datos, a continuación se realiza un análisis pormenorizado de los ítems que constituyen cada una de las subescalas.

Por lo que respecta al área de Aislamiento/Integración social (véase Tabla 4.6) se constata que más de la mitad de los participantes se levantan habitualmente antes de las 9 horas entre semana (55%) y la mayoría (84%) antes de las 11 los fines de semana. La mayoría (80%) pasan como máximo 6 horas a lo largo del día solos. También son altos los porcentajes de entrevistados que al menos con cierta frecuencia inician conversaciones en casa (70%) o salen fuera de casa (76%). Finalmente, en cuanto a la reacción ante la presencia de extraños, la más habitual es la aceptación (38%), si bien un 30% de los entrevistados admiten ponerse nerviosos ante ellos, llegando un 19% de los participantes a evitarlos.

**Tabla 4.6 Descriptivos de las puntuaciones de los ítems de la subescala de Aislamiento/Integración social del SFS.**

<b>n = 108</b>	
<b>Hora a la que se levanta habitualmente entre semana (%)</b>	
Antes de las 9	54,6
Entre 9 y 11	39,8
Entre 11 y 1 del mediodía	3,7
Después de la 1	1,9
<b>Hora a la que se levanta habitualmente los fines de semana (%)</b>	
Antes de las 9	28,7
Entre 9 y 11	55,6
Entre 11 y 1 del mediodía	10,2
Después de la 1	5,6
<b>Tiempo que pasa solo a lo largo del día (%)</b>	
0-3 horas / Muy poco tiempo	53,7
3-6 horas / Algún tiempo	25,9
6-9 horas / Bastante tiempo	11,1
9-12 horas / Mucho tiempo	8,3
12 o más horas / Prácticamente todo el tiempo	0,9
<b>Frecuencia con que inicia una conversación en casa (%)</b>	
Casi nunca	8,3
Pocas veces	21,3
Algunas veces	33,3
Frecuentemente	37
<b>Frecuencia con que sale de casa (%)</b>	
Casi nunca	5,6
Pocas veces	18,5
Algunas veces	25
Frecuentemente	50,9
<b>Reacción ante la presencia de extraños (%)</b>	
Los evita	18,7
Se pone nervioso	29,9
Los acepta	38,3
Le agradan	13,1

Por lo que respecta al área de Comunicación Interpersonal (véase Tabla 4.7) los datos indican que los participantes tienen una buena red de amigos contando con más de 6 amigos como media. No obstante, un 18% manifiesta no tener ningún amigo. Es más, el porcentaje de quienes tienen pareja estable es bajo (14%) especialmente si se considera el rango de edad de la muestra. En cuanto a su valoración de la propia capacidad para la comunicación con los demás, en general se sienten capaces de mantener una conversación sensata (84%) y tienden a considerar que tienen cierta facilidad para hablar con la gente (51%), aunque un 23% encuentra dificultades en este punto.

**Tabla 4.7 Descriptivos de las puntuaciones de los ítems de la subescala de Comunicación interpersonal del SFS.**

<b>n = 108</b>	
<b>Número de amigos actuales</b> Media (DT)	6,75 (11,38)
<b>No tiene ningún amigo en la actualidad (%)</b>	17,8
<b>Tiene novio o pareja estable (%)</b>	13,9
<b>Frecuencia con que se siente capaz de mantener una conversación sensata (%)</b>	
Casi nunca	3,7
Pocas veces	12,1
Algunas veces	37,4
Frecuentemente	46,7
<b>Dificultad/Facilidad actual para hablar con la gente (%)</b>	
Mucha facilidad	40,2
Alguna facilidad	11,2
Una cosa media	25,2
Alguna dificultad	20,6
Mucha dificultad	2,8

En la subescala de Autonomía-Ejecución, en la que se evalúa la frecuencia real con la que los participantes han llevado a cabo una serie de actividades durante los últimos tres meses, los datos indican (véase Tabla 4.8) que un alto porcentaje de los entrevistados se ocupaban frecuentemente de su aseo y aspecto personal (asearse y bañarse un 87%; cuidar su apariencia personal un 70%; elegir y comprar su propia ropa un 54%). También es alto el porcentaje de quienes realizan con frecuencia conductas que suponen independencia personal de movimientos y actuación, tales como salir de casa solo (71%), utilizar medios de transporte (68%), manejar dinero (61%), comprar en tiendas (59%) o presupuestar y organizar sus propios gastos (55%). En el otro polo, un 74% de los participantes que no trabajan no han buscado trabajo en ninguna ocasión durante los últimos tres meses. Asimismo, un 58% no ha lavado nunca su propia ropa durante ese período. En cuanto a las actividades más directamente relacionadas con el cuidado del hogar (e.g. fregar cacharros, limpiar, ordenar,...; hacer la compra de la comida; o preparar y cocinar la comida), la distribución de los participantes es más regular, apareciendo personas que llevan a cabo estas tareas con relativa o alta frecuencia, y otras que lo hacen poco o nunca.



**Tabla 4.8 Descriptivos de las puntuaciones de los ítems de la subescala de Autonomía-Ejecución del SFS (n=108).**

Frecuencia en los últimos 3 meses de:	Ninguna vez (%)	Pocas veces (%)	Algunas veces (%)	Frecuent. (%)
Comprar cosas en tiendas (sin ayuda)	5,6	15	20,6	58,9
Fregar cacharros, limpiar, ordenar,...	12,1	17,8	24,3	45,8
Asearse, bañarse,...	---	2,8	10,3	86,9
Lavar su propia ropa	57,9	12,1	6,5	23,4
Buscar un trabajo (n=105)	73,6	10,4	9,4	6,6
Hacer la compra de la comida	24,3	14	21,5	40,2
Preparar y cocinar la comida	39,3	22,4	21,5	16,8
Salir de casa solo	0,9	12,1	15,9	71
Utilizar autobús, tren,...	4,7	7,5	19,6	68,2
Manejar dinero	8,4	12,1	18,7	60,7
Presupuestar y organizar sus gastos	14	15	15,9	55,1
Elegir y comprar su propia ropa	14	9,3	22,4	54,2
Cuidar su apariencia personal	1,9	8,4	19,6	70,1

Quando se analiza no ya si realizan estas actividades, sino si consideran que tiene capacidad para hacerlas, tal y como hace la escala de Autonomía-Competencia, los resultados (véase Tabla 4.9) indican que, en general, se sienten capaces de realizar la mayor parte de actividades, si bien los porcentajes más elevados de participantes que consideran que pueden realizarlas adecuadamente sin problemas corresponden precisamente a aquellas actividades que de hecho realizan con bastante frecuencia (e.g. mantener su higiene personal, 97%; comprar en tiendas, 94%; salir de casa solo, 94%; cuidar su apariencia personal, 91%; utilizar los transportes públicos, 91%; manejar dinero, 80%; elegir y comprar la ropa, 77%; presupuestar y organizar sus gastos, 68%). En el otro polo, las dos actividades que se realizan con menos frecuencia son también las que en un mayor porcentaje de casos los participantes se consideran incapaces de realizar; en concreto, buscar trabajo (para la que un 27% de los entrevistados responden que no pueden hacerlo), y lavar su ropa (un 13%). Por último, hay un tercer grupo de actividades, relacionadas fundamentalmente con tareas de cuidado del hogar que aunque no se realizan con frecuencia en muchos casos, se consideran accesibles, ya que buena parte de los entrevistados dicen que pueden realizarlas adecuadamente sin problemas. Tal es el caso para fregar, ordenar, limpiar,... (Para las que un 80% de los entrevistados responden que pueden hacerlo adecuadamente), hacer la compra semanal (un 72%), y cocinar su propia comida (58%).

**Tabla 4.9 Descriptivos de las puntuaciones de los ítems de la subescala de Autonomía competencia del SFS (n=108).**

Sabe hacer estas cosas:	No puedo (%)	Necesito ayuda (%)	Adecuadamente Sin problemas (%)
Utilizar los transportes públicos	---	9,3	90,7
Manejar dinero	1,9	17,8	80,4
Presupuestar y organizar sus gastos	2,8	29	68,2
Cocinar su propia comida	14	28	57,9
Hacer la compra semanal	5,7	22,6	71,7
Buscar un trabajo	27,4	33	39,6
Lavar su ropa	13,1	19,6	67,3
Mantener su higiene personal	0,9	1,9	97,2
Fregar, ordenar, limpiar,...	3,7	15,9	80,4
Comprar en las tiendas	2,8	2,8	94,4
Salir de casa solo	0,9	4,7	94,4
Elegir y comprar la ropa	3,7	19,6	76,6
Cuidar su apariencia personal	0,9	8,4	90,7

En cuanto a la frecuencia con que han llevado a cabo actividades relacionadas con el Ocio durante los últimos tres meses, los datos (véase Tabla 4.10) señalan que las actividades más frecuentes son escuchar radio o discos (realizada frecuentemente por un 60% de los entrevistados), ver la televisión (por un 54%) y pasear o callejear (por un 50%). En cuanto a aquellas que no han sido realizadas en ninguna ocasión por un alto porcentaje de los participantes, hacen referencia a actividades relacionadas con hobbies o aficiones (e.g. hacer colecciones o jardinería), o que requieren algún tipo de preparación o formación específica (e.g. tocar instrumentos musicales, coser o hacer punto, conducir, reparar cosas, manualidades o bricolaje, o actividades artísticas).

**Tabla 4.10 Descriptivos de las puntuaciones de los ítems de la subescala de Ocio del SFS (n=108).**

Frecuencia en los últimos 3 meses de:	Ninguna vez (%)	Pocas veces (%)	Algunas veces (%)	Frecuent. (%)
Tocar instrumentos musicales	84,3	6,5	5,6	3,7
Coser, hacer punto	75,9	11,1	8,3	4,6
Jardinería	77,8	6,5	9,3	6,5
Leer	18,5	18,5	25	38
Ver la televisión	8,3	15,7	22,2	53,7
Escuchar radio o discos	4,7	9,3	26,2	59,8
Cocinar	33,3	25,9	25,9	14,8
Manualidades, bricolaje,...	55,6	15,7	14,8	13,9
Reparar cosas	56,1	14	17,8	12,1
Pasear, callejear,...	5,6	14	30,8	49,5
Conducir coche/moto o montar en bicicleta	70,1	9,3	11,2	9,3

Nadar	45,4	17,6	22,2	14,8
Hacer colecciones de objetos, monedas,...	61,1	8,3	13,9	16,7
Ir de compras	6,5	15,7	41,7	36,1
Actividades artísticas	52,3	9,3	23,4	15
Otras actividades de ocio	52,8	31,5	15,7	---

Como puede observarse en la

Tabla 4.11, se puede decir que la frecuencia con que los entrevistados han llevado a cabo Actividades prosociales durante los últimos tres meses es en líneas generales baja. Entre las que más realizan se encuentran el ir a bares o pubs (realizada al menos algunas veces por un 62% de los participantes), y visitar a familiares o recibir visitas de ellos (en un 53 y 56%, respectivamente, de los participantes), y en menor medida salir a comer o cenar (46%). En el otro extremo, buena parte de las actividades evaluadas no han sido realizadas en ninguna ocasión por un elevado porcentaje de participantes. Así sucede con la participación en organizaciones culturales o políticas (88%), ir a discotecas (82%), ver deportes de sala (72%), ir a teatro o conciertos (70%), actividades de la iglesia (69%), ir a un club social (68%), ir a conferencias o reuniones (67%), ir a fiestas (66%), ver deportes al aire libre (60%), ir a clases (58%), practicar deportes de sala (58%) o al aire libre (50%)

**Tabla 4.11 Descriptivos de las puntuaciones de los ítems de la subescala de Actividades prosociales del SFS (n=108).**

Frecuencia en los últimos 3 meses de:	Ninguna vez (%)	Pocas veces (%)	Algunas veces (%)	Frecuent. (%)
Ir al cine	35,5	27,1	18,7	18,7
Ir al teatro o conciertos	70,1	14	13,1	2,8
Ver deportes de sala	72	12,1	8,4	7,5
Ver deportes al aire libre	59,8	20,6	13,1	6,5
Ir a galerías de arte o museos	45,8	21,5	20,6	12,1
Ir a exposiciones	44,9	15,9	24,3	15
Visitar lugares de interés	40,2	22,4	23,4	14
Ir a conferencias o reuniones	67	11,3	16	5,7
Ir a clases	57,9	10,3	10,3	21,5
Visitar a familiares en sus casas	23,4	23,4	34,6	18,7
Recibir visitas de familiares	19	24,8	36,2	20
Visitar amigos	39,3	21,5	21,5	17,8
Ir a fiestas	66,4	18,7	6,5	8,4
Asistir a bodas, bautizos u otras reuniones familiares	49,5	20,6	20,6	9,3
Ir a discotecas	82,2	7,5	2,8	7,5
Ir a algún club social	67,9	3,8	7,5	20,8
Practicar deporte de sala	57,9	13,1	14	15
Practicar deporte al aire libre	49,5	15,9	14	20,6

Participar en alguna organización cultural o política	87,7	5,7	2,8	3,8
Ir a bares o pubs	27,1	10,3	32,7	29,9
Salir a comer o cenar	31,1	22,6	34	12,3
Actividades de la iglesia	69,2	10,3	9,3	11,2

Por lo que respecta al Empleo/Ocupación los datos (véase Tabla 4.12) muestran que la situación laboral de los participantes es mala. El porcentaje de quienes tienen un empleo regular es muy bajo (por debajo del 5%); es más, en menos de la mitad de los casos supone un trabajo a tiempo completo. En todos los casos se trata de trabajos poco cualificados y en los que, por lo general, no llevan mucho tiempo. Sin embargo, una buena parte de los participantes (92%) ha trabajado en alguna ocasión en trabajos a tiempo completo, si bien, en general, y aunque la variabilidad es alta, hace ya bastante tiempo que abandonaron ese trabajo (más de 7 años, como media). Su valoración sobre la propia capacidad para trabajar es en general positiva: un 42% se creen capaces de hacerlo, y un 40% considera que tendría alguna dificultad; sólo un 18% declara que no sería capaz. En cuanto a la búsqueda de trabajo entre quienes no tienen un empleo, la frecuencia con que lo hacen es baja manifestando un 64% de los entrevistados que no lo hacen casi nunca. Este dato corrobora lo ya visto en las subescalas de Autonomía. Por último, los porcentajes de participantes con reconocimientos de incapacidad laboral y de minusvalía son elevados (71 y 94%, respectivamente), mientras que los de quienes son estudiantes o amas de casa son bajos (15 y 27%, respectivamente), aunque más de la mitad (55%) participan en cursos de formación o rehabilitación.

**Tabla 4.12 Descriptivos de las puntuaciones de los ítems de la subescala de Empleo/Ocupación del SFS.**

	n = 108
<b>Tiene empleo regular (%)</b>	4,6
<b>Tipo de trabajo (%) (n = 5)</b>	
Limpieza	2,8
Mantenimiento	0,9
Recados	0,9
<b>Horas de trabajo al día (%) (n = 5)</b>	
3 horas	0,9
4 horas	1,9
8 horas	1,9
<b>Meses que lleva en ese trabajo Media (DT) Rango (n = 5)</b>	25,60 (22,86) 2–60
<b>Trabajó en alguna ocasión (%)</b>	91,8
<b>Meses desde que estuvo empleado por última vez Media (DT)</b>	93,16 (72,18)

Rango (n = 89)	1–312
<b>Horas de trabajo al día</b> Media (DT) (n = 89)	8,37 (2,14)
<b>Cree que es capaz de realizar algún tipo de trabajo (%)</b>	
Seguro que sí	42
Tendría dificultades	40
Seguro que no	18
<b>Frecuencia con la que intenta buscar trabajo (%) (n = 103)</b>	
Casi nunca	64,3
Pocas veces	18,4
Algunas veces	10,2
Frecuentemente	7,1
<b>Reconocimiento incapacitación laboral (%)</b>	71,3
<b>Reconocimiento oficial de minusvalía (%)</b>	93,6
<b>Es estudiante (%)</b>	14,9
<b>Es ama de casa (%)</b>	26,6
<b>Participa en cursos de formación laboral o rehabilitación (%)</b>	54,7

Los datos de las preguntas complementarias del SFS (véase Tabla 4.13) indican una buena adherencia de los pacientes al *tratamiento farmacológico* (un 86% de los participantes toma siempre la medicación sin problemas y un 69% indica que no es necesario recordarle que tome la medicación).

Por lo que respecta a la *relación con la familia*, un 70% de los entrevistados la considera buena o muy buena, un 85% dice tener tensiones con la familia algunas veces o nunca, un 88% no se siente criticado por la familia (nunca o algunas veces), y un 63% no se considera excesivamente protegido por la familia (nunca o algunas veces).

Finalmente, respecto a la *información sobre su enfermedad*, un 78% de los entrevistados conoce el diagnóstico de su enfermedad. Pero un 4% admite directamente que no lo sabe. En cuanto a las causas a las que atribuyen ésta, las más frecuentes son el estrés y los acontecimientos vitales (23%), el consumo de sustancias (14%) y otros factores psicológicos (12%). Hay que destacar que un 14% de los entrevistados declararon desconocer la causa de su enfermedad. Respecto a la información sobre su enfermedad, un 43% de los entrevistados decían tener bastante o mucha información; no obstante, más de un 25% valora negativamente la información recibida, considerando que tiene ninguna o muy poca información sobre su enfermedad.

**Tabla 4.13 Descriptivos de las puntuaciones de los ítems de las preguntas complementarias del SFS.**

	n = 108
<b>La medicación que tiene indicada... (%)</b>	
La toma siempre sin poner problemas	86
Pone pegos pero la toma habitualmente	9,3
Algunas veces se niega a tomarla	0,9
Muchas veces no la toma	3,7
<b>Es necesario recordarle que tome la medicación (%)</b>	
Nunca	69,2
Algunas veces	25,2
Bastantes veces	0,9
Casi siempre	4,7
<b>La relación con su familia es... (%)</b>	
Muy buena	38,3
Buena	31,8
Regular	20,6
Mala	4,7
Muy mala	4,7
<b>Frecuencia con la que tiene tensiones con su familia (%)</b>	
Nunca	29
Algunas veces	56,1
Bastantes veces	9,3
Casi siempre	5,6
<b>Se siente criticado por algún familiar (%)</b>	
Nunca	47,2
Algunas veces	40,6
Bastantes veces	6,6
Casi siempre	5,7
<b>Se siente excesivamente protegido por su familia (%)</b>	
Nunca	31,8
Algunas veces	30,8
Bastantes veces	21,5
Casi siempre	15,9
<b>Conoce el nombre de su enfermedad mental (%)</b>	78,3
<b>A qué se debe su enfermedad (%)</b>	
Hereditario	7,7
Suceso vital negativo	10,6
Estrés	12,5
Consumo de sustancias	13,5
Dificultades relación con gente	3,8
Problemas familiares	5,8
Dificultades infancia	5,8
Cúmulo de circunstancias	4,8
Predisposición + Circunstancias vitales	3,8
Otros factores orgánicos	5,8
Otros factores psicológicos	11,5
Otros factores sociales	1
No sabe	13,5
<b>Ha recibido información sobre la enfermedad (%)</b>	
Nada	12,3
Muy poca	13,2
Algo	31,1
Bastante	33
Mucha	10,4

**d) Escala de evaluación de la recuperación (RAS).**

Las puntuaciones del *RAS* (véase Tabla 4.14) indican que los participantes en el estudio muestran un grado de recuperación medio-alto, lo que parece indicar que

tienen una buena capacidad para vivir una vida satisfactoria dentro de las limitaciones de su propia enfermedad. Todas las puntuaciones se sitúan entre 3,01 y 4,42, alcanzando un valor medio total de 3,66. Las puntuaciones más altas (i.e. nueve ítems con puntuaciones por encima de 4) se refieren a la posibilidad de mejorar, progresar, conseguir objetivos, divertirse y utilizar los recursos tanto sociales como personales para tener una buena calidad de vida. Los ítems con puntuaciones más bajas (12 ítems con puntuaciones entre 3 y 3,5) hacen referencia a la capacidad de afrontamiento de la propia enfermedad y los síntomas, y a las limitaciones que ambos suponen.

**Tabla 4.14 Medias y desviaciones típicas de las puntuaciones para cada ítem de la Escala de evaluación de la recuperación (RAS) (n = 108).**

Ítems (rango 1-5)	Media (DT)
1. Tengo deseos de triunfar	3,60 (1,15)
2. Tengo mi propio plan para mantenerme bien o llegar a estar bien	3,75 (1,04)
3. Tengo objetivos en mi vida que quiero alcanzar	4,02 (0,92)
4. Creo que puedo alcanzar mis metas personales actuales	3,42 (1,09)
5. Tengo un propósito en la vida	3,88 (1,05)
6. Incluso cuando no me preocupo de mi mismo otras personas lo hacen	3,70 (1,14)
7. Sé cómo controlar los síntomas de mi enfermedad mental	3,28 (1,17)
8. Podré afrontarlo si enfermo de nuevo	3,34 (1,20)
9. Puedo identificar lo que desencadena los síntomas de mi enfermedad mental	3,39 (1,23)
10. Yo mismo puedo ayudarme a mejorar	4,03 (0,74)
11. El miedo no me impide vivir del modo que quiero	3,12 (1,29)
12. Sé que hay servicios de salud mental que me ayudan	4,31 (0,66)
13. Hay cosas que puedo hacer que me ayudan a manejar los síntomas no deseados	3,78 (1,00)
14. Puedo afrontar lo que ocurre en mi vida	3,70 (0,91)
15. Me gusto a mi mismo	3,40 (1,22)
16. Si la gente me conociera bien les gustaría	3,84 (0,90)
17. Soy mejor persona que antes de desarrollar mi enfermedad mental	3,27 (1,25)
18. Aunque mis síntomas pueden empeorar sé que puedo afrontarlo	3,61 (1,07)
19. Si sigo intentándolo seguiré mejorando	4,04 (0,75)
20. Tengo una idea de quién quiero llegar a ser	3,61 (1,04)
21. Las cosas ocurren por una razón	3,86 (0,98)
22. Algo bueno pasará al final	3,72 (0,88)
23. Soy la persona más responsable de mi propia mejoría	3,83 (0,99)
24. Estoy esperanzado acerca de mi futuro	3,62 (1,01)
25. Sigo teniendo nuevos intereses	3,80 (0,86)
26. Es importante divertirse	4,17 (0,73)
27. Hacer frente a mi enfermedad mental ya no es el centro principal de mi vida	3,01 (1,27)
28. Mis síntomas interfieren cada vez menos en mi vida	3,40 (1,18)
29. Mis síntomas parece ser un problema durante períodos de tiempo cada vez más breves	3,41 (1,20)
30. Sé cuándo pedir ayuda	3,82 (1,00)
31. No me cuesta pedir ayuda	3,54 (1,22)
32. Pido ayuda cuando lo necesito	3,76 (1,10)
33. Ser capaz de trabajar es importante para mí	4,04 (0,96)
34. Sé lo que me ayuda a mejorar	3,78 (0,95)
35. Puedo aprender de mis errores	4,15 (0,67)
36. Puedo manejar el estrés	3,07 (1,18)

37. Tengo personas con las que puedo contar	4,16 (0,75)
38. Puedo identificar los primeros signos de advertencia de la enfermedad	3,47 (1,20)
39. Incluso cuando no creo en mí mismo, otros lo hacen	3,74 (1,00)
40. Es importante tener una gran variedad de amigos	3,94 (1,07)
41. Es importante tener hábitos saludables	4,42 (0,58)
<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>	<b>3,66 (0,51)</b>

#### **e) Cuestionario de Atribución (AQ-27).**

Cuando se evalúan las actitudes, afectos, conductas,... relacionadas con una persona hipotética que padece enfermedad mental, a la que se ha descrito de una manera neutra, las puntuaciones del AQ-27 (véase Tabla 4.15) son en general medias-bajas, salvo para los factores que hacen referencia a la piedad suscitada por quienes padecen una enfermedad mental, y especialmente para los factores que aluden a la disposición a prestarles ayuda o a coaccionarles para que sigan un tratamiento, en los que las puntuaciones son medias-altas. Así, se constata que las puntuaciones más altas (por encima del valor intermedio) se obtienen en aquellos factores que hacen referencia a la empatía hacia la persona con enfermedad mental (piedad), y, sobre todo, la posibilidad de prestarle ayuda y de coaccionarle para que siga un determinado tratamiento. En el otro extremo, las puntuaciones más bajas hacen referencia: a los prejuicios o reacciones emocionales suscitadas por las personas con enfermedad mental (ira y miedo); a los estereotipos habitualmente asociados a la enfermedad mental (en concreto, peligrosidad, y, en mayor medida, responsabilidad sobre la enfermedad); y a la discriminación sobre los que padecen una enfermedad mental (manifestada mediante segregación y evitación). De hecho, el ítem con una puntuación más baja es el que hace referencia a la culpa de la persona con enfermedad mental sobre su situación (ítem 10: media = 1,89), mientras que el que alcanza la puntuación más alta alude a la exigencia a la persona con enfermedad mental para que tome su medicación (ítem 5: media 8,19).



Tabla 4.15 Medias y desviaciones típicas de las puntuaciones para cada ítem y cada factor del AQ-27 en la muestra de personas con enfermedad mental grave y persistente (n = 108).

Factores (rango 3-27) / Items (rango 1-9)	Media (DT)
<b>FACTOR 1: RESPONSABILIDAD SOBRE LA ENFERMEDAD MENTAL</b>	11,18 (4,73)
10. Pensar que es su culpa	1,89 (1,72)
11. Ser controlable la causa de su situación	5,50 (2,74)
23. Responsabilidad sobre su situación actual	3,85 (2,85)
<b>FACTOR 2: PIEDAD</b>	18,51 (4,96)
9. Sentir pena	4,54 (3,17)
22. Comprensión	7,31 (2,09)
27. Grado de preocupación	6,67 (2,24)
<b>FACTOR 3: IRA</b>	7,78 (4,37)
1. Sentirse violentado	2,69 (1,99)
4. Sentirse enfadado	2,19 (1,80)
12. Sentirse irritado	2,93 (2,22)
<b>FACTOR 4: PELIGROSIDAD</b>	8,68 (4,67)
2. Sentirse inseguro	2,88 (2,21)
13. Considerarlo peligroso	3,62 (2,26)
18. Sentirse amenazado	2,22 (1,85)
<b>FACTOR 5: MIEDO</b>	7,63 (5,14)
3. Aterrorizado	2,17 (1,93)
19. Asustarse	2,84 (2,46)
24. Grado en que le aterroriza	2,62 (2,16)
<b>FACTOR 6: AYUDA</b>	21,68 (5,07)
8. Dispuesto a hablar con él sobre su problema	7,60 (2,10)
20. Probabilidad de ayudarlo	7,50 (1,98)
21. Certeza de ayudarlo	6,64 (2,57)
<b>FACTOR 7: COACCIÓN</b>	20,53 (4,72)
5. Exigirle que tome la medicación	8,19 (1,70)
14. Debe ser obligado a ponerse en tratamiento médico	7,55 (2,24)
25. Si estuviera a cargo de su tratamiento, obligarle a vivir en piso supervisado	4,79 (3,12)
<b>FACTOR 8: SEGREGACIÓN</b>	9,47 (5,76)
6. Supone un riesgo si no se le hospitaliza	3,93 (2,68)
15. Mejor recluirlo en un hospital psiquiátrico	2,69 (2,27)
17. El hospital psiquiátrico es el mejor lugar para él	2,91 (2,35)
<b>FACTOR 9: EVITACIÓN</b>	11,05 (6,76)
7. Si fuera empresario, lo entrevistaría para un trabajo *	3,40 (2,79)
16. Compartiría coche para ir a trabajar *	3,98 (3,16)
26. Si fuera propietario, le alquilaría un piso *	3,77 (2,92)

\* Ítems cuyas puntuaciones se invierten. Las puntuaciones que se presentan son una vez invertidos (de tal modo que, a mayor puntuación en el ítem, mayor evitación de la personas con enfermedad mental).

Para obtener una información más pormenorizada, se calculó el porcentaje de participantes que se mostraba de acuerdo con cada una de las afirmaciones recogidas

en el cuestionario (véase Tabla 4.16), considerando como tal las puntuaciones entre 7 y 9 (1 y 3 para los ítems inversos). La mayoría de los participantes muestran una actitud de ayuda hacia las personas con enfermedad mental, ya sea mostrándose dispuestos a hablar con ellas acerca de su problema (76%), considerando probable el ayudarlas (70%) o creyendo con certeza que las ayudarían (58%). Así mismo son mayoritarios los porcentajes de entrevistados que se muestran dispuestos a coaccionarlas para seguir su tratamiento, bien exigiéndolas que tomen la medicación (87%) u obligándolas a ponerse en tratamiento médico (75%), si bien los porcentajes descienden considerablemente cuando se trata de un tratamiento social como es vivir en un piso supervisado (40%). También son elevados los porcentajes de quienes manifiestan comprensión (69%) y preocupación (58%) por la persona con enfermedad mental, siendo menores los de quienes sienten pena por ella (33%). En el otro extremo, resulta minoritario (por debajo del 10%) el número de participantes que se muestran de acuerdo con los ítems que hacen referencia a las aparición de reacciones de embarazo, enfado o irritación ante la persona con enfermedad mental (5, 4 y 8%, respectivamente), o a las de terror y temor (5 y 7%). Asimismo son pocos quienes consideran que la persona con enfermedad mental debería estar recluida en un hospital psiquiátrico, ya sea para el bien de la comunidad (7%) o para el suyo propio (8%), aunque casi un 20% manifiestan que creen que la persona con enfermedad mental supone un riesgo para sus vecinos si no se le hospitaliza. Finalmente, hay que destacar que tan sólo un 2% de los entrevistados piensan que es culpa de la persona con enfermedad mental encontrarse en su situación, si bien los porcentajes se elevan notablemente cuando se considera el control personal sobre la causa de su situación actual (39%) o la responsabilidad sobre la situación actual (23%), lo que parece apuntar que entre los participantes es más probable atribuir responsabilidades a la persona con enfermedad mental sobre su situación y evolución actual que sobre el origen de la misma.

**Tabla 4.16 Porcentaje de participantes del grupo de personas con enfermedad mental grave y persistente que muestran su acuerdo con cada uno de los ítems del AQ-27 (n = 108).**

Item	%
<b>RESPONSABILIDAD SOBRE LA ENFERMEDAD</b>	
10. Pensaría que es culpa de la persona con enfermedad mental que se encuentre en su situación actual	1,9
11. Control personal sobre la causa de la situación actual de la persona con enfermedad mental	39,3
23. El enfermo mental es responsable de su situación actual	23,1
<b>PIEDAD</b>	
9. Sentiría pena por la persona con enfermedad mental	33,3
22. Comprende a la persona con enfermedad mental	69,4
27. Sentiría preocupación por la persona con enfermedad mental	58,4
<b>IRA</b>	
1. Se sentiría violentado a causa de la persona con enfermedad mental	4,7
4. Se sentiría enfadado con la persona con enfermedad mental	3,7
12. Se sentiría irritado por la persona con enfermedad mental	8,3
<b>PELIGROSIDAD</b>	
2. Se sentiría inseguro cerca de la persona con enfermedad mental	10,2
13. Considera que la persona con enfermedad mental es peligroso	10,3
18. Se sentiría amenazado por la persona con enfermedad mental	1,9
<b>MIEDO</b>	
3. El enfermo mental le aterrará	4,6
19. Le asustaría la persona con enfermedad mental	12
24. Le aterrorizaría la persona con enfermedad mental	7,4
<b>AYUDA</b>	
8. Disposición a hablar con la persona con enfermedad mental acerca de su problema	75,9
20. Es probable que ayudara a la persona con enfermedad mental	70,4
21. Cree con certeza que ayudaría a la persona con enfermedad mental	57,9
<b>COACCIÓN</b>	
5. Si estuviera a cargo de su tratamiento, exigiría a la persona con enfermedad mental que tomara su medicación	87,0
14. Considera que la persona con enfermedad mental debe ser obligado a ponerse en tratamiento médico incluso si no quiere	75,0
25. Si estuviera a cargo de su tratamiento, obligaría a la persona con enfermedad mental a vivir en un piso supervisado	39,8
<b>SEGREGACIÓN</b>	
6. Creencia de que la persona con enfermedad mental supone un riesgo para sus vecinos si no se le hospitaliza	19,6
15. Creencia de que sería mejor para la comunidad de la persona con enfermedad mental que lo recluyeran en un hospital psiquiátrico	7,4
17. Creencia de que un hospital psiquiátrico, donde la persona con enfermedad mental puede mantenerse alejado de sus vecinos, es el mejor lugar para él	8,4
<b>EVITACIÓN</b>	
7. Si fuera empresario no entrevistaría a la persona con enfermedad mental para un trabajo	18,7
16. No compartiría el coche con una persona con enfermedad mental para ir al trabajo cada día	26,4
26. Si fuera propietario, probablemente no alquilaría un apartamento a la persona con enfermedad mental	20,4

**f) Cuestionario de Estigma Internalizado (ISMI).**

En la Tabla 4.17 se presentan los resultados del cuestionario de estigma internalizado o autoestigma, que evalúa el impacto del estigma social sobre la experiencia de la vida cotidiana de quienes padecen una enfermedad mental. Los datos indican que, en general, el estigma internalizado alcanza un nivel medio-bajo en la muestra, tanto si se consideran los distintos ítems, como los factores o la puntuación total.

Las puntuaciones de los ítems son similares a los obtenidos por Ritsher et al. (2003) en el estudio original de la escala, en el que todos los valores oscilan entre 1,8 y 2,7. En ese estudio los principales elementos de estigma internalizado (puntuaciones por encima de 2,5) son: no hablar mucho para no cargar a los demás (ítem 19), sentirse fuera de lugar en el mundo (ítem 1), sentir su vida arruinada (ítem 2), la gente me discrimina (ítem 14), los demás piensan que no puedo conseguir mucho (ítem 15), no tener tantas relaciones como solía por poder comportarse de forma extraña (ítem 20), y sentirse a gusto siendo visto con una persona con enfermedad mental evidente (ítem 25, inverso). En el otro extremo, las puntuaciones más bajas (que indican por tanto una menor internalización del estigma), y que están por debajo de 2,0 corresponden en el trabajo de Ritsher et al. (2003) a los siguientes ítems: la gente con enfermedad mental no debería casarse (ítem 12) y no puede contribuir en nada a la sociedad (ítem 13).

En el presente estudio los valores oscilan entre 1,65 y 2,59, siendo el principal elemento de estigma internalizado (puntuación por encima de 2,5): la gente sin enfermedad mental no podría entenderme (ítem 3). Las puntuaciones más bajas y por tanto indicadoras de menor internalización del estigma son (puntuaciones por debajo de 2,0): sentirse avergonzado (ítem 4), se puede decir que tengo una enfermedad mental por mi aspecto (ítem 8), estereotipo de violencia (ítem 9), la gente con enfermedad mental no debería casarse (ítem 12), la gente con enfermedad mental no puede contribuir en nada a la sociedad (ítem 13), mantenerse al margen de situaciones sociales para proteger a familia y amigos de la vergüenza (ítem 22), sentirse fuera de lugar o inadecuado al estar con gente sin enfermedad mental (ítem 23), evitar relacionarse con gente sin enfermedad mental para evitar el rechazo (ítem 24), y poder tener una vida buen y satisfactoria (ítem 27, inverso).

Considerando los factores, las puntuaciones más bajas se obtienen en la asignación de estereotipos (media = 1,88), mientras que los más elevados son los correspondientes a experiencia de discriminación (media = 2,29).

En consecuencia, y de un modo muy general, parece que las puntuaciones de autoestigma del presente estudio son en todos los casos medias-bajas, e inferiores a las obtenidas por los autores del *ISMI* en el estudio original de la escala en el que se utilizó una muestra de pacientes externos de servicios de salud mental de California (Estados Unidos)<sup>3</sup>.

Tabla 4.17. Medias y desviaciones típicas de las puntuaciones para cada ítem y cada factor del *ISMI*.

Ítems (rango 1-4)	Media (DT)
<b>FACTOR 1: ALIENACIÓN</b>	2,22 (4,70)
1. Sentirse fuera de lugar en el mundo	2,32 (0,99)
2. Vida arruinada	2,47 (1,06)
3. La gente sin enfermedad mental no podría entenderme	2,59 (1,00)
4. Sentirse avergonzado	1,87 (1,04)
5. Sentirse decepcionado conmigo mismo	2,08 (1,11)
6. Sentirse inferior	2,12 (1,08)
<b>FACTOR 2: ASIGNACIÓN DE ESTEREOTIPOS</b>	1,88 (4,30)
7. Los estereotipos sobre enfermedad mental se refieren a mí	2,11 (1,07)
8. Se puede decir que tengo enfermedad mental por mi aspecto	1,74 (0,90)
9. Violencia	1,85 (0,90)
10. Otros han de tomar decisiones por mí	2,08 (0,98)
11. Imposibilidad vivir una vida buena y satisfactoria	2,20 (1,05)
12. No debería casarse	1,68 (0,90)
13. No poder contribuir en nada a la sociedad	1,65 (0,87)
<b>FACTOR 3: EXPERIENCIA DE DISCRIMINACIÓN</b>	2,29 (4,03)
14. La gente me discrimina	2,36 (1,05)
15. Los demás piensan que no puedo conseguir mucho	2,44 (1,07)
16. La gente me ignora o me toma menos en serio	2,43 (1,05)
17. La gente es condescendiente conmigo o me trata como a un niño	2,20 (1,01)
18. Nadie estaría interesado en intimar conmigo	2,06 (0,95)
<b>FACTOR 4: AISLAMIENTO SOCIAL</b>	2,16 (4,02)
19. No hablo mucho para no cargar a los demás	2,06 (0,95)
20. No tengo tantas relaciones como solía porque podría comportarme de forma extraña	2,44 (1,02)
21. Los estereotipos me mantienen aislado del mundo "normal"	2,27 (1,00)
22. Me mantengo al margen de situaciones sociales para proteger a familia y amigos de la vergüenza	1,80 (0,89)
23. Estar con gente sin enfermedad mental me hace sentir fuera de lugar o inadecuado	1,98 (0,99)
24. Evito relacionarme con gente sin enfermedad mental para evitar el rechazo	1,98 (0,99)
<b>FACTOR 5: RESISTENCIA AL ESTIGMA *</b>	2,17 (2,96)
25. <i>Me siento a gusto siendo visto con una persona con enfermedad mental evidente *</i>	2,32 (1,00)
26. <i>Soy capaz de vivir la vida del modo que quiero *</i>	2,29 (1,00)
27. <i>Puedo tener una vida buena, satisfactoria *</i>	1,95 (0,85)
28. <i>Las personas con enfermedad mental hacen importantes contribuciones a la sociedad *</i>	2,14 (0,88)
29. <i>Vivir con enfermedad mental me ha hecho un superviviente fuerte *</i>	2,24 (0,97)
<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>	<b>2,13 (15,59)</b>

\* *Ítems cuyas puntuaciones se invierten. Las puntuaciones que se presentan son una vez invertidos (de tal modo que, a mayor puntuación en el ítem y en la escala, menor resistencia al estigma).*

<sup>3</sup> La constitución de la muestra del estudio de Ritsher et al. (2003) es diferente a la del trabajo actual, incluyendo un porcentaje mayor de varones (93,6%), una mayor edad (con una media de 49,5 años), y un mayor grado de cronificación del problema (más de 23 años como media desde la aparición de la enfermedad mental).

**Experiencias de discriminación.**

Al valorar las experiencias directas de discriminación (véase Tabla 4.18) un 24% de los entrevistados manifiestan no haberla sufrido en ninguna de las once áreas de funcionamiento consideradas. La media de áreas en las que han sufrido discriminación está en torno a 2,5, siendo las más frecuentes el área laboral (44%) y las relaciones con amigos (43%), seguidas de las relaciones familiares o de pareja (37%)<sup>4</sup>, y las relaciones con los vecinos (32%). En el otro extremo, las áreas en las que las experiencias de discriminación han sido menos frecuentes, tienen que ver con servicios e instituciones formalizadas, tales como servicios sociales (9%), vivienda (11%)<sup>5</sup>, lugares de ocio (11%), transportes (12%) y área sanitaria (15%). Es de destacar que un 19% de los entrevistados dice haber experimentado discriminación en su relación con otras personas con enfermedad mental.

**Tabla 4.18 Experiencias directas de discriminación (n = 108).**

	n = 108
<b>Número medio de áreas en las que han tenido experiencias directas de discriminación (0-11) Media (DT)</b>	2,52 (2,38)
<b>Porcentaje de personas sin ninguna experiencia directa de discriminación</b>	24,3
<b>Experiencia directa de discriminación en: (%)</b>	
Área laboral	44,2
Vida académica	20,8
Familia o pareja	37,4
Área sanitaria	15
Lugares de ocio	11,2
Servicios sociales	9,3
Transportes	12,1
Vivienda	10,6
Amigos	43
Comunidad de vecinos	32,1
Otras personas con enfermedad mental	19,4

<sup>4</sup> Al poner en relación este dato con los obtenidos en el SFS podría pensarse que estas dificultades hacen referencia especialmente a las relaciones de pareja, ya que buena parte de los entrevistados considera que las relaciones con su familia son satisfactorias.

<sup>5</sup> Este dato podría relacionarse con el hecho de que solo una minoría de los participantes vive de manera independiente, siendo lo más habitual vivir con algún familiar, por lo que la falta de experiencias de discriminación en este ámbito podría indicar que no han intentado en muchos casos vivir solos.

#### **4.2.4. Conclusiones del estudio cuantitativo.**

La muestra, que incluyó 108 participantes, estuvo constituida mayoritariamente por varones, jóvenes (menos de 40 años), que vivían con sus padres, con un nivel de estudios medio (primer o segundo grado). La mayoría no trabajaba y sus ingresos, que alcanzan un nivel medio-bajo, proceden principalmente de pensiones.

El diagnóstico mayoritario fue el de esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, con una presencia de síntomas, tanto positivos como negativos, baja en el último año, y con un alto grado de cronicidad (por encima de los 13 años de media). Todos los participantes seguían un tratamiento médico, y una mayoría también estaban recibiendo atención en un Centro de Rehabilitación Psicosocial de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid.

Su nivel de funcionamiento global puede considerarse bueno, especialmente en las áreas relacionadas con el ocio y las actividades prosociales. Los principales problemas se detectan en el bajo porcentaje de personas con pareja estable (14%) y en el empleo, ya que sólo 5 de los participantes trabajan y, entre aquellas personas que no tienen trabajo, una mayoría manifiesta no hacer ningún tipo de intento para buscarlo.

Más específicamente, un alto porcentaje de participantes se ocupa de su cuidado y aseo personal, y también lleva a cabo conductas de independencia personal de movimientos y actuación. Son poco habituales en cambio las conductas de cuidado del hogar y la realización de tareas domésticas. Entre las actividades de ocio más frecuentes se encuentran escuchar la radio o discos, ver la televisión y pasear, siendo poco frecuentes en cambio actividades relacionadas con hobbies o aficiones o que requieren algún tipo de preparación específica. En cuanto a relaciones con otras personas, lo más habitual es que tengan lugar al ir a pubs, bares o restaurantes, o bien haciendo o recibiendo visitas de sus familiares. Sin embargo, su nivel de participación en organizaciones, asociaciones o clubes (incluso en aquellas relacionadas con la enfermedad mental) es bajo. En general no trabajan, y cuando lo hacen es a tiempo parcial y en empleos no cualificados. Sin embargo, la mayoría de los entrevistados ha trabajado con anterioridad a tiempo completo, si bien suele hacer bastante tiempo (más de 7 años como media) que abandonaron el trabajo. No obstante su valoración sobre su propia capacidad para trabajar es en general positiva, lo que contrasta con el hecho de que no busquen trabajo y con el alto porcentaje de personas que tiene reconocimiento de incapacitación laboral o de minusvalía. Es bastante frecuente en cambio la participación en cursos de formación y rehabilitación

(más de la mitad de los entrevistados). Así mismo muestran una buena adherencia al tratamiento farmacológico y buena relación con la familia. Sin embargo, su nivel de información sobre su enfermedad alcanza tan sólo un nivel intermedio.

El grado de recuperación es bueno, lo que indica que tienen una buena capacidad para vivir una vida satisfactoria dentro de las limitaciones de su propia enfermedad.

Sus atribuciones de estigma sobre personas con enfermedad mental responden poco a estereotipos (tales como el de responsabilidad sobre la enfermedad -especialmente sobre el origen del problema- o el de peligrosidad), y tampoco a la presencia de reacciones de miedo o ira, ni a la discriminación de la persona con enfermedad mental (especialmente a la necesidad de segregación, ya sea para el bien de la comunidad o de la propia persona con enfermedad mental). Sí responden en cambio a lo que tiene que ver con la posibilidad de empatizar o de experimentar piedad hacia ellos, al mismo tiempo que muestran su disposición a prestarles ayuda, recurriendo incluso a la coacción para que sigan un tratamiento, especialmente por lo que respecta al tratamiento médico.

El estigma internalizado o autoestigma alcanza un nivel medio-bajo. Por áreas, el mayor autoestigma deriva de las experiencias de discriminación, siendo baja en cambio la asignación de estereotipos.

En cuanto a las experiencias directas de discriminación, una mayoría de los participantes se ha sentido discriminado por padecer una enfermedad mental en, al menos, algún área de su vida. Las áreas en las que la discriminación aparece con más frecuencia son el área laboral (lo que está en consonancia con los problemas constatados en el funcionamiento en este campo), en las relaciones con amigos, en las relaciones con la familia o pareja (las cuales, teniendo en cuenta que en general se sienten satisfechos con su relación con la familia y que, en cambio, hay pocos que tienen pareja parecen indicar más bien problemas en este segundo aspecto), y en la comunidad de vecinos. Alternativamente son menores en servicios e instituciones formalizados (sanidad, servicios sociales, transporte,...). Es de destacar, no obstante, que un 19% de los entrevistados dice haber experimentado discriminación en sus relaciones con otras personas con enfermedad mental.



### **4.3. DISCUSIÓN**

---

En el estudio de incidencia del estigma sobre las personas que padecen una enfermedad mental grave y persistente participaron 121 personas (108 en el estudio cuantitativo y 13 en el cualitativo). La muestra seleccionada en ambos casos estaba compuesta por personas con unos niveles de funcionamiento global y autonomía personal buenos. De hecho, el buen nivel de funcionamiento fue uno de los criterios fundamentales para su participación en el estudio. En su mayoría habían recibido un diagnóstico de esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y participaban en algún tipo de programa de rehabilitación psicosocial. Además la mayoría de los participantes seguían un tratamiento farmacológico para su trastorno. La presencia de síntomas durante el último año fue, en general baja, si bien presentaban un alto grado de cronicidad en su trastorno.

A pesar de su buen funcionamiento general, tanto en el estudio cualitativo como en el cuantitativo los participantes ponen de manifiesto sus dificultades en el ámbito laboral. En concreto, indican que tienen dificultades para encontrar un trabajo ordinario, y para encontrar empleo por sus propios medios, sin el apoyo o ayuda de las instituciones, al mismo tiempo que reconocen sus propias limitaciones para desempeñar ciertos tipos de trabajo. Consideran que éste es el factor más incapacitante dentro de su enfermedad, ya que en muchos casos tan sólo les queda la opción del empleo protegido, el cual, aun siendo una posibilidad, no les permite alcanzar autonomía e independencia, debido a su baja remuneración.

Desde su punto de vista, la población, en general, tiene un gran desconocimiento de la enfermedad mental, que les lleva a generar una serie de estereotipos, desconocimiento que consideran se ve alentado en muchas ocasiones por el tratamiento que se da en los medios de comunicación a este tema. Entre esos estereotipos señalan el de peligrosidad (que consideran exagerado en la mayoría de los casos), el de incompetencia y falta de competitividad, y todos aquellos que relacionan la enfermedad mental con creatividad, capacidad artística e inteligencia. En su opinión, todos estos estereotipos tienen efectos claramente nocivos, que se ponen de manifiesto en reacciones de rechazo, dificultades para encontrar un empleo, e incompreensión.

Por su parte, y según el análisis cuantitativo, las personas que padecen una enfermedad mental parecen tener pocas atribuciones de estigma. Las actitudes estigmatizadoras se centran en aspectos como la empatía y los sentimientos de

piedad hacia las personas con enfermedad mental, y la predisposición a ayudarles o incluso coaccionarles para que sigan un tratamiento. Presentan en cambio pocos estereotipos de responsabilidad sobre la enfermedad o peligrosidad, y escasas reacciones de miedo o ira. No obstante, cabe reseñar que en el estudio cualitativo surgieron en algunos casos comentarios relacionados con el estereotipo de peligrosidad ya que, si bien en su mayoría los participantes consideraban que el concepto de peligrosidad asociado a la enfermedad mental resulta exagerado en general, se señaló que podría estar justificado en algunas ocasiones.

En cuanto al estigma internalizado o autoestigma, aparece en los participantes del estudio. No obstante, conviene matizar cómo se concreta ese estigma, ya que la asignación de estereotipos es en general baja (y en todo caso referida al estereotipo de incapacidad, lo que se relacionaría a su vez con las dificultades laborales anteriormente señaladas), concentrándose el autoestigma en la anticipación del rechazo, esto es, los participantes creen que los demás les devaluarán y discriminarán por padecer un trastorno mental. Esa anticipación del rechazo les lleva, por un lado al aislamiento, y, por otro, al ocultamiento de su problema. El aislamiento se pone claramente de manifiesto en las dificultades que muestran a la hora de establecer relaciones de amistad y de pareja. Es más, con frecuencia los participantes del estudio cualitativo indicaron que sus relaciones sociales se limitaban a otras personas con enfermedad mental, con las que, no obstante, también aparecen en ocasiones problemas de discriminación. Todo ello dificulta notablemente la integración social de estas personas. Por lo que respecta al ocultamiento de su problema, se lleva a cabo en todos los ámbitos (incluso llegan a ocultar su problema a la familia extensa), pero especialmente a la hora de buscar un trabajo. Sin embargo, el ocultamiento genera importantes sentimientos de desconfianza y temor hacia los demás, por estar siempre presente el miedo a que se sepa. Para ello indican que una buena estrategia de afrontamiento es conseguir un acercamiento afectivo previo antes de dar a conocer su situación.

A todo ello hay que añadir la elevada frecuencia de experiencias directas de discriminación, que se dan sobre todo en el área laboral (en relación con los problemas de funcionamiento comentados en este campo), en las relaciones sociales (fundamentalmente con amigos y pareja), e incluso en la comunidad. Son menores en cambio en servicios e instituciones formalizados.

A este respecto, los datos encontrado en el presente estudio coinciden en buena medida con los de trabajos previos (e.g., Link, Struening, Rahav, Phelan, y al, 1997; Markowitz, 1998; Wright, Gronfein, y Owens, 2000), que señalan como principales

componentes del estigma percibido, la anticipación de rechazo y la vivencia de experiencias directas de discriminación, así como la utilización del ocultamiento y el aislamiento como estrategias para evitar ese rechazo.

## **5. EJE II: ESTIGMA EN FAMILIARES DE PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE Y PERSISTENTE.**

---

El estigma de la enfermedad mental grave y persistente no sólo afecta a las personas que la padecen, sino también a los que le rodean. Este fenómeno, llamado estigma de cortesía (Goffman, 1963) o estigma asociativo (Mehta y Farina, 1988) pone de manifiesto que los prejuicios y la discriminación que sufren las personas con enfermedad mental grave y persistente también afecta a las familias, los cuidadores y otros allegados.

En este capítulo se presentan los datos relativos al segundo eje del estudio, que aborda el estigma entre los familiares próximos de quienes padecen una enfermedad mental. En el primer apartado del capítulo se describe el estudio cualitativo realizado mediante entrevistas y grupos de discusión. En segundo lugar, se presentan los datos del estudio de carácter cuantitativo. Para finalizar el capítulo incluye un apartado con la síntesis y discusión de las principales conclusiones de ambos estudios.

### **5.1 ESTUDIO CUALITATIVO.**

---

El objetivo de este estudio ha sido analizar el fenómeno del estigma entre familiares de personas con una enfermedad mental a través de métodos cualitativos. Después de describir las características y el desarrollo de la entrevista en profundidad así como de los grupos de discusión, se expondrán los principales resultados obtenidos mediante cada una de estas técnicas. Finalmente, se procederá a presentar las conclusiones más relevantes del estudio.

#### **5.1.1 Metodología.**

Para recoger datos que aportaran a la investigación realizada aspectos cualitativos que completasen y ayudasen a comprender el fenómeno del estigma, se utilizó una doble metodología de tipo cualitativo. En primer lugar, se realizó una entrevista con una persona que conociera en profundidad la realidad de los familiares de las personas con enfermedad mental grave y persistente, que sirvió para enmarcar el tema del estigma desde el punto de vista de los familiares. En segundo lugar, se

organizaron dos grupos de discusión con familiares de personas con enfermedad mental grave y persistente.

**a) Entrevista en profundidad.**

***Desarrollo de la entrevista en profundidad con el representante de las asociaciones de familiares de personas con enfermedad mental grave y persistente de la Comunidad de Madrid.***

La entrevista en profundidad se llevó a cabo con el presidente de la Federación Madrileña de Asociaciones Pro-Salud Mental (FEMASAM), el 20 de junio de 2005, en el local de la asociación.

Esta entrevista duró aproximadamente una hora y media y fue realizada por dos entrevistadoras pertenecientes al grupo de investigación que ha elaborado este informe. La actitud mostrada por el entrevistado fue muy positiva y colaboradora durante toda la entrevista, siendo de gran interés para esta investigación la información aportada por este representante de familiares en el transcurso de la misma.

Las entrevistadoras tomaron notas durante la entrevista, para lo que se pidió la conformidad al entrevistado.

El guión de los temas tratados en la entrevista se ha incluido en el capítulo 3.

***Análisis cualitativo.***

Las notas tomadas durante la entrevista sirvieron para confrontar la información obtenida y realizar un análisis cualitativo de la misma.

El análisis efectuado es simplemente una ordenación de los datos y opiniones de la persona entrevistada, donde no se emiten juicios de valor ni se exponen palabras textuales, dado el carácter personal de la misma.

**b) Grupos de discusión.**

***Desarrollo de los grupos de discusión.***

Se llevaron a cabo dos grupos de discusión. Uno de los grupos se realizó en el local de la Federación Madrileña de Asociaciones Pro-Salud Mental (FEMASAM), con familiares de personas que padecían enfermedad mental grave y persistente, pertenecientes a esta entidad asociativa. El otro grupo se realizó en el Centro de Rehabilitación Psicosocial de Martínez Campos de la red de Atención Social de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid.

En ambos casos, los participantes en los grupos de discusión fueron seleccionados entre los familiares de personas con enfermedad mental grave y persistente, con la ayuda de los responsables del centro, de acuerdo con los criterios previamente dados por el equipo investigador, y que eran los siguientes:

- Cada grupo debía estar constituido por un mínimo de 5 y un máximo de 8 personas.
- Los participantes debían ser familiares de una persona con enfermedad mental grave y persistente, en cualquier grado de parentesco.
- La edad estaría comprendida, preferentemente, entre 50 y 65 años.
- No debía convocarse al mismo grupo a dos familiares diferentes de una misma persona.<sup>6</sup>

Asimismo se rogaba a los centros que a la hora de seleccionar a los participantes en el grupo se intentara hacer equivalente la distribución de éstos en función del sexo.

Los participantes eran contactados telefónicamente a través del centro de referencia con una o dos semanas de anticipación, solicitándoseles su colaboración voluntaria en una discusión sobre enfermedad mental. A aquellos que accedían a participar se les llamó de nuevo dos días antes de la realización del grupo para confirmar su asistencia y recordarles la cita.

Los grupos resultantes fueron dos, en ambos participaron 8 personas, número que se consideró óptimo para el desarrollo de la discusión (véase Tabla 5.1).

---

<sup>6</sup> No obstante, este requisito no se cumplió en todos los casos, ya que en el grupo de discusión realizado en FEMASAM participaron el padre y la madre de una misma persona.

**Tabla 5.1 Resumen de las características de los grupos de discusión de familiares de personas con enfermedad mental grave y persistente.**

Grupos	Fecha	Duración	Participantes	Género
FEMASAM	6/7/2005	1 h. 33 min.	8 personas	1 varón 7 mujeres
CRPS MARTÍNEZ CAMPOS	11/10/2005	1 h. 49 min.	8 personas	0 varones 8 mujeres

***Grupo de discusión de asociados de FEMASAM.***

El grupo se compuso de 5 madres de personas con esquizofrenia y trastornos de personalidad, 2 hermanas de personas con enfermedad mental grave y persistente, y un padre que acompañó a su esposa. El rango de edad del grupo estaba entre 45 y 60 años, aproximadamente. Parecía haber un nivel educativo heterogéneo entre los participantes, ya que el lenguaje utilizado y las expresiones utilizadas denotaban diferencias importantes en este aspecto.

Todos llegaron a la hora indicada al centro, excepto una mujer que se incorporó cuando la discusión ya había empezado, por lo que se le resumió muy brevemente el funcionamiento descrito. Previamente al inicio de la discusión, algunos asistentes mantuvieron una charla informal ya que varios se conocían. No pusieron ningún impedimento para que se grabara la charla y atendieron y aceptaron las condiciones de su participación.

***Grupo de discusión de familiares de personas con enfermedad mental grave y persistente del Centro de Rehabilitación Psicosocial “Martínez Campos” de la Comunidad de Madrid***

Los familiares de las personas con enfermedad mental grave y persistente del Centro de Rehabilitación Psicosocial “Martínez Campos” fueron todas mujeres, concretamente madres de personas con diagnóstico de esquizofrenia, con una edad aproximada 45-50 años, muy buena apariencia y arreglo personal. El tipo de lenguaje empleado y la forma de expresarse parece indicar un nivel educativo medio-alto. Una de las madres era de nacionalidad alemana, pero tenía un buen dominio del castellano.

Todas llegaron a la hora indicada al centro, excepto una mujer que se incorporó cuando la discusión ya había empezado, por lo que se le resumió muy brevemente el funcionamiento descrito. Parecieron comprender adecuadamente y aceptar las normas

propuestas para establecer la discusión y no mostraron ningún inconveniente en que se grabara la charla, para facilitar su posterior análisis.

En cada uno de los grupos hubo dos moderadoras, y una ayudante encargada de los aspectos relacionados con el acondicionamiento de los participantes, la grabación de la sesión y la toma de notas sobre las distintas intervenciones.

Debe destacarse que en ambos grupos el nivel de participación y el interés de los familiares por los contenidos propuestos en la discusión fueron notables. Todos se mostraron esperanzados en que su participación en este tipo de investigaciones sirviera para que las personas con enfermedad mental grave y persistente y sus familias fueran más entendidas y aceptadas por la sociedad y mostraron gran interés por los resultados del estudio.

El guión utilizado para dirigir la discusión en grupo se ha incluido en el capítulo 3.

### ***Análisis cualitativo.***

Las sesiones de los dos grupos de discusión fueron grabadas en audio y posteriormente se procedió a su transcripción para poder analizarlas según su contenido y categorizarlas inductivamente, de forma que formaran una tipología de las opiniones, actitudes y experiencias de estigmatización procedentes de las narraciones de los participantes en los grupos de discusión, como aconseja la metodología de análisis cualitativo (Huberman y Miles, 1994).

Para analizar las transcripciones se seleccionaron bloques relevantes de texto que representaran las distintas experiencias y afirmaciones discutidas en los grupos y se les asignó un código que reflejara su contenido original lo más fielmente posible, es decir, utilizando paráfrasis, y que sirviera de base para formar categorías. El sistema de codificación así construido se fue revisando constantemente durante el análisis, sumando las categorías con contenidos similares y añadiéndose cualquier paráfrasis que apareciera durante el análisis.

El sistema de categorización resultante fue estipulado y la asignación de los bloques de texto a las categorías particulares fue discutida en el equipo de trabajo. De esta forma, después de este proceso, las experiencias de estigmatización fueron sumadas en categorías genéricas según su tipo y el lugar en que se hallaron, dentro del discurso.



Como se ha señalado en el capítulo anterior, las transcripciones de los grupos de discusión realizados con personas con enfermedad mental grave y persistente se codificaron de manera deductiva para obtener el sistema de codificación aplicado a los otros grupos (de familiares y de profesionales), que sirvieron para dar diferentes perspectivas al mismo problema. De esta forma, la codificación se utilizó para organizar los datos en patrones que sirvieran de base a las interpretaciones, siguiendo las directrices de Silverman (2000) y Knodel (1993).

Siguiendo este esquema, el análisis efectuado de las opiniones vertidas por los familiares dentro de los grupos de discusión se estructuró en los siguientes apartados generales:

- a) Estigma social percibido por las familias hacia las personas con enfermedad mental y sus familiares.
- b) El estigma de las familias hacia las personas con enfermedad mental que conviven con ellos.
- c) El auto-estigma dentro de la familia.
- d) El estigma de los profesionales, percibido por los familiares.

Para terminar se recogen otros temas que surgieron en los grupos de discusión relacionados en mayor o menor medida con el estigma, es decir, opiniones vertidas por los familiares, que si bien, no son representativas de procesos estigmatizadores, pueden tener cierto interés, como temas adyacentes que pueden ayudar a enmarcar los problemas con los que se enfrentan los familiares de las personas con enfermedad mental grave y persistente. Concretamente, se trata de:

- Los servicios de atención sanitaria y rehabilitación psicosocial.
- Los problemas de la convivencia con la enfermedad mental grave y persistente.

Para presentar los resultados se incluye un breve comentario del contenido de la categoría y ejemplos representativos de las opiniones y experiencias de los participantes sobre los temas propuestos, a través de fragmentos textuales de sus intervenciones, seleccionadas por su representatividad dentro de los comentarios realizados durante las discusiones.

Debe tenerse en cuenta que el análisis realizado es exclusivamente de carácter cualitativo, como corresponde a la utilización de la metodología de grupos de

discusión, por lo que se ha evitado en todo momento las referencias cuantitativas que pudieran ser malinterpretadas dado el escaso número de participantes en los grupos. Por todo ello, los datos expuestos deben considerarse de forma complementaria y clarificadora de los resultados obtenidos con metodología y análisis cuantitativo.

### **5.1.2 Resultados obtenidos a través de la entrevista en profundidad con el representante de la Federación Madrileña de Asociaciones Pro-Salud Mental (FEMASAM).**

#### ***¿Cómo influye el estigma en la rehabilitación de la personas con enfermedad mental grave y persistente?***

- El estigma es discriminación, que lleva al aislamiento social y a la desesperanza (causa de muchos suicidios entre las personas con enfermedad mental grave y persistente).
- Se habla mucho de barreras físicas, pero existen barreras sociales tanto o más importantes.

#### ***¿Cuáles son los principales estereotipos de las personas con enfermedad mental grave y persistente?***

- El término “historia de enfermedad mental” o enfermedad mental se asocia a esquizofrenia, únicamente. Este término tiene una mayor carga de estigma que otros como depresión.
- En el lenguaje común suele utilizarse el término “comportamiento esquizofrénico” con connotaciones negativas. Esto hace mucho daño.
- Existe una asociación entre esquizofrenia y violencia. Cuando la enfermedad mental aparece asociada a violencia se refiere a esquizofrenia, cuando normalmente es un trastorno dual, con adicciones y probablemente sin tratamiento. El comportamiento del esquizofrénico es diferente, si hay violencia suele darse en el hogar.

#### ***¿Cuáles son los prejuicios más frecuentes?***

- En lo laboral, se considera que profesionalmente van a rendir menos.
- Muchos profesionales no creen en la rehabilitación.

- La gente tiende a pensar que la enfermedad mental es incurable (incluso muchos profesionales) e incapacitante.

***¿Son estigmatizadores los profesionales?***

- Es parte del estigma la separación y segregación a servicios sociales (modelo de la antigua beneficencia) lo que debería ser sanitario.
- La medicina (en particular la psiquiatría) es estigmatizadora.
- Existe discriminación en el tratamiento de la enfermedad mental grave en nuestro país. De cada 100 pesetas gastadas en sanidad, sólo 5 se gasta en salud mental, mientras que en Europa el gasto supone alrededor del 10%.

***¿Cuáles son los principales obstáculos para la integración de las personas con enfermedad mental grave y persistente?***

- Profesionalmente, los empresarios no confían en ellos.
- Los Centros de Rehabilitación no son para todos, hay filtros y cribas. El número de plazas sólo cubre el 10% de las necesidades.
- El empleo con apoyo no ha funcionado bien.

***¿Cuáles son las principales fuentes de discriminación de las personas con enfermedad mental grave y persistente?***

- El tratamiento y la visión tradicional de estas personas (poseídos que estaban encerrados y apartados).
- El tratamiento que se les da es meramente farmacológico, sin programas de preparación de la familia.
- La sociedad en general, y los empresarios como parte de esa sociedad.
- Los profesionales (especialmente los psiquiatras), a causa de su falta de actualización y por adoptar una posición defensiva.
- La falta de un programa unificado (protocolos) en los centros de la red pública.

***¿Qué acciones podrían llevarse a cabo en contra de la estigmatización?***

- Educación e información, lo que a su vez implica prevención.
- Debe darse información en los medios de comunicación
- Formación y actualización de los profesionales y aplicación de buenos tratamientos sanitarios
- Formación para que se integren laboralmente.
- La mejor solución para insertar a personas con enfermedad mental grave y persistente en el mundo laboral es potenciar la creación de cooperativas de servicios, empresas de servicios. De esta forma el empresario no contrata a personas sino a empresas.
- Necesidad de diferenciar tratamiento y rehabilitación y de aplicar ambos.
- Crear una oficina de defensa de la persona con enfermedad mental, que se ocupe de temas legales, informar a las familias y vele por las condiciones de los centros.

***¿Cree qué existe autoestigma entre las personas con enfermedad mental grave y persistente?***

- Se manifiesta en la baja autoestima y la desesperación, que puede llevar al suicidio, frecuente entre los esquizofrénicos (sólo un bajo porcentaje de las personas con esquizofrenia que se suicidan lo hacen bajo los efectos de los delirios)
- Las personas con enfermedad mental grave y persistente tienen miedo a reconocerse como enfermo mental.
- Se suele culpar a la familia de la enfermedad mental, lo que lleva al secretismo en estas, es decir a ocultar que hay una persona con enfermedad mental en la familia.

**5.1.3 Resultados obtenidos a través de los grupos de discusión.**

Los resultados obtenidos en los grupos de discusión de familiares se han estructurado en cinco apartados generales: el estigma social percibido por las familias hacia las personas con enfermedad mental y hacia sus familiares; el estigma de las propias familias hacia las personas con enfermedad mental que conviven con ellos; el autoestigma dentro de la familia; el estigma que los familiares perciben en los

profesionales; y otros temas que surgieron en los grupos de discusión relacionados con el estigma.

**a) El estigma social de la enfermedad mental grave y persistente percibido por las familias.**

**El estigma percibido hacia las personas con enfermedad mental grave y persistente**

El estigma social que supone la enfermedad mental grave y persistente es experimentado con frecuencia por los familiares de las personas que padecen esta enfermedad. En numerosas ocasiones ven cómo sus hijos, hijas u otros familiares con enfermedad mental son rechazados y apartados por una sociedad que no comprende y desconoce las características de estas personas y que se apoya en estereotipos basados en mitos e ideas erróneas. Así lo manifestaron, repetidamente, los familiares que participaron en los grupos de discusión realizados:

*“Yo creo que para la sociedad en general es un tema tabú. Lo primero, que no gusta hablar de ello, ni que trascienda. Y luego, que no lo conocen, y simplemente les bloquea, sin intentar investigar qué pasa en ese mundo, qué vida pueden tener... Simplemente piensan si tiene una enfermedad mental, pues ya no es válido”*

*“Yo creo que en general la gente experimenta un rechazo. Una falta de comprensión. Y en el mejor de los casos sienten compasión. Pero no otra cosa. No les apetece relacionarse con una persona enferma, así de claro, es un problema, entonces para qué voy a cargar con un problema”.*

*“Yo creo que lo que la gente piensa es que son locos, locos, desequilibrados y agresivos”.*

Las experiencias de rechazo sufridas por sus parientes son vividas con gran intensidad por los familiares que van viendo cómo poco a poco el aislamiento social es cada vez más preocupante:

*“Ellos se dan cuenta del rechazo, ellos tienen un rechazo”.*

*“... ya no sale con los amigos que tenía antes. Muchos que le han rechazado y otros que se han casado, tienen novia y no salen con él”.*

*“Mi hijo era un chico muy alegre, muy abierto, tenía muchísimas amistades del colegio, fuera del colegio, en el trabajo... Pues cuando le cayó la enfermedad encima perdió todas las amistades, pero todas, las que eran amigos y amigas de él, de todos los lados”.*

*“Yo sí percibo que todo lo que es diferente, o sea el comportamiento distinto al común, llama la atención. Yo he ido con mi hermana en el autobús, a lo mejor en un momento de crisis, que va hablando más o está más nerviosa o va mascullando... y la gente va mirando. Y en seguida pues se retiran, “Para que no me toque, no sea que me contagie algo”. Se nota. Y la gente sí que piensa mal”.*

Estas experiencias se sufren también en el seno de la familia extensa, con los familiares más lejanos, como relata esta madre:

*“Por ejemplo vamos a casa de los hermanos o los sobrinos o los primos o tal, y en cuanto ven al muchacho, dicen “¿Qué pasa?”. Y ya está, digamos que lo dejan así. “¿Qué pasa?”, pero ya no vuelven a dirigirle la palabra. Hay otros familiares que efectivamente por sus principios o por lo que sea, le sacan, y mantienen una conversación y entonces él se encuentra a gusto, porque hay que sacarle, porque hablan poco. A mí me gustaría que siempre fuera así, pero claro, si dicen “¿Qué pasa fulano?” y ya está, no sabemos si verdaderamente es que ellos se encuentran reacios por temor a un encontronazo de mala manera. Porque no es así, porque él dialoga y no es tonto”.*

Los familiares contaron, durante el transcurso de la discusión, experiencias de rechazo y aislamiento especialmente crueles. Una madre de un chico con esquizofrenia contaba así la historia de otro familiar, un sobrino, que padecía también una enfermedad mental:

*“Yo quería hablar ahora del caso de mi sobrino, que no lo he dicho antes, pero falleció por suicidio. Le habían diagnosticado a los 19 y ha*

*fallecido a los 21. Era el más cariñoso, el que más venía a casa. El día antes de morir estuvo con él mi hijo mayor en el cine, y jugando al billar. Él tenía ilusiones. Empezó a hacer Derecho, que era la ilusión de su vida. Sin embargo, en la universidad, que era privada, no dijeron que estaba enfermo. Y entonces días antes le escribieron una cartita a sus padres diciendo que no iba. Entonces yo creo que esa cartita le perjudicó. Por lo visto ellos no habían dicho que estaba enfermo, esa cartita la leyó él. Se hizo un funeral en la Universidad y por sus antiguos compañeros, que ya estaban en tercero porque no habían perdido ningún curso, y él estaba en primero, me he enterado que le llamaban "el Loco". Su supervisora del hospital, que es familia nuestra, nos dijo que él se lo comentó, "Fíjate, me llaman el Loco". A lo mejor por eso fue por lo que dejó de ir".*

Para los familiares de las personas con enfermedad mental grave y persistente, las enfermedades mentales son más desconocidas y peor comprendidas por la sociedad que las físicas:

*"... Por ejemplo el SIDA, incluso el SIDA. Ahora ya sí dicen que una persona tiene SIDA. Aparte de que ya estamos al día de la cosa homosexual, pues ya no importa, porque ya hay promiscuidad... Bueno se puede coger el SIDA por lo que a uno le dé la real gana. Entonces una persona dice "¿De qué ha muerto?" "De SIDA" y la gente se queda tan ancha. No sé cómo decirte, no sé cómo decirlos, se queda tan ancha. Ahora, tenemos que llegar a que los enfermos mentales sean admitidos en la sociedad y como enfermos..."*

La desinformación, el desconocimiento, es uno de los factores que más frecuentemente apareció durante las discusiones como justificación a priori, del rechazo. Sin embargo, algunos familiares mostraron cierta duda sobre si la falta de información de la sociedad sobre la enfermedad mental podría ser suficiente para explicar el rechazo o más bien podría explicarse por una combinación de desconocimiento y la falta de recompensas que supone, en muchas ocasiones, el trato con las personas con enfermedad mental grave y persistente:

*“Es que realmente yo creo que, primero, el problema fundamental es que la sociedad no tiene información sobre esto y lo que la sociedad recibe es la que dan los medios de comunicación: loco”.*

*“Aunque sepan es muy difícil. Yo os puedo hablar de la experiencia mía, nosotros hemos trabajado, en fin, incluso en grupos y tal, y la gente llega y cuando está eufórico es muy abierto, muy simpático, muy creativo y fenomenal... Entonces cuando está depresivo él mismo dice “Ay que ver, que esto parecía el pentágono, el teléfono no ha dejado de sonar y ahora pues no recibo una llamada”. Entonces yo creo que no es solamente la información, porque realmente el tipo de personas con las que me he relacionado saben de qué va el tema y tal, y no, no es tan fácil. O sea que yo no sé lo que es, además de la información. Yo creo que simplemente la información no es suficiente, yo no sé lo que sería necesario pero...”*

*“Pero es que si la sociedad no les acepta tal y como son, pues...”*

El problema del rechazo y su consecuencia más inmediata, el aislamiento, invalida según algunos de los familiares, cualquier intento de reinserción social por parte de las instituciones y los servicios, porque las relaciones sociales que terminan estableciendo las personas con enfermedad mental se circunscriben a otras personas que se hallan en sus mismas circunstancias, por lo que se crea una especie de “gueto” (según sus palabras), donde el aislamiento social se perpetúa:

*“Es que esa es una labor muy importante de integración por parte de toda la sociedad. Lo mismo que integramos a un niño sordo o a un niño con problemas en medio de una población general, que damos por normal, yo creo que lo mismo habría que intentar hacer con ellos”.*

*“Ellos se sienten aún mas discriminados dentro de un gueto. Una cosa es acudir a un centro donde les ayudan a recuperar capacidades y otra cosa es que su vida esté dentro del gueto. O sea, ahora salgo otra vez con los mismos con los que (...). Entonces, lo que por un lado hay de ayuda en el centro, también lo hay en marcar que “Tú no tienes capacidades para estar con otro, luego si no sales con tu compañero te quedas en casa tumbado en el sofá”. Yo estoy encantada de que mi*



*hijo vaya a jugar al fútbol, porque antes estaba tirado en el sillón, pero ¿por qué no puede jugar al fútbol un grupo más plural?”.*

*“La protección a través del gueto a mí me parece magnífica, pero errónea. Me parece magnífica porque antes no había protección. O sea, mejor estar protegido que no estarlo, pero no a través del gueto”.*

### **El estigma percibido hacia los familiares de las personas con enfermedad mental grave y persistente**

Muchos familiares de personas con enfermedad mental grave y persistente expresan que conocidos y amigos reaccionan de forma negativa a la enfermedad mental de sus hijos o hermanos. El rechazo que las personas parecen tener hacia las personas con enfermedad mental se extiende, por tanto a las personas cercanas a ellos. El rechazo, se manifiesta de múltiples formas, pero la más citada en los grupos de discusión, fue, sin duda, la falta de comprensión y la negación de ayuda:

*“Sí, efectivamente el estigma está ahí. No todo el mundo digiere esa palabra. Entonces depende de con qué clase de personas tropieces, pues decirle “Mi hijo tiene, está con depresión”. Porque decirle “esquizofrenia”... no todo el mundo sabe digerir eso”.*

*“A una de mis amigas se lo dije en una ocasión y vi la cara que puso, como de terror, e incluso de asco. Y entonces me dije “Sigue siendo amiga, pero el tema no lo vuelvo a tocar con ella”.*

La no aceptación o la negación de los parientes algo más lejanos, es uno de los aspectos del estigma referido por los familiares directos de las personas con enfermedad mental grave y persistente.

*“Incluso con la familia, bien porque ellos se encuentran poco inclinados a hablar conmigo o a preguntar, digamos que siempre hay cierta separación. Entonces ése sería el inconveniente, con la familia, y no digamos nada con la sociedad en general”.*

*“Hay muchas veces que no lo queremos ver, no lo queremos ver o no lo queremos saber. Ni siquiera la misma familia...”*

**b) El estigma de las familias hacia las personas con enfermedad mental grave y persistente que conviven con ellos.**

Los familiares de las personas con enfermedad mental grave y persistente, como parte de la sociedad también tienen actitudes y conforman estereotipos negativos sobre la enfermedad mental, que pueden condicionar la visión que, de sus propios familiares tienen. Algunas de las expresiones más claras del estigma social de la enfermedad mental en los familiares de las personas con este problema son las reacciones de incompreensión, negación e incluso, rechazo que recuerdan haber tenido al conocer el diagnóstico de sus allegados:

*“Hombre, y el llegar a aceptar que tu hijo está enfermo. Para mí eso es lo más duro. Llegar a aceptar que no va a tener su vida. Que no va a tener su trabajo, que no va a tener su pareja... Aceptar esta situación es muy duro”.*

*“Creo que eso es miedo, el que lo oye, como no entiende el problema, porque a mí me ha pasado. Hasta que a mí me ha pasado no he oído nada y si lo he oído no he sabido que lo he oído. Da miedo decirlo, porque yo pienso que si mi hijo es esquizofrénico, a lo mejor me lo dicen a mí y también yo me asusto un poco. Yo pienso que es miedo”.*

*“Esto es un problema muy grave y muy serio. Y luego, a mí personalmente sí que me pasó, hasta que entiendes que es una enfermedad mental pues achacas a que es malo, que tiene mala leche, que es vago, que tiene mal genio, etc.”.*

*“Esquizofrenia. Es que la palabra es feísima”.*

Otro ejemplo, es que los familiares de las personas con enfermedad mental grave y persistente pueden manifestar comportamientos estigmatizadores hacia otras personas con el mismo problema pero que no son de su familia:

*“Yo conozco a uno allí de mi zona, bueno, pues que está más “pa allá”, como se suele decir... Muchas veces decimos “está pa allá” y lo que resulta es tiene la enfermedad ésa. Yo no lo sabía, hasta que no le*

*pasó a mi hijo y mi hijo me lo ha contado “Pues Fulanito tiene esquizofrenia”. Bueno, pues es una persona que no está medicada, que está por ahí solo y tal... Claro, lo ves y dices “se le nota algo”. Pero porque no está medicado”.*

*“En el barrio hay un chiquito que me recuerda..., que tiene esquizofrenia. Y yo se lo he dicho a la madre, que si quería ir a AMAFE (Asociación Madrileña de Amigos y Familiares de Enfermos con Esquizofrenia). Y cuando me cruzo con él procuro no mirarle, porque a mí me da miedo. O sea, fíjate si yo conozco, pero... cuando me cruzo con él digo “A saber lo que está pensando”. O sea que a mí misma, que tengo el problema en casa, tal vez por lo que he vivido yo, me da miedo”.*

Podría considerarse parte del estigma dentro del seno de la familia aquellos comportamientos y actitudes que ayudan a perpetuar una forma de ver y tratar a las personas con enfermedad mental grave y persistente que sigue la tendencia del estigma social y no favorece la rehabilitación. Aunque hay que entender que las características de la enfermedad refuerzan esta visión general, resultado de la experiencia directa, del día a día de los familiares con los afectados. De esta manera, la constatación cotidiana de comportamientos incapacitantes mantiene el estigma de la incapacidad en los familiares como categoría general de comportamiento en las personas con enfermedad mental grave y persistente:

*“Lo tienes que educar como si fuese un niño de dos años. “Haz esto, lleva no sé qué, coge no sé qué...”. Vuélveselo a repetir, porque no se acuerda... Los movimientos son lentos y eso es general casi en todos”.*

*“Se comporta como un niño, un poquito como un niño”.*

*“Él lleva una tesitura y un tratamiento y que está muy por encima de él. En el momento en que estas criaturas se tengan que automedicar solas ya estamos perdidos”.*

Aunque se expresaron opiniones que manifestaban comportamientos de sobreprotección, los familiares son conscientes de que el problema de la incapacidad es un problema de ayudas para la rehabilitación:

*“Yo creo, de todas formas, que en la medida que ellos puedan hacer una vida medianamente normal, aunque sea con ayuda, con ayuda de las administraciones, porque la ayuda de la familia ya la tienen... la calidad de vida mejoraría muchísimo, para ellos y para todos los demás. En cuestión de voto, de administrarse, de controlarse su medicación y sus comidas, su trabajo... Porque hay veces que están muy bien, tampoco se les puede meter a todos en el mismo saco. Claro, es que depende del grado de incapacidad que tenga cada uno”.*

La incapacidad laboral fue uno de los temas más tratados por los familiares durante las discusiones en grupo. La mayoría consideraba que la capacidad para el trabajo de sus familiares con problemas mentales graves y persistentes era muy limitada. Algunas de las manifestaciones en este sentido, fueron:

*“Algunos podrían realizar trabajo en una empresa ordinaria, con horario normal, pero la mayoría no”.*

*“Media jornada estaría bien”.*

*“La persona enferma no tiene por qué o no puede asumir un trabajo como el resto, de ocho horas...yo parto de ahí”.*

*“Yo por ejemplo mi hijo dice que sí quiere trabajar. Pero en el fondo, en el fondo, en el fondo, no”.*

A pesar de lo cual, los familiares consideran que el trabajo es fundamental para la rehabilitación de las personas con enfermedad mental grave y persistente:

*“Indudablemente, a mi modo de ver, lo que más le rehabilita es un trabajo, es un trabajo. Por eso, empiezan en los centros de rehabilitación laboral de la Comunidad de Madrid que son fenomenales, porque están muy bien, les enseñan a trabajar. Porque ellos van al centro de rehabilitación laboral con la idea de que es un trabajo, es que tiene que ser así y se lo tienen que tomar en serio”.*

*“Es difícil, no nos vayamos a engañar. Pero bueno, tenemos que conseguir eso [que trabajen], y para eso tenemos que concienciarnos nosotros mismos y la sociedad, al darse cuenta que hay enfermos que pueden hacer un trabajo. Si no van a poder hacer ocho horas pues igual pueden hacer unos cuatro, otros cinco, otros tres, lo que sea”.*

Existen en los familiares actitudes ambivalentes con respecto al trabajo y la incapacidad, porque si bien se considera que las personas con enfermedad mental grave y persistente deben tener un trabajo que les ayude en su rehabilitación, parece que en pocos casos este trabajo puede llegar a tener las características de un trabajo ordinario, que permita a los trabajadores un mantenimiento digno, lo que preocupa a los padres de cara al futuro. Esto lleva a muchos de ellos a intentar la posibilidad de conseguir una declaración de incapacidad laboral que lleve asociada una pensión futura para sus hijos o hermanos. Sin embargo, la incapacidad laboral supone para los afectados una barrera de primer orden en la rehabilitación:

*“Mi hijo tiene un 65 o un 66% de incapacidad laboral. Y eso lo tramitamos también a través de los servicios sociales. A mí me informaron que por tener también a mi madre nosotros, cuidándola en casa, tienes derecho a un... Tienes la incapacidad que ella tenga, la que la cataloguen, y con arreglo a esa incapacidad, a la hora de hacer la declaración de Hacienda tienes un descuento. Y según la cantidad así es de suntuoso. La tienes que tener en casa y también cuidarla y todo eso. Y yo dije “Pues entérate, porque igual que él lo tiene pues igual...”. Y la cosa es que se enteró y él lo tiene. Y eso se lo tramitaron y bueno, tuvo que pasar también por un tribunal médico. De hecho, pasa cada cierto tiempo. Pero cuando se la dieron se le vino el mundo abajo, tuvo una pequeña crisis, porque claro vio que a su abuela le daban un 34% y a él un 65 o 66. Claro, según está mi madre a como está él... tela (...). Pero cobra bastante”.*

*“El futuro. Si no tiene trabajo, si no ha trabajado nunca, si no ha cotizado... porque han pasado de estudiantes a enfermos (...) ¿De qué van a vivir?”.*

Unido a la incapacidad aparece también el estigma de la irresponsabilidad. ¿Hasta qué punto consideran los familiares de las personas con enfermedad mental grave y

persistente, responsables de sus obligaciones a éstos? Durante las discusiones de grupo se pusieron sobre la mesa algunos temas, como el manejo del patrimonio, la responsabilidad para formar una familia o el derecho al voto, que permitieron comprobar la percepción de los familiares sobre la responsabilidad de los allegados con enfermedad mental grave y persistente. De ellos, el que recogía más unanimidad en cuanto a opiniones fue el tema de la capacidad y la responsabilidad de formar una familia:

*“Podrían tener una familia, bueno, con no tener hijos...”*

*“Tener niños y eso. Yo creo que no”.*

*“Yo conozco un caso que son una pareja que vive, una pareja que vive. Ella es enferma y él enfermo, y viven. Ella es hermana de un psiquiatra. Se han conocido en un ambiente de un centro de éstos, y viven juntos y ellos lo llevan muy bien. Claro, eso es como el ideal. Ahora, han tomado las precauciones para no tener hijos. Yo, lo que no creo, vamos, es que deban tener hijos”.*

*“Bueno, si tuvieran un acompañante...Pero eso la sociedad tampoco lo entiende”.*

*“Pero si para ti, que eres su madre, es muy difícil convivir, imagínate para una pareja”.*

*“Porque es verdad que también está demostrado que hay parte hereditaria en la enfermedad mental. Entonces, a mí lo de la pareja, que puedan formar una pareja me parece genial. Ahí está luego la capacidad de la pareja para poder vivir con (...) Pero lo que es tener hijos... los hijos no”.*

El estigma de la peligrosidad presente en la sociedad se halla también entre los familiares de las personas con enfermedad mental grave y persistente:

*“Pues hay miedo. Y yo concretamente es que cuando está agresivo le tengo miedo. (...) O sea, que miedo, hay miedo. Mi hijo cuando está bien, no, pero cuando está mal le tengo miedo. Yo no sé si ahí ya entre la*

*madre y el hijo, porque allí me dicen que no es agresivo. En cambio yo a la mínima, a la mínima conmigo ya se enfada o se va o... no sé cómo os lo voy a decir... yo le he visto, ha tenido muchas crisis, yo lo paso muy mal, pero muy mal, vamos todos enfermando, todos”*

*“Bueno yo, mi hijo, que tiene... bueno ahora mismo no sé el diagnóstico que tiene, porque ya lleva en el piso equis meses y no he visto el informe (...) Y yo, con respecto a eso, mi hijo cuando está mal es agresivo. En el piso me dicen que no, que no es agresivo. Ahora mismo está, cumplirá en septiembre un año en un piso de patología dual”.*

De la misma forma que, en ocasiones, la sociedad sublima algunas características de las personas con enfermedad mental grave y persistente configurando un estereotipo más o menos positivo pero ciertamente irreal (genialidad, profundidad, capacidad de reflexión, creatividad, etc.), los familiares más directos de las personas con este problema, también ven cualidades positivas en ellos:

*“... y es el más cariñoso de todos, es muy sensible. Claro... es que además todos suelen ser muy parecidos. Bueno y ahora trabajo en un hospital, entonces los veo, bueno los ves y los conoces, entonces suelen tener todos un perfil muy parecido, son gente muy... son muy especiales. Simplemente a lo mejor, pues este tipo de enfermedad, de hecho los brotes, los brotes psicóticos se desencadenan (...) o sea, en gente que es muy sensible”.*

*“El problema de estos chicos es que son muy inteligentes”.*

*“(...) y necesitan tanto cariño, tanta atención”.*

### **c) El autoestigma dentro de la familia.**

Dentro de la familia se experimenta el autoestigma de dos formas diferentes. En primer lugar, los familiares que conviven con las personas con enfermedad mental grave y persistente perciben claramente las reacciones y actitudes de autoestigma que éstos presentan. En segundo lugar, los propios familiares pueden presentar autoestigma, manifestado a través de sentimientos de vergüenza y culpabilidad y conductas de ocultamiento de la enfermedad a terceros.

**El autoestigma de las personas con enfermedad mental grave y persistente percibida por los familiares que conviven con ellos**

Los familiares que conviven con personas con enfermedad mental grave y persistente relataron durante las discusiones de grupo situaciones que pueden ser entendidas como manifestaciones del autoestigma de los propios afectados por la enfermedad:

*“Porque yo creo que ellos mismos se perciben como disminuidos. O sea, ellos mismos se perciben a ellos mismos como fracasados, ven que sus compañeros con su vida, con su pareja, con su trabajo, con todo”.*

*“Yo creo que se sienten, que se perciben, como inferiores. O fracasados...”*

*“Entonces entre lo que la enfermedad por sí misma produce, de apatía, más el miedo a relacionarse con los demás y producir un caos o dañar... Mi hijo por ejemplo sé que tiene el miedo de “A ver si voy a hacer daño”.*

El autoestigma en las personas con enfermedad mental grave y persistente, percibido por los familiares, puede concretarse en la imposición de autolimitaciones en aspectos como el trabajo, la asistencia a la rehabilitación o las relaciones personales o de pareja:

*“Él [se refiere a su hijo] no quiere venir al centro de rehabilitación. No por nada, él no dice nada de nadie, no se queja de nada, pero dice que no, que están siempre lo mismo y que para qué va a andar viniendo”.*

*“El mío [se refiere a su hijo] se retrae a no tener contacto con la gente”*

*“Algunas veces hablamos mi hijo y yo. Y le digo muchas veces... porque yo tengo otros dos más que están casados, y él habla de las cuñadas... Y le digo yo “Bueno, algún día me traerás tú a alguna chiquita, a casa”. Y dice “Mamá, eso ni lo pienses, eso ni lo pienses”.*



*“Todos, el mío también, piensan que están mejor que ninguno [referido a los compañeros que están en el centro de rehabilitación], claro... Yo no sé si realmente lo que queda dentro de ellos es ese estigma de “Yo mismo ayudo a estigmatizarme más”.*

### **El autoestigma de la familia**

La principal fuente de autoestigma entre los familiares de las personas con enfermedad mental grave y persistente es la atribución sobre las causas de la enfermedad mental. La cultura popular mantiene la creencia de que los comportamientos familiares irregulares hacia los niños en la infancia son los responsables del desarrollo de enfermedades mentales en la edad adulta. Los familiares, especialmente los padres, absorben estos estereotipos y aparece el estigma de la culpa, la vergüenza y la autoresponsabilidad. Aunque es difícil conseguir manifestaciones de familiares que acepten tener este tipo de cogniciones, algunas afirmaciones escuchadas durante las charlas de grupo ponen de manifiesto que este tipo de pensamientos están presentes en muchos de ellos:

*“Vamos, en este caso yo es que estoy viuda, he estado sola con él. Mi otro hijo (tengo dos chicos y dos chicas) tiene una relación de pareja y ella había hecho las prácticas en el hospital, y dice que se daban mucho problemas de psicosis, en el mayor y en el más pequeño de familias desestructuradas. Y yo no sé si eso...”*

*“Eso no da pie a que nosotros nos sintamos culpables. Yo creo que es una cosa que aparece y que de hecho hay muchas personas que pueden, y que no se les ha despertado eso. Pero seguro que hay un gran porcentaje de personas que se les puede desatar eso”.*

La búsqueda de culpables es otro de los argumentos hallados en torno a la autoestigma de la culpabilidad:

*“Porque ya os digo, mi hermana también busca culpables. En la Psicología antigua buscaban siempre culpables, dentro de la familia o dentro del entorno...”*

*“Yo es que hubiese agradecido muchísimo que alguien de la familia de mi marido, me hubiese dicho “Oye mira, que hay estos antecedentes”.*

*Y yo hubiese podido entender algo. Y yo, a su hermana la mayor, porque no he conocido a mi suegro, le decía "Oye, es que mira..." "¡No, no, no!". Pero señora, si yo no lo estoy diciendo que sea malo, le estoy diciendo que hace cosas y que son desproporcionadas las reacciones que tiene ante una tontería. Entonces yo hubiese agradecido mucho "Oye mira, es que resulta que..."*

*"Mi marido tenía reacciones desproporcionadas, yo creo que raras. Y había alguien en su familia con enfermedad mental. Luego me he dado cuenta, valorando la situación, que por la mía también ha habido alguien... una hermana de mi madre o un hermano de mi madre... O sea que yo creo que algo genético había, por ambas partes".*

La consecuencia más evidente del estigma social al que se ve sometida la familia, por un lado, y los sentimientos autoestigmatizadores de culpa y vergüenza, por otro, es el ocultamiento, el máximo tiempo posible, de la presencia de la enfermedad mental. Algunos familiares reconocen haber vivido situaciones de secretismo bastante evidentes:

*"En mi caso, cuando mi hermana empezó, bueno pues a estar mal, y se le empezó a detectar la enfermedad, yo recuerdo que en mi casa [se refiere a la casa de sus padres] sí que se escondía. De hecho cuando llamaba un familiar y preguntaba "¿Pues qué tal estáis?" se decía "Bien, bien" y a lo mejor estaba ingresada. Yo eso no lo entendía nunca, nunca lo he entendido, porque me parece que eso no ayuda ni a la familia ni al propio enfermo a aceptar la enfermedad".*

En muchas ocasiones, el ocultamiento de la enfermedad mental se circunscribe a determinadas personas, pero parece difícil determinar a quién contarle y a quién no:

*"Hombre, ocultarse no se oculta, pero también sabes que no lo puedes contar a todo el mundo".*

*"... pero es que hay mucha gente que no se le puede decir eso, porque es que..."*

*“Depende de la relación, y depende de la persona. Porque hay personas que igual hablando sí pueden llegar a entender, y van viendo y realmente van apoyando, van acompañando. Y otras que miran por el agujerín de la puerta y con miedo”.*

El ocultamiento de la enfermedad lleva a interpretar de forma especialmente suspicaz y a juzgar como inapropiadas las preguntas de los demás, como lo demuestra este fragmento de una conversación en la que una madre de una persona con esquizofrenia relata su percepción de determinadas situaciones en que es especialmente difícil mantener la intimidad:

*- Hay gente muy maleducada, y a la gente muy maleducada no hay que tratarla como si fuera educada.*

*- Maleducada, ¿en qué sentido? ¿qué hacen?*

*- Por ejemplo, qué te digo yo... ¿Le preguntarías a una señora “Y tu hijo ¿en qué trabaja?” o “¿Tu hija qué hace??”. No. Es que no me atrevería, no sé cómo decirte, es que me da una vergüenza tan grande desnudar a la gente así.*

*- Pero depende de la relación que tengas con la persona.*

*- Pero aunque la tengas. Bueno si la tienes te lo cuenta, te lo dicen. Pero yo, preguntarle alguna cosa, que yo no me atrevo, no sé cómo decirte. Entonces la gente normalmente se da cuenta, pero también la gente es morbosa. La gente normalmente si te conoce de tiempo lo ve (...), la aprecian, la quieren, porque ella es muy cariñosa. Pero bueno, que tampoco es decir que no tienes que ocultarlo, pero tampoco tienes que contarlo a cualquiera. “¿Y qué es lo que tiene?” “Pues mira, tengo esto, esto y lo otro”. Porque eso lo tiene que hacer el psiquiatra. “Pues mira, tiene una enfermedad o un problema de nervios, de tipo de depresión”. Y ya está. Ya se sabe. Nosotros, que ahora lo conocemos, si tiene más de unos meses y no se ha curado la depresión, pues es mucho más que una depresión.*

*- A lo mejor preguntan porque se preocupan, ¿no?*

*- Yo creo que, en general, no. En general, no. Hay que ser un poco listos, o sea, tú dices las cosas hasta donde las debes de decir, claro, porque necesitas ayuda, o por lo que sea... No es lo mismo eso a que la gente te pregunte, porque depende cómo te pregunte.*

En otros casos, se ha hallado que los familiares se quejan del escaso interés de la gente, que prefiere no preguntar para no saber. Aunque detrás de esta afirmación puede sospecharse que los demás perciben, más o menos veladamente, los intentos de ocultamiento:

*“Sí, lo que pasa es que la gente no se atreve, muchas veces, a preguntarlo. Pero algunos que se han lanzado y han preguntado delante de mí, “¿Qué es lo que le pasa a tu hijo?” “Pues mira, a mi hijo le pasa esto”. Como él entra y sale, y entonces como no está escondido, pues se le nota, pues es que tiene un... se les nota enseguida, en fin...”*

*“No se atreven quizá a preguntarlo. Tengo un compañero allí en la empresa que se jubilaba y como ten en cuenta que tengo sesenta y cuatro años, le digo “Bueno yo intento ver qué pensión me queda porque somos tres” “No, no, si ya lo sé”, me dijo. O sea que a mi hijo lo ven conmigo a distintas horas y (...) Lo que pasa que luego hay gente que se lanza y pregunta “¿Oye pero qué es lo que le pasa a tu hijo?”. Familia, no familia... Y la gente allí sabe, pues más o menos, que está mal, que está mal, pero bueno (...) depresivo”.*

A pesar del temor que suscita decir a los que les rodean que tienen en casa a un familiar con enfermedad mental grave y persistente, muchos familiares se dan cuenta de que esta actitud contribuye a perpetuar el desconocimiento de la enfermedad por parte de la sociedad y los mitos y estereotipos asociados a ella, por lo que se muestran proclives a hablar de forma abierta sobre ello, aunque no lo lleven a cabo:

*“Yo personalmente creo que sí que hablo abiertamente de ello, no con cualquiera, pero sí con la gente cercana, con familia y vecinos y amigos sí que lo expresas. Y luego porque me parece que no es algo que puedas esconder, o sea, a no ser que sea una persona que vive cerrada permanentemente en una habitación, no se puede esconder, porque sale, poco o mucho, y la gente que siempre está viviendo en el mismo sitio pues acaba viendo todo. Y lo normal es que acabes entrando en un diálogo de lo que pasa y de la sociedad que hay”.*

*“La lucha creo que debería empezar por que no se escondiera la enfermedad de estas personas, no tener vergüenza, no esconderla y hablarla... porque yo por la experiencia... yo no la escondo. Entonces claro, al principio mis otros hijos por ejemplo se ponían enfermos y me decían “Por qué dices eso, pues qué vergüenza” y yo decía “Lo último que podemos tener es vergüenza”. (...) Entonces yo, por la experiencia que tengo, a medida que vas hablando con personas, las personas lo acaban entendiendo. Cuando les hablas de situaciones, cuando ven que haces una vida más o menos normal, dentro de lo normal que se puede hacer una vida con un enfermo mental en casa. Y eso al final la gente lo acaba percibiendo. Pero claro, lo que pasa, que ellos tiene la información de los medios de comunicación...”*

*“Mi opinión, es que ir a trabajar una persona con enfermedad mental intentando esconderlo, eso no es bueno, por el bien de nuestros hijos. Lo primero por él, por esa persona, porque tiene un estrés continuo, porque piensa “Me lo van a notar”, porque son inteligentes, “Me lo van a notar, no me lo van a notar” y eso les produce que se pongan peor. Yo lo que creo es que tienen que tener un tipo de trabajo protegido, que vayan a un sitio que, o bien sea una empresa que admita gente con el problema éste y que sepa lo que es, claro”.*

*“Tenemos muchos temores, muchos temores, porque ya la enfermedad en sí con el estigma que tiene... pero, efectivamente, debíamos de interpelar a la sociedad y decirle “Esto es lo que tiene mi hijo”.*

*“Y luego otra cosa es que lo hablas con la gente y te das cuenta de que casi todo el mundo, si no es alguien de su familia, es un amigo o no sé qué. Hay mucha gente que le pasa lo mismo, lo que pasa que nadie se atreve a decirlo, cuando tú lo hablas te lo cuentan”.*

#### **d) El estigma en los profesionales visto por los familiares.**

La mayoría de los investigadores que han estudiado los factores que llevan al estigma, consideran que la tradicional tensión que existe entre los profesionales de la salud mental y los familiares de las personas con enfermedad mental grave y persistente se

debe, básicamente, a la percepción, por parte de los familiares, de creerse responsabilizados de la enfermedad mental de sus hijos o hermanos. Aunque este tema no apareció de forma explícita durante las discusiones de grupo, sí pudo comprobarse que las fricciones entre algunos profesionales de la salud mental y los familiares se producen con cierta frecuencia. Los familiares relatan situaciones de desavenencia, especialmente con los psiquiatras, en los que perciben, con cierta frecuencia, un tratamiento poco sensible y basado exclusivamente en la medicación. Por otro lado, parece que los profesionales tienen problemas para hacerse entender por las familias:

*“Yo he hablado con muchos psiquiatras y a veces creo que ignoran la opinión de los familiares. Pienso que tendrían que pensar que estamos más en contacto con el enfermo y que tenemos más información. En este caso suelen rechazar lo que pueda decir el familiar, la información”.*

*“Yo me he encontrado con psiquiatras que me han dicho “Su hijo está de manicomio, señora”. Y mi hijo, cuando estaba en una fase aguda de su enfermedad, que no le habían controlado, me negué a llevármelo del hospital. Y le dijeron a mi hijo que yo me quería deshacer de él y que lo iba a llevar a un manicomio”.*

*“Es que claro, el psiquiatra no cura. El psiquiatra diagnostica y receta. Si el medicamento, va bien, bendito sea Dios. Y si no, a cambiar de medicamento... Para ellos es mejor un psicólogo”.*

Sin embargo, algunos familiares coincidieron en señalar que, más que el psiquiatra, los profesionales que más estigma manifiestan son los médicos de atención primaria. Un familiar, madre de una persona con enfermedad mental grave y persistente y médico de profesión, relató durante la sesión de grupo una situación vivida en primera persona, que puede ser interesante y representativa del estigma que muchos profesionales de la salud mantienen hacia las personas con enfermedad mental grave y persistente:

*“Yo el mayor problema lo veo en el ámbito de la primaria. Y os digo esto porque yo he llegado a estar en una guardia y he estado callada mientras dos compañeros míos jóvenes (que no sabían mi situación, ni*

*por supuesto se la comenté) ponían a parir a una señora que les hizo una llamada y mira por dónde les abrió la puerta el esquizofrénico, el de los ojos, el de no sé qué, no sé cuántos... y claro, estaba allí escuchando, porque en urgencias comemos a golpe de “parece que este momento es bueno”. Y lo estaban escuchando auxiliares, ordenanzas, enfermeras, pediatras como yo... Entonces a mí me parece lamentable que a la primaria se la esté metiendo en todos los ámbitos de todas las especialidades y, dentro de la salud mental, pues en la depresiones y cosas así, y la esquizofrenia y otros problemas de ajuste emocional”.*

Incluso, los familiares comentaron entre sí, cómo existe, a su manera de ver, entre los propios profesionales de la Medicina, cierto estigma hacia los psiquiatras:

*“Entre los propios profesionales, el psiquiatra es el primero que está majareta. Entre los profesionales, el psiquiatra ha estudiado psiquiatría porque ya estaba majareta de antemano”.*

*“No se puede, como médico, estigmatizar al psiquiatra, porque ya hizo psiquiatría porque no estaba muy bien de salud mental. Eso ocurre en medicina. En medicina, el psiquiatra tiene un trato despectivo de los otros profesionales hacia él”.*

A pesar de todo, existe una gran dispersión de opinión en este tema entre los familiares de personas con enfermedad mental grave y persistente, y muchos manifestaron cierta relatividad en este tema. Incluso, parece existir cierta comprensión de las dificultades de los profesionales para ejercer su trabajo:

*“Hay profesionales y profesionales”.*

*“Igual que me he encontrado psiquiatras penosos, totalmente anti-éticos como profesionales, que me he encontrado otros buenísimos”.*

*“Muchas veces los comportamientos, porque yo creo que ése es el término, los comportamientos a veces están relacionados con las exigencias del entorno”.*

*“Yo es que de los profesionales, lo que quería decir, es que tú te vas endureciendo en el medio en el que estás trabajando. O sea, si tú eres pocero, te vas endureciendo hasta tener el agua hasta aquí. Y no te pasa nada. Y a lo mejor a mí me la ponen en el tobillo y me da algo. El psiquiatra también se va endureciendo por el prototipo de casos que tiene. Para nosotros, como es nuestro caso, no es uno más. Independientemente de los casos extremos, porque eso forma parte de la condición humana, sea psiquiatra o lo que sea... sí que hay un comportamiento, que yo creo que se une a la falta de infraestructura, hay un comportamiento duro, porque siempre hay quien está peor. Y entonces sí que el comportamiento es duro y rápido. Porque se une tu propio endurecimiento en relación al entorno, con la falta de infraestructura. Luego el propio profesional relativiza a veces tanto el problema que podría ser una manera también de tratarlo mal, digamos, de quitarte de en medio. Mira, que sí, que estás muy loco, pero o que eres imposible o que no es para tanto. Y entonces, a la bioquímica...”*

- e) Otros temas que surgieron en los grupos de discusión relacionados en mayor o menor medida con el estigma.**

#### **Los servicios de atención a las personas con enfermedad mental grave y persistente de la Comunidad de Madrid vistos por los familiares**

Los comentarios sobre los servicios de atención a las personas con enfermedad mental grave y persistente fueron muy frecuentes durante las discusiones de grupo realizadas. Los familiares valoran muy favorablemente algunos de estos servicios, especialmente, los centros de rehabilitación psicosocial y laboral:

*“Estoy hablando de los centros de rehabilitación laboral, que es una de las cosas que antes no existía y ahora existe. Hay bastantes ya y tenemos que pedir más y mucho más. Son buenísimos, porque ellos les hacen trabajar. Como ven que las cosas las pueden hacer... Hacen que ellos se habitúen a un horario, a una dinámica, a una obligación... Y lo hacen poco a poco, primero van dos horas, luego van tres días a la*



*semana, hasta que adquieren pues un nivel de más o menos, y claro, algunos han conseguido un trabajo”.*

*“La asistente social, venía y me decía “Con la psicóloga, para dentro de veinte días”. Y venía y le decía yo “¿Qué tal con la psicóloga?” “Ay mamá, es más mona, es más rica. Qué maja, qué buena persona, qué encantadora...” Bueno todo eso era cierto. Pues la psicóloga, con la paciencia del santo Job, con los talleres, con lo otro... La asistente social, con la paciencia del santo Job...*

*“Estamos muy contentos nosotros con todos los médicos y psicólogos que nos han atendido. Hicimos un curso en la Cruz Roja de Cuatro Caminos. A nosotros eso fue venir Dios a vernos. Porque nos coincidió cuando nos dijeron que era la enfermedad [de su hijo], y no sabíamos qué era. Y nos coincidió en que formamos un grupo, y nos estuvieron explicando. Y de verdad, de maravilla. A nosotros nos abrió los ojos, porque además nos dijeron que además nos manipulaban. Nosotros estábamos manipulados por nuestro propio hijo. Es inconsciente, claro, por su enfermedad. Y llegó un momento que estábamos, pues eso, a lo que el niño dijera. No sabías, no te movías, ibas a donde él... O sea, era una cosa... Y ya nos dijeron que eso ni era bueno para él ni para nosotros. Y bueno pues empezamos a... Y bueno, de hecho ahora tenemos que tener cuidado para que no nos manipule. Y no dejamos que nos manipule. Y nos va muy bien, muy bien”.*

Aún cuando a pesar de todos los esfuerzos informativos por parte de la red, parece existir cierto desconocimiento de los servicios de atención, como lo demuestran algunas afirmaciones vertidas:

*“Yo he leído hoy que van a abrir una serie de centros en Madrid. Vengo corriendo como todo el mundo y en el periódico del metro, no me había dado tiempo a leer el periódico, he visto que iban a abrir una serie de centros. Los centros como éste [se refiere a un CRPS], me parece que hay cinco en Madrid. No sé qué otro tipo de centros van a abrir. Y no sé qué tipo de dotación y de expectativas hay para las personas que padecen la enfermedad mental. Entonces yo creo que no solamente hay que pedir, hay que reclamar, esté quien esté, vamos”.*

También se aprovechó esta oportunidad para expresar algunas reivindicaciones con respecto a los servicios, especialmente en lo referente a la necesidad de contar con un mayor número de profesionales especializados:

*“Se necesitan más psiquiatras, más psicólogos, y más asistencia para ellos. Lo que no se puede es que un psiquiatra te dé una cita cada mes”.*

*“Me parece que en la psiquiatría hospitalaria hay pocos psicólogos, ¿no? En las plantas de psiquiatría hospitalaria. Es que la pregunta la hago por lo siguiente. Yo, mi hijo sólo tuvo un ingreso en el [nombre de hospital] (...) Y bueno fue hace años o sea que no sé cómo estará ahora. Y entonces yo pregunté que si podía hablar con algún psicólogo, porque pensé “Con la única persona que va a tener fiabilidad, a lo mejor, mi palabra, es con un psicólogo”. Porque bueno, me lo puedo estar inventando todo, pero en principio es una persona preparada para escuchar y porque el psiquiatra está preparado para ver síntomas. Porque son dos especialidades que se complementan pero que no tienen nada que ver. Y en aquel momento no había psicólogos en la planta. No hay psicólogos. Hay enfermeras...”.*

*“Lo mismo que hay campamentos para los niños para que aprendan a pescar, o del medio ambiente, pues la verdad es que a mí me parecería francamente bueno que se tomara como medida terapéutica que una o dos veces al año estuvieran en otro ambiente. Porque todo el día con papá y mamá, o con la hermanita, o con el abuelito... Aparte de que pobrecitos en algunos casos las familias, a ellos también les coartas su...”.*

Los participantes debatieron en diversas ocasiones acerca de la oferta de recursos sanitarios o la adecuación de los mismos a las necesidades de las personas con enfermedad mental grave y persistente, especialmente en lo que se refiere a la atención en momentos de crisis:

*“Y en un momento de crisis es cuando pueden, si no los controlamos en ese momento con medicación y con todo... Y ahí está la*

*responsabilidad de la administración, de cómo están los hospitales, de que no hay camas, de que el psiquiatra no te atiende cuando te tiene que atender... Entonces, claro, luego pasan cosas y es "La persona enferma mental es...". No, no, no. Atiéndelo cuando lo tienes que atender".*

*"Yo he hecho una denuncia ahora, a raíz del último ingreso de mi hermana, he hecho una denuncia solicitando eso. Porque ellos tienen recursos, que puede ser una inyección o puede ser yo qué sé qué, que en un momento determinado tenga conocimiento para manejar la situación".*

*"Pero no es justo que toda la responsabilidad recaiga en la familia. No, eso no es justo. Se necesita atención a domicilio y muchas más cosas".*

En relación con lo anterior, los familiares pusieron de manifiesto los conflictos que genera el ingreso hospitalario en momentos de crisis desde el punto de vista legal:

*"Muchos psiquiatras se lavan las manos, porque saben que está luego la ley. La dichosa ley. Y entonces dices "A una persona mayor de edad...". Porque el enfermo es el débil, y la ley siempre tiende a proteger al débil. Porque podría ocurrir que nosotros fuéramos que nos estorbaba una persona y dijéramos que estaba mal, entonces claro, las cosas tampoco se puede hacer al pie de la letra. Entonces el psiquiatra sabe que si a lo mejor le lleva a la fuerza, pues luego le puedes decir "Oiga, ¿y usted por qué le ha llevado a la fuerza?". Pues ahora en el juzgado que estaba antes en la calle María de Molina, no estoy muy segura pero creo que ya están unidos psiquiatra y juez... Es que no estoy muy segura. Entonces están ya formando un equipo para que el psiquiatra, amparado por el juez, inmediatamente, en una sola operación, lo pueda hacer".*

*"Cuando tienes a un enfermo mental en una crisis muy aguda, entonces te dicen "Tiene que ir al juzgado no sé qué, pedir el papelito, pedir orden judicial..." y entonces claro, tú dices "No, hijo, tú quédate ahí, no hagas nada, estate quieto, que yo voy al juzgado"*

### **Los problemas derivados de la convivencia con las personas con enfermedad mental grave y persistente**

Otros problemas comentados fueron los derivados de la convivencia con las personas con enfermedad mental grave y persistente, que supone una carga emocional importante para los cuidadores de estas personas, como se pudo extraer de las afirmaciones recogidas:

*“...porque es a veces la propia familia... yo, es mi hijo y estoy a veces, muchas, hasta el moño de mi hijo. Y ahora estoy (...) pero sin embargo estoy harta de mi hijo. Si yo, que soy su madre, y lo que me va a quedar, pues fíjate la gente que no tiene nada que ver”.*

*“... lo tienes colgado de las faldas, siempre”*

*“Es que la calidad de vida nos la hunden, por completo. No podemos estar todo el día dale que dale, porque es que no asimilas... Más vale estar tranquilo...Pero precisamente por estar tranquilo se aprovechan, quiero decir, como saben tu punto flaco...”*

*“Desde hace cinco años mi vida se quedó... nula. Nada más que él, y él, y él. Él conmigo y yo con él”.*

*“¿Quién no necesita alguna vez desintoxicarse? Yo lo necesito”.*

*“Compramos películas juntos, ponemos el lavaplatos juntos... Y así quince años. Pues la verdad, no sé cómo no está de mí hasta el gorro”.*

Las relaciones de convivencia se desarrollan, según las palabras de los propios familiares, entre la manipulación y la dependencia emocional:

*“Los enfermos mentales, tenemos que reconocer, que son manipuladores, son muy manipuladores, entonces se aprovechan. ¿Por qué, como dices tú, tu hijo en casa te hace la vida imposible a veces y allí no [se refiere al hospital o al centro de rehabilitación]? Pero porque nos dejamos manipular. En tu casa no le haces levantarse de la cama por nada del mundo, ni ducharse... Y al día siguiente están en el*

*sanatorio y allí se levanta a la hora que todo el mundo, se ducha, se toma lo que sea, y todo. ¿Y por qué? Pues porque saben que allí tienen que hacerlo y sin decirles nada”.*

*“Todos los enfermos crónicos son manipuladores, los mentales y los no mentales”.*

*“Mi hijo llega a tener hasta celillos de los otros [se refiere a sus otros hijos]. Y cuando vienen (...), me dice “Mamá, que ya no me haces tanto caso”. Entonces yo le digo “Mira, yo tengo tres hijos, los tres sois iguales. Ahora están ellos aquí, tengo que atenderles a ellos”. Son un pelín egoístas, también”.*

En este sentido, los familiares reconocen el papel fundamental que tiene promover la independencia día a día, aunque, en muchos casos, esto sea muy laborioso y complejo y, a menudo, les falten estrategias de afrontamiento a situaciones cotidianas conflictivas:

*“Un psiquiatra me dio un consejo que, en su momento, no llegué a valorar, pero que después, en el trato con mi hijo, lo he ido utilizando y la verdad es que me ha dado muy buen resultado. Me dijo “Nunca te enfrentes a él ni le digas directamente qué es lo que quieres que haga”. Entonces yo me pasé, por ejemplo, meses diciéndole “Sacar al perro, por favor”. Y un día le dije “Oye, que voy a buscar a alguien que me saque al perro, ¿te interesa?”. Y religiosamente sale con el perro. Es mejor así. Yo era una castellana directa. Pero he aprendido un poco a hacer circunloquios y con él me ha ido muy bien”.*

*“La instrucción a los padres se nos escapa. O no lo sabemos hacer o se produce unas relaciones que es muy difícil. Yo a mi hijo decirle “Haz esto” y que lo haga simplemente por lo que le he dicho, es muy difícil”.*

Los familiares directos, especialmente las madres, se reconocen muy unidas a sus hijos con enfermedad mental grave y persistente:

*“Yo la verdad es que estoy encantada con él”.*

*“Yo he llegado a decir, por contra, que la desgracia de mi hijo es mi suerte, porque es una persona muy cariñosa, muy pendiente de todo... Y bueno, para mí es mi otro yo”.*

*“Mi hijo es mi compañía de vida”.*

#### **5.1.4 Conclusiones del estudio cualitativo.**

- a) El estigma social de la enfermedad mental grave y persistente percibido por las familias.**

##### **El estigma percibido hacia las personas con enfermedad mental grave y persistente**

El estigma social que supone la enfermedad mental grave y persistente es experimentado con frecuencia por los familiares de las personas que padecen esta enfermedad. En numerosas ocasiones ven cómo sus hijos, hijas u otros familiares con enfermedad mental son rechazados y apartados por una sociedad que no comprende y desconoce las características de estas personas y que se apoya en estereotipos basados en mitos e ideas erróneas. Para los familiares, la enfermedad mental es un tema tabú, del que no gusta hablar en público porque está determinado por la asociación que existe entre esquizofrenia y violencia.

El estigma es discriminación. La gente experimenta un rechazo, falta de comprensión y, en el mejor de los casos, compasión, cuando está ante una persona con enfermedad mental grave y persistente.

Las experiencias de rechazo sufridas por sus parientes son vividas con gran intensidad por los familiares provocando aislamiento social y desesperanza. Para algunos, esto puede ser la causa de muchos suicidios.

Estas experiencias se sufren con los amigos pero también en el seno de la familia extensa y con los familiares más lejanos.

Para los familiares de las personas con enfermedad mental grave y persistente, las enfermedades mentales son más desconocidas y peor comprendidas por la sociedad que las físicas como el cáncer o el SIDA y tiene una mayor carga de estigma que otras enfermedades mentales como la depresión.

La desinformación y el desconocimiento son uno de los factores que más frecuentemente aparece durante las discusiones como justificación a priori, del rechazo. Sin embargo, algunos familiares muestran cierta duda sobre si la falta de información de la sociedad sobre la enfermedad mental podría ser suficiente para explicar el rechazo o más bien podría explicarse por una combinación de desconocimiento y la falta de recompensas que supone, en muchas ocasiones, el trato con las personas con enfermedad mental grave y persistente.

Para los familiares, el rechazo y el aislamiento social son barreras muy importante para la integración social porque las personas con enfermedad mental grave y persistente terminan estableciendo relaciones sociales con otras personas que se hallan en sus mismas circunstancias en los propios centros de rehabilitación, por lo que se crea una especie de gueto (según sus palabras), donde el aislamiento social se perpetúa.

### **El estigma percibido hacia los familiares de las personas con enfermedad mental grave y persistente**

Muchos familiares de personas con enfermedad mental grave y persistente expresan que conocidos y amigos reaccionan de forma negativa a la enfermedad mental de sus hijos o hermanos. El rechazo hacia las personas con enfermedad mental se extiende, por tanto a los que les rodean y están cerca de ellos. El rechazo, se manifiesta de múltiples formas, pero la más frecuente es la falta de comprensión y la negación de ayuda por parte de amigos y familiares, que no aceptan o se niegan a ver la enfermedad.

#### **b) El estigma de las familias hacia las personas con enfermedad mental grave y persistente que conviven con ellos.**

Los familiares de las personas con enfermedad mental grave y persistente, como parte de la sociedad también muestran actitudes y conforman estereotipos negativos sobre la enfermedad mental. Muchos familiares admiten que, al conocer el diagnóstico de sus allegados, sintieron incompreensión, negación y hasta rechazo. Incluso, aunque vean a su familiar con enfermedad mental de forma diferente, pueden manifestar comportamientos estigmatizadores hacia otras personas con el mismo problema pero que no son de su familia.

Los problemas de convivencia que se producen día a día en los hogares donde hay una persona con enfermedad mental grave y persistente y la constatación de las limitaciones, que evidentemente existen, lleva a los familiares a comportamientos de paternalismo y sobreprotección que mantiene el estigma de la incapacidad como categoría general de comportamiento. Así, los familiares suelen ver a las personas con enfermedad mental grave y persistente como niños a los que se debe tratar como tales.

Sin embargo, los familiares son conscientes de estos comportamientos de sobreprotección aunque en último caso, consideran que el problema de la incapacidad es un problema de ayudas a la rehabilitación.

La incapacidad laboral es uno de los temas que más preocupan a los familiares, quienes consideran que el trabajo es fundamental para la rehabilitación de las personas con enfermedad mental grave y persistente pero que la capacidad para el trabajo de su familiares en concreto es muy limitada. De esta forma creen que sólo algunos podrían trabajar en la empresa ordinaria y que la mayoría no podría realizar un trabajo de ocho horas.

Existen en los familiares actitudes ambivalentes con respecto al trabajo y la incapacidad, porque si bien se considera que las personas con enfermedad mental grave y persistente deben tener un trabajo que les ayude en su rehabilitación, parece que en pocos casos este trabajo puede llegar a tener las características de un trabajo ordinario, que permita a los trabajadores un mantenimiento digno, lo que preocupa a los padres de cara al futuro. Esto lleva a muchos de ellos a intentar la posibilidad de conseguir una declaración de incapacidad laboral que lleve asociado una pensión futura para sus hijos o hermanos. Sin embargo, la incapacidad laboral supone para los afectados una barrera de primer orden en la rehabilitación.

Unido a la incapacidad aparece también el estigma de la irresponsabilidad, sobre todo en relación con la posibilidad de tener una pareja y formar una familia. Los familiares creen que encontrar y mantener una pareja es muy difícil y que en el caso de que ocurriera, nunca deberían tener hijos.

El estigma de la peligrosidad presente en la sociedad se halla también entre los familiares de las personas con enfermedad mental grave y persistente. Algunos familiares reconocen tener miedo de sus hijos, por ejemplo, aún cuando los profesionales les advirtieran que no eran peligrosos.

En ocasiones, la sociedad sublima algunas características de las personas con enfermedad mental grave y persistente configurando un estereotipo más o menos



positivo pero ciertamente irreal (genialidad, profundidad, capacidad de reflexión, creatividad, etc.). De la misma forma, los familiares más directos de las personas con este problema también ven cualidades positivas en ellos, conformando un cierto estereotipo de comportamiento familiar que claramente generaliza las características de estas personas y no considera las diferencias individuales. Muchos familiares dicen que las personas con enfermedad mental grave y persistente son más cariñosas, sensibles e inteligentes que las personas que no padecen esta enfermedad.

### **El autoestigma dentro de la familia**

Dentro de la familia se experimenta el autoestigma de dos formas diferentes. En primer lugar, los familiares que conviven con las personas con enfermedad mental grave y persistente perciben claramente las reacciones y actitudes de autoestigma que éstos presentan. En segundo lugar, los propios familiares pueden presentar autoestigma, manifestado a través de sentimientos de vergüenza y culpabilidad y conductas de ocultamiento de la enfermedad a terceros.

### **El autoestigma de las personas con enfermedad mental grave y persistente percibida por los familiares que conviven con ellos**

Los familiares de las personas con enfermedad mental grave y persistente creen que éstos se perciben a sí mismos como disminuidos e inferiores, se sienten fracasados y pueden llegar a sentirse inseguros y temerosos de sus propios comportamientos.

Según los familiares, el autoestigma en las personas con enfermedad mental grave y persistente, se manifiesta a través de una serie de autolimitaciones en aspectos como el trabajo, la asistencia a la rehabilitación o las relaciones personales o de pareja, así como en el rechazo a la enfermedad, la baja autoestima y la falta de expectativas de recuperación.

#### **c) El autoestigma de la familia.**

La principal fuente de autoestigma entre los familiares de las personas con enfermedad mental grave y persistente es la atribución sobre las causas de la enfermedad mental. La cultura popular mantiene la creencia de que los comportamientos familiares irregulares hacia los niños en la infancia son los responsables del desarrollo de enfermedades mentales en la edad adulta. Los familiares, especialmente los padres absorben estos estereotipos y aparece el estigma

de la culpa y la vergüenza. Aunque es difícil conseguir que los familiares de las personas con enfermedad mental grave y persistente admitan este tipo de actitudes, algunos sí reconocen haber pensado que determinadas situaciones familiares y factores hereditarios pueden haber sido la causa del problema.

La consecuencia más evidente del estigma social y los sentimientos auto-estigmatizadores de culpa y vergüenza, es el ocultamiento de la enfermedad mental. Los familiares admiten, en su mayoría, que ocultan la enfermedad, aunque, en muchos casos, se trata de un ocultamiento parcial, es decir, sólo se revela la verdad a personas muy cercanas.

El ocultamiento de la enfermedad lleva a interpretar de forma especialmente suspicaz y a juzgar como inapropiadas las preguntas de los demás, que se interpretan como inadecuadas aún a riesgo de que sean bien intencionadas. En otros casos, los familiares se quejan del escaso interés de la gente, que prefiere no preguntar para no saber. Aunque detrás de esta afirmación puede sospecharse que los demás perciben, más o menos veladamente, los intentos de ocultamiento.

A pesar del temor que suscita decir a los que les rodean que tienen en casa a un familiar con enfermedad mental grave y persistente, muchos familiares se dan cuenta de que esta actitud contribuye a perpetuar el desconocimiento de la enfermedad por parte de la sociedad y los mitos y estereotipos asociados a ella, por lo que creen que sería deseable hablar de forma abierta sobre ello, contemplando esto como una batalla pendiente en la guerra contra el estigma.

#### **d) El estigma en los profesionales visto por los familiares.**

La tradicional tensión existente entre los profesionales de la salud mental y los familiares de las personas con enfermedad mental grave y persistente, tiene su base en la creencia por parte de los familiares de que los profesionales les responsabilizan de la enfermedad mental de sus hijos o hermanos.

En el estudio realizado, esta afirmación no aparece de forma explícita en el discurso de los familiares, pero sí puede comprobarse que las fricciones con algunos profesionales de la salud mental se producen con cierta frecuencia. Los familiares relatan situaciones de desavenencia, especialmente con los profesionales, en los que perciben, con cierta frecuencia, un tratamiento poco sensible y basado exclusivamente en la medicación. Los familiares se quejan de que algunos de estos profesionales ignoran la opinión de los familiares, rechazan sus informaciones y no creen en la rehabilitación.

Sin embargo, algunos familiares coincidieron en señalar que, más que el psiquiatra, los profesionales que más estigma manifiestan son los médicos de la asistencia primaria, que incluso suelen estigmatizar a los psiquiatras, a los que suelen adjudicar las características negativas de sus pacientes.

A pesar de todo, existe una gran dispersión de opinión en este tema, en el que muchos familiares manifiestan cierta relatividad, ya que consideran que no todos los profesionales son iguales. Incluso, parece existir cierta comprensión de las dificultades de los profesionales de la salud mental para ejercer su trabajo.

**e) Otros temas que surgieron en los grupos de discusión relacionados en mayor o menor medida con el estigma.**

**Los servicios de atención a las personas con enfermedad mental grave y persistente vistos por los familiares**

Los familiares valoran muy favorablemente algunos de los servicios de atención a las personas con enfermedad mental grave y persistente. Especialmente se aprecia la dedicación de los profesionales de los Centros de Rehabilitación Psicosocial y los Centros de Rehabilitación Laboral de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid, por hacer una importante labor al conseguir que se habitúen a un horario, a una dinámica, a una obligación que les sirve para acceder a un puesto de trabajo.

Sin embargo, existe cierto desconocimiento sobre los servicios sociales, su tipología y su funcionamiento en la Comunidad de Madrid y en relación con otras Comunidades.

A pesar de la valoración positiva de los servicios existentes, los familiares parecen percibir algunas carencias en los servicios sociales y sanitarios de atención a la enfermedad mental grave y persistente. Esta carencia podría ser algo más evidente en lo que a la atención en momentos de crisis se refiere. Los familiares sienten que se hace recaer en ellos toda la responsabilidad y que la administración podría asumir un papel más relevante en este sentido.

### **Los problemas derivados de la convivencia con las personas con enfermedad mental grave y persistente**

Otros problemas comentados fueron los derivados de la convivencia con las personas con enfermedad mental grave y persistente, que supone una carga emocional importante para los cuidadores de estas personas.

Las relaciones de convivencia se desarrollan, según las palabras de los propios familiares, entre la manipulación y la dependencia emocional. Creen que les faltan estrategias para evitar la manipulación y promover la autonomía e independencia de sus allegados.

Para finalizar, debe destacarse que los familiares directos, especialmente las madres, se reconocen muy unidas a sus hijos con enfermedad mental grave y persistente.

## **5.2 ESTUDIO CUANTITATIVO**

---

El estudio que se presenta a continuación ha adoptado un enfoque cuantitativo para analizar el estigma entre los familiares. El primer punto describe las características de la muestra de participantes en el estudio. A continuación se presentan los instrumentos de evaluación y el procedimiento seguido. El tercer punto expone los principales resultados obtenidos y, por último, se ofrecen las principales conclusiones del estudio.

### **5.2.1 Participantes.**

En el estudio participaron 51 familiares de usuarios de la Red de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Crónica de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid, fundamentalmente Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS), que fueron contactados a través de los propios centros entre aquellos familiares que participaban en sus programas de escuelas de familias. El número de participantes evaluados en los distintos centros aparece detallado en la Tabla 5.2.

**Tabla 5.2 Distribución de las evaluaciones por centros (CRPS). Número y porcentaje sobre el total de evaluaciones.**

Centro	Frecuencia	Porcentaje (%)
Retiro	9	17,6
Martínez Campos	4	7,8
Vázquez de Mella	4	7,8
Hortaleza	8	15,7
Los Cármenes	2	3,9
Alcalá de Henares	7	13,7
Alcobendas	4	7,8
Torrejón de Ardoz	4	7,8
Aranjuez	4	7,8
San Fernando de Henares	5	9,8

### 5.2.2 Instrumentos de evaluación y procedimiento.

Para la realización del estudio cuantitativo se construyó una batería de evaluación autoaplicada que se ha incluido en el capítulo 3. En este caso se incluían los siguientes instrumentos:

- Ficha de datos (elaboración propia).
- Cuestionario de Atribución-27. *Attribution Questionnaire-27* (AQ-27) (Corrigan, Markowitz, Watson, Rowan, y Kubiak, 2003).
- Nivel de Familiaridad con la Enfermedad Mental. *Level of Familiarity with Mental Illness* (Holmes, Corrigan, Williams, Canar, y Kubiak, 1999).
- Cuestionario de Estigma de la Familia. *Family Stigma Questionnaire* (FSQ) (Corrigan, Watson, y Miller, 2004).
- Cuestionario de Atribución de Discapacidad Psiquiátrica. *Psychiatric Disability Attribution Questionnaire* (PDAQ) (Corrigan et al., 2000).
- Cuestionario de Conocimiento Sobre la Enfermedad Mental (elaboración propia).

### 5.2.3 Resultados.

Los resultados obtenidos en la muestra de familiares se han estructurado en seis apartados: características sociodemográficas, relación con la enfermedad mental, conocimiento sobre la enfermedad mental, atribuciones, actitudes estigmatizadoras asociadas a diversas condiciones de salud, y estigma sobre la familia.

A continuación se presentarán los principales resultados obtenidos en cada una de estas áreas. En cada caso los datos se recogen en forma de tabla e irán comentándose los datos más interesantes de cada una de ellas.

#### a) Características sociodemográficas.

Las principales características de la muestra de familiares aparecen resumidas en la Tabla 5.3. Como puede observarse, está constituida principalmente por mujeres, y en proporciones iguales por personas entre 40 y 64 años, y por personas por encima de los 64 años. En cuanto a su lugar de residencia, aunque bastante compensada, en la muestra predominan las personas que viven en distintos pueblos de la Comunidad de Madrid, frente a los que residen en la capital. En su mayoría están casados o conviviendo con su pareja, y tienen estudios de primer grado. En cuanto a su situación laboral, se trata mayoritariamente de amas de casa y jubilados, con sólo un 14% de los entrevistados en situación de empleo activo.

**Tabla 5.3 Características sociodemográficas de la muestra de familiares de personas que padecen una enfermedad mental grave y persistente.**

n = 51	
<b>Género (%)</b>	
Varones	34
Mujeres	66
<b>Edad (%)</b>	
18-39 años	2
40-64 años	49
65 años o más	49
<b>Edad Media (DT)</b>	62,12 (9,96)
<b>Lugar de residencia (%)</b>	
Madrid capital	46,8
Pueblos de la Comunidad	53,2
<b>Estado Civil (%)</b>	
Soltero	6
Casado / Conviviendo con su pareja	74
Divorciado o separado	6
Viudo	14
<b>Nivel estudios (%)</b>	
Sin estudios	14,6
Elementales/Primarios/EGB/	60,4
Bachillerato/Secundaria/BUP/ESO/FP	14,6
Universitarios	10,4
<b>Situación laboral (%)</b>	
En paro o no trabaja	2

Ama de casa	40
Estudiante	2
Jubilado	42
Trabajador por cuenta ajena a tiempo completo	10
Trabajador por cuenta ajena a tiempo parcial	2
Autónomo o empresario	2

En cuanto a las características de la persona con enfermedad mental de la que son familiares, como puede verse en la Tabla 5.4, en su mayoría no trabajan (tan sólo lo hace un 15%, la mayoría de ellos en una empresa ordinaria), y un buen porcentaje de ellos (53%) reciben algún tipo de ayuda económica oficial.

**Tabla 5.4. Características del familiar con enfermedad mental.**

		n = 51
<b>Situación laboral (%)</b>		
En paro o no trabaja	26,1	
Trabajo en una empresa ordinaria	13	
Trabajo protegido o supervisado	2,2	
Pensión de invalidez permanente	52,2	
Otros	6,5	

#### **b) Relación con la enfermedad mental.**

Tal y como puede verse en la Tabla 5.5, la mayor parte de los entrevistados en el grupo de familiares son el padre o la madre de la persona con enfermedad mental (86%), y también es mayoritario el porcentaje de los que convivían en el mismo domicilio con la persona con enfermedad mental (96%). Es más, un 89% de ellos se consideran el cuidador principal de esa persona. Por otra parte, la pertenencia entre los entrevistados a asociaciones de familiares de personas con enfermedad mental es minoritaria (tan sólo un 37% decían pertenecer a alguna asociación), si bien era algo mayor que entre las propias personas con enfermedad mental (que como se vio en apartados precedentes afectaba a un 28% de los entrevistados). Menor aun es su participación como voluntarios en actividades relacionadas con la enfermedad mental o la discapacidad (22%).

**Tabla 5.5 Relación y contacto con la enfermedad mental.**

		n = 51
<b>Relación con la persona con enfermedad mental (%)</b>		
Padre o madre	85,7	
Hermano/a	4,1	
Hijo/a	2	
Otra	8,2	

Convive en la misma casa con la persona con enfermedad mental (%)	96
Es el cuidador principal de la persona con enfermedad mental (%)	89,4
Pertenece a asociaciones de familiares de personas con enfermedad mental (%)	37
Participan como voluntarios en actividades relacionadas con la enfermedad mental o la discapacidad (%)	21,7
Nivel máximo de familiaridad con la enfermedad mental %	
Tengo un familiar que tiene una enfermedad mental grave	7,8
Vivo con una persona que tiene una enfermedad mental grave	92,2

### c) Conocimientos sobre la enfermedad mental.

De forma global el conocimiento sobre la enfermedad mental entre los familiares alcanza un nivel medio (véase Tabla 5.6). Sin embargo, este conocimiento resulta irregular: el nivel de conocimiento es muy bueno en lo que respecta a tratamiento y causas de la enfermedad mental, mientras que es notablemente más bajo en cuestiones referentes a la diferenciación de otras enfermedades (en concreto de la discapacidad intelectual), a la conciencia de enfermedad y, especialmente, a las posibilidades de vida independiente por parte de las personas con enfermedad mental. A este respecto cabe reseñar que tan sólo un 29% de los familiares entrevistados respondieron adecuadamente a la cuestión acerca de la capacidad de las personas con enfermedad mental para manejar su patrimonio económico de forma independiente o sin supervisión.

**Tabla 5.6 Descriptivos del cuestionario de nivel de conocimiento sobre la enfermedad mental aplicado a familiares de personas con enfermedad mental grave y persistente (n = 51).**

	% Respuestas correctas
Entre las denominadas enfermedades mentales graves y persistentes se halla la discapacidad intelectual	42
Los enfermos mentales graves y persistentes no pueden trabajar debido a los síntomas de su enfermedad	51
Un enfermo mental grave y persistente no tiene conciencia de lo que le ocurre	56,9
Las personas con enfermedad mental grave y persistente son incapaces de manejar su patrimonio económico de forma independiente o sin supervisión.	28,6
Las personas con enfermedad mental grave y persistente necesitan llevar un tratamiento de por vida para poder controlar su enfermedad	95,9
Las enfermedades mentales graves y persistentes son hereditarias, ya que son genéticas	71,7
Las experiencias en la infancia y los problemas familiares son las principales causas de las enfermedades mentales graves y persistentes.	91,7
Actualmente, las enfermedades mentales graves y persistentes se controlan o se curan con una combinación de fármacos y terapia psicosocial	90,2
<b>Nivel de conocimiento sobre la enfermedad mental (0-8) Media (DT)</b>	<b>5,10 (1,66)</b>



**d) Cuestionario de Atribución (AQ-27).**

Las puntuaciones del AQ-27 (véase Tabla 5.7) son en general medias-bajas, con excepción de las de aquellos factores que hacen referencia a la piedad suscitada por quienes padecen una enfermedad mental, y los factores que aluden a la disposición a coaccionarles para que sigan un tratamiento y, especialmente, a brindarles su ayuda. Así, se constata que las puntuaciones más altas se obtienen en los factores de piedad y coacción, y sobre todo en el de ayuda. En el otro extremo, las puntuaciones más bajas hacen referencia a los estereotipos relacionados con la enfermedad mental (peligrosidad y responsabilidad), a los prejuicios o reacciones suscitadas por las personas con enfermedad mental (miedo y, especialmente, ira), y a la conveniencia de apartar a las personas con enfermedad mental (i.e. segregación). Cabe destacar que las puntuaciones de la escala de evitación, que valora la disponibilidad de las personas para compartir coche, contratar para un trabajo o alquilar una vivienda a una persona con enfermedad mental, alcanzan un nivel intermedio. Los ítems con puntuaciones más bajas son aquellos que hacen referencia a la culpa de la persona con enfermedad mental sobre su situación (ítem 10: media = 1,48) y a los sentimientos de enfado suscitados por la persona con enfermedad mental (ítem 4: media = 1,94). Por otro lado, los ítems con puntuaciones más altas aluden a la probabilidad de ayudar a la persona con enfermedad mental (ítem 20: media = 7,90), la disposición a exigirle que tome la medicación (ítem 5: media = 7,86), o a obligarle a ponerse en tratamiento médico (ítem 14: media = 7,82), la preocupación por un persona con enfermedad mental (ítem 27: media = 7,74), y la disposición a hablar con él sobre su problema (ítem 8: media = 7,48).

**Tabla 5.7 Medias y desviaciones típicas de las puntuaciones para cada ítem y cada factor del AQ-7 en la muestra de familiares de personas con enfermedad mental grave y persistente (n = 51).**

<b>Factores (rango 3-27) / Ítems (rango 1-9)</b>	<b>Media (DT)</b>
<b>FACTOR 1: RESPONSABILIDAD SOBRE LA ENFERMEDAD MENTAL</b>	8,08 (4,36)
10. Pensar que es su culpa	1,48 (1,49)
11. Ser controlable la causa de su situación	4,81 (2,96)
23. Responsabilidad sobre su situación actual	2,23 (2,17)
<b>FACTOR 2: PIEDAD</b>	20,69 (4,94)
9. Sentir pena	6,52 (2,81)
22. Comprensión	6,98 (1,78)
27. Grado de preocupación	7,74 (1,80)
<b>FACTOR 3: IRA</b>	7,84 (4,53)
1. Sentirse violentado	2,65 (1,92)
4. Sentirse enfadado	1,94 (1,56)
12. Sentirse irritado	3,40 (2,46)

<b>FACTOR 4: PELIGROSIDAD</b>	8,69 (5,02)
2. Sentirse inseguro	2,96 (2,08)
13. Considerarlo peligroso	3,22 (2,44)
18. Sentirse amenazado	2,68 (2,10)
<b>FACTOR 5: MIEDO</b>	8,14 (5,90)
3. Aterrorizado	2,31 (2,05)
19. Asustarse	3,04 (2,33)
24. Grado en que le aterroriza	3,04 (2,56)
<b>FACTOR 6: AYUDA</b>	22,29 (4,79)
8. Dispuesto a hablar con él sobre su problema	7,48 (2,17)
20. Probabilidad de ayudarlo	7,90 (1,78)
21. Certeza de ayudarlo	7,50 (1,79)
<b>FACTOR 7: COACCIÓN</b>	20,80 (5,14)
5. Exigirle que tome la medicación	7,86 (2,32)
14. Debe ser obligado a ponerse en tratamiento médico	7,82 (2,30)
25. Si estuviera a cargo de su tratamiento, obligarle a vivir en piso supervisado	5,38 (3,04)
<b>FACTOR 8: SEGREGACIÓN</b>	10,04 (6,25)
6. Supone un riesgo si no se le hospitaliza	4,14 (3,04)
15. Mejor recluirlo en un hospital psiquiátrico	3,46 (2,89)
17. El hospital psiquiátrico es el mejor lugar para él	2,75 (2,36)
<b>FACTOR 9: EVITACIÓN</b>	14,41 (7,28)
7. Si fuera empresario, lo entrevistaría para un trabajo *	4,18 (3,19)
16. Compartiría coche para ir a trabajar *	4,78 (3,38)
26. Si fuera propietario, le alquilaría un piso *	5,86 (3,03)

\* Ítems cuyas puntuaciones se invierten. Las puntuaciones que se presentan son una vez invertidos (de tal modo que, a mayor puntuación en el ítem, mayor evitación de la personas con enfermedad mental).

Para analizar más pormenorizadamente los datos del AQ-27, se calculó el porcentaje de participantes que se mostraban de acuerdo con cada una de las afirmaciones recogidas en el cuestionario (véase Tabla 5.8), considerando como tal las puntuaciones iguales o superiores a 7 (iguales o menores de 3 para los ítems inversos). La mayoría de los familiares de la muestra expresan un actitud de ayuda hacia las personas con enfermedad mental, ya sea mostrándose dispuestos a hablar con la persona con enfermedad mental acerca de su problema (66%), considerando probable el prestarle ayuda (78%) o creyendo con certeza que le ayudarían (71%). También son mayoritarios los porcentajes de quienes se muestran dispuestos a coaccionar a la persona con enfermedad mental para que siga su tratamiento, bien exigiéndole que tome la medicación (78%), bien obligándole a ponerse en tratamiento médico incluso contra su voluntad (80%). No obstante, los porcentajes de personas dispuestas a la coacción descienden considerablemente cuando se trata de un tratamiento social como es vivir en un piso supervisado (38%). Asimismo son elevados los porcentajes de personas que muestran piedad hacia la persona con enfermedad mental, en cualquiera de las tres manifestaciones evaluadas: pena (54%),

comprensión (59%) y preocupación (78%). En el otro extremo, resulta minoritario (por debajo del 10%) el número de familiares entrevistados que se muestran de acuerdo con los ítems que hacen referencia a la peligrosidad de la persona con enfermedad mental (sensación de inseguridad, 6%; consideración de peligro 10%; sensación de amenaza, 6%) o a su responsabilidad sobre su enfermedad (4% piensan que es su culpa encontrarse en su situación, y 4% lo consideran responsable de la misma). Respecto a este último factor, el porcentaje se eleva notablemente (a un 33%) cuando se considera el control personal de la persona con enfermedad mental sobre la causa de su situación actual. También son bajos los porcentajes de quienes manifiestan reacciones de embarazo o enfado ante la persona con enfermedad mental (2% en ambos casos), o de terror, susto o temor (6, 10 y 10%, respectivamente). Finalmente, también es minoritario el porcentaje de familiares que considera que la reclusión en un hospital psiquiátrico es el mejor lugar para la persona con enfermedad mental (8%), aunque el porcentaje se incrementa hasta un 16% cuando se considera el bien de la comunidad de la persona con enfermedad mental, y a un 28% cuando se alude a la creencia de que la no hospitalización de la persona con enfermedad mental supone un riesgo para sus vecinos.

**Tabla 5.8: Porcentaje de participantes del grupo de familiares de personas con enfermedad mental grave y persistente que muestran su acuerdo con cada uno de los ítems del AQ-27 (n = 51).**

ITEM	%
<b>RESPONSABILIDAD SOBRE LA ENFERMEDAD</b>	
10. Pensaría que es culpa de la persona con enfermedad mental que se encuentre en su situación actual	4,0
11. Control personal sobre la causa de la situación actual de la persona con enfermedad mental	33,3
23. El enfermo mental es responsable de su situación actual	4,2
<b>PIEDAD</b>	
9. Sentiría pena por la persona con enfermedad mental	54,0
22. Comprende a la persona con enfermedad mental	59,2
27. Sentiría preocupación por la persona con enfermedad mental	78,0
<b>IRA</b>	
1. Se sentiría violentado a causa de la persona con enfermedad mental	2,0
4. Se sentiría enfadado con la persona con enfermedad mental	2,0
12. Se sentiría irritado por la persona con enfermedad mental	12,0
<b>PELIGROSIDAD</b>	
2. Se sentiría inseguro cerca de la persona con enfermedad mental	6,0
13. Considera que la persona con enfermedad mental es peligroso	10,0
18. Se sentiría amenazado por la persona con enfermedad mental	6,0
<b>MIEDO</b>	
3. El enfermo mental le aterraría	6,3
19. Le asustaría la persona con enfermedad mental	9,8
24. Le aterrorizaría la persona con enfermedad mental	10,2

**AYUDA**

8. Disposición a hablar con la persona con enfermedad mental acerca de su problema	66,0
20. Es probable que ayudara a la persona con enfermedad mental	78,4
21. Cree con certeza que ayudaría a la persona con enfermedad mental	70,8

**COACCIÓN**

5. Si estuviera a cargo de su tratamiento, exigiría a la persona con enfermedad mental que tomara su medicación	78,4
14. Considera que la persona con enfermedad mental debe ser obligado a ponerse en tratamiento médico incluso si no quiere	80,0
25. Si estuviera a cargo de su tratamiento, obligaría a la persona con enfermedad mental a vivir en un piso supervisado	38,0

**SEGREGACIÓN**

6. Creencia de que la persona con enfermedad mental supone un riesgo para sus vecinos si no se le hospitaliza	28,0
15. Creencia de que sería mejor para la comunidad de la persona con enfermedad mental que lo recluyeran en un hospital psiquiátrico	16,0
17. Creencia de que un hospital psiquiátrico, donde la persona con enfermedad mental puede mantenerse alejado de sus vecinos, es el mejor lugar para él	8,3

**EVITACIÓN**

7. Si fuera empresario no entrevistaría a la persona con enfermedad mental para un trabajo	26,0
16. No compartiría el coche con una persona con enfermedad mental para ir al trabajo cada día	36,0
26. Si fuera propietario, probablemente no alquilaría un apartamento a la persona con enfermedad mental	44,9

**e) Actitudes estigmatizadoras asociadas a diversas condiciones de salud.**

Cuando se valoran las actitudes estigmatizadoras hacia diversas condiciones de salud (véase Tabla 5.9) se observa que, en general, las puntuaciones de estigma para todas las condiciones consideradas son media-bajas.

Para un análisis más detallado se realizaron comparaciones entre las puntuaciones de las distintas condiciones de salud evaluadas en cada uno de los factores y en la población total, utilizando análisis de varianza (ANOVAS) de medidas repetidas:

- Estabilidad: las diferencias entre las distintas condiciones fueron significativas ( $F(1,5) = 8,66, p < .001$ ). Las correspondientes comparaciones post hoc pusieron de manifiesto que la discapacidad intelectual se consideraba significativamente más estable que el resto de las condiciones de salud, a excepción del SIDA. Además, la Psicosis se consideraba significativamente más estable que la Depresión.
- Controlabilidad: esta escala hace referencia a los ítems de evitación y culpa o responsabilidad sobre la propia condición de salud. Las diferencias entre las distintas condiciones fueron significativas ( $F(1,5) = 50,94, p < .001$ ). Las correspondientes comparaciones post hoc indicaron que el grado de posibilidad de control percibido sobre la Adicción a la cocaína era significativamente mayor que

en el resto de condiciones, mientras que el SIDA, aunque menos controlable que la Adicción a la cocaína, se consideraba más controlable que discapacidad intelectual, depresión y cáncer. Por su parte, la Psicosis aparece como con una menor posibilidad de control por parte del afectado que la Adicción a la cocaína, pero más controlable que la discapacidad intelectual, la depresión y el cáncer. Estas tres últimas aparecen como las menos controlables, siendo significativamente menos controlables que las otras tres condiciones (esto es, Adicción a la cocaína, SIDA y Psicosis) y sin que existan diferencias significativas entre ellas.

- **Piedad:** las diferencias entre las distintas condiciones fueron significativas ( $F(1,5) = 4,33, p < .001$ ). En concreto, las comparaciones post hoc mostraron que la Adicción a la cocaína suscitaba menos piedad que la Psicosis o el Cáncer.
- **Puntuación Total:** las diferencias entre las distintas condiciones fueron significativas ( $F(1,5) = 13,63, p < .001$ ). Las dos condiciones asociadas con un menor estigma son Depresión y Cáncer (sin diferencias entre ellas), las cuales se diferencian significativamente de Adicción a la cocaína, discapacidad intelectual, SIDA y Psicosis. En el otro polo, la condición con un mayor estigma asociado es la Adicción a la cocaína, con puntuaciones significativamente mayores que discapacidad intelectual, depresión y cáncer. La discapacidad intelectual presenta significativamente mayor estigma que Depresión y Cáncer, pero menor que la Adicción a la cocaína. Por su parte, SIDA y Psicosis mostraron un mayor estigma que Depresión y Cáncer.

Resumiendo los datos, y por lo que a Psicosis se refiere, se considera más estable que la Depresión, pero menos que la Discapacidad intelectual; menos controlable que la Adicción a la Cocaína, pero más que la Discapacidad intelectual, la Depresión o el Cáncer; y suscita más piedad que la Adicción a la cocaína. En conjunto, se puede decir que el estigma sobre la Psicosis entre los participantes fue significativamente mayor que para Depresión o Cáncer.

**Tabla 5.9 Medias y desviaciones típicas (entre paréntesis) de las puntuaciones del PDAQ en la muestra de familiares de personas con enfermedad mental grave y persistente, para cada ítem (rango 1-7), factor y condición (n = 51).**

	<b>Adicción Cocaína</b>	<b>Discapacidad Intelectual</b>	<b>SIDA</b>	<b>Psicosis</b>	<b>Depresión</b>	<b>Cáncer</b>
<b>1. Estabilidad</b>						
Trat. Psicológico	1,30 (1,08)	1,43 (1,38)	1,43 (1,21)	<b>1,38</b> <b>(1,16)</b>	1,17 (0,79)	1,29 (1,11)
Trat. Médico	1,37 (1,31)	1,69 (1,79)	1,15 (0,88)	<b>1,14</b> <b>(0,87)</b>	1,13 (0,64)	1,25 (1,21)
Recuperación	3,00 (1,87)	4,96 (2,02)	4,09 (2,16)	<b>3,73</b> <b>(2,20)</b>	2,82 (2,23)	3,35 (1,61)
<b>TOTAL (rango 3-21)</b>	<b>5,47</b> <b>(2,65)</b>	<b>7,84</b> <b>(3,94)</b>	<b>6,41</b> <b>(2,94)</b>	<b>6,22</b> <b>(2,95)</b>	<b>5,04</b> <b>(2,83)</b>	<b>5,63</b> <b>(3,35)</b>
<b>2. Controlabilidad</b>						
Evitación	4,89 (2,19)	1,64 (1,57)	3,17 (2,49)	<b>3,40</b> <b>(2,19)</b>	1,81 (1,71)	1,31 (1,24)
Culpa	4,66 (2,33)	1,38 (1,35)	2,49 (1,58)	<b>1,69</b> <b>(1,86)</b>	1,49 (1,44)	1,19 (0,67)
<b>TOTAL (rango 2-14)</b>	<b>9,16</b> <b>(3,52)</b>	<b>2,98</b> <b>(2,29)</b>	<b>5,47</b> <b>(2,75)</b>	<b>4,92</b> <b>(3,13)</b>	<b>3,26</b> <b>(2,21)</b>	<b>2,45</b> <b>(1,29)</b>
<b>3. Piedad</b>	<b>5,38</b> <b>(2,09)</b>	<b>6,00</b> <b>(2,00)</b>	<b>5,63</b> <b>(2,10)</b>	<b>6,48</b> <b>(1,38)</b>	<b>5,98</b> <b>(1,95)</b>	<b>6,45</b> <b>(1,52)</b>
<b>TOTAL (rango 6-49)</b>	<b>19,80</b> <b>(5,25)</b>	<b>16,76</b> <b>(4,90)</b>	<b>17,51</b> <b>(4,87)</b>	<b>17,49</b> <b>(4,60)</b>	<b>14,29</b> <b>(4,27)</b>	<b>14,53</b> <b>(3,70)</b>

#### f) Estigma sobre la familia.

Las puntuaciones de los familiares en estigma sobre las familias (véase Tabla 5.10), fueron en general bajas (por debajo de 2,5 en un rango de 1 a 7) con dos excepciones a reseñar. En primer lugar, la pena, lo que parece indicar que los familiares de las personas con enfermedad mental sienten piedad no sólo hacia la propia persona con enfermedad mental (como se había constatado en el AQ-27), sino también hacia su familia. En segundo lugar, la puntuación más elevada se obtiene en el ítem de contaminación, que indica la influencia de la enfermedad mental sobre el familiar.

Dado que el FSQ evalúa el estigma sobre la familia de la persona con enfermedad mental al aplicarse a familiares las puntuaciones obtenidas podrían estar reflejando su propia experiencia como familiares. De hecho, la selección de la madre de la persona con enfermedad mental como familiar sobre el que se hacían las preguntas del cuestionario respondió a la hipótesis de que la muestra de familiares estaría constituida mayoritariamente por madres, como de hecho sucedió.

**Tabla 5.10 Medias y desviaciones típicas para cada ítem del FSQ en la muestra de familiares de personas con enfermedad mental grave y persistente (n = 51).**

<b>Ítem (rango 1-7)</b>	<b>Media (DT)</b>
Culpa aparición	1,63 (1,27)
Contaminación	5,88 (1,67)
Culpa recaída	2,22 (1,76)
Vergüenza	1,39 (1,22)
Incompetencia	1,54 (1,35)
Evitación social	2,38 (2,35)
Pena	5,76 (1,70)
<b>PUNTUACIÓN TOTAL (7-49)</b>	<b>20,39 (5,50)</b>

#### **5.2.4 Conclusiones del estudio cuantitativo.**

La muestra estuvo constituida por 51 familiares de personas con enfermedad mental grave y persistente de los Centros de Rehabilitación Psicosocial de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid, principalmente padres. La mayoría de los participantes fueron mujeres (por tanto, madres de la persona con enfermedad mental), mayores de 40 años, casadas o en convivencia con su pareja, y con estudios de primer grado. Se trataba mayoritariamente de amas de casa o jubilados, con sólo un 14% de entrevistados en situación de empleo activo. Casi todos convivían en la misma casa con la persona con enfermedad mental. Un 37% pertenecía a asociaciones de familiares y un 28% tenían alguna implicación en actividades de voluntariado relacionadas con la enfermedad mental o la discapacidad.

Su conocimiento sobre la enfermedad mental alcanza un nivel medio, aunque resulta irregular. Es bueno por lo que respecta a tratamiento y causas de la enfermedad mental, mientras que empeora considerablemente en lo que se refiere a la diferenciación entre enfermedad mental y discapacidad intelectual (aparece confusión entre ambas condiciones en un 58% de los entrevistados), a la conciencia de lo que les sucede por parte de quienes padecen una enfermedad mental, y, especialmente, a las posibilidades de vida independiente por parte de la persona con enfermedad mental (entre un 49 y un 71%, dependiendo del aspecto concreto considerado).

Sus atribuciones de estigma sobre personas con enfermedad mental vienen marcadas por una alta disposición a ayudar, a coaccionarles para que sigan un tratamiento (especialmente médico) y una alta piedad hacia la persona con enfermedad mental.

Responden poco, en cambio, a los estereotipos relacionados con la enfermedad mental (peligrosidad y responsabilidad sobre la enfermedad), a los prejuicios o reacciones suscitadas por las personas con enfermedad mental (miedo y, sobre todo, ira), y la conveniencia de apartar o segregar a estas personas. Cabe reseñar que la evitación alcanza niveles intermedios, a pesar de su continua convivencia con la persona con enfermedad mental.

Al comparar el estigma asociado a diversas condiciones de salud se constata que la adicción a la cocaína, la discapacidad intelectual, el SIDA y la psicosis (por ese orden), entrañan un mayor estigma, mientras que éste es menor para depresión y cáncer.

Finalmente, al valorar el estigma sobre los familiares de personas con enfermedad mental (entendido éste como valoración del estigma en otros familiares y no su propio autoestigma como familiares que son de una persona con enfermedad mental) se encontró que éste se manifestaba principalmente en sentimientos de piedad hacia ellos y contaminación (o influencia de la enfermedad mental sobre los familiares de quien la padece). Ello viene a indicar que los familiares de las personas con enfermedad mental sienten piedad no sólo hacia la propia persona con enfermedad mental, sino también hacia su familia, y que la enfermedad mental de uno de sus miembros tiene influencia sobre los demás (en concreto sobre la madre, que fue la figura aquí considerada).

### **5.3 DISCUSIÓN.**

---

En el estudio de la incidencia del estigma sobre los familiares de personas con enfermedad mental grave y persistente participaron 67 personas (51 en el estudio cuantitativo y 16 en el cualitativo). La muestra seleccionada es representativa de los familiares más implicados en el cuidado de las personas con enfermedad mental. Así son mayoritariamente mujeres, madres de personas con este problema, mayores de 40 años, casadas o conviviendo con su pareja, amas de casa o jubiladas con estudios de primer grado. Son personas que conviven con la persona con enfermedad mental, suponiendo para ellos, su cuidador principal. Además, destaca en este grupo su grado de participación en actividades de apoyo social relacionadas con la enfermedad mental, ya sea como voluntariado o a través del asociacionismo con otros familiares en su misma situación.

Sin embargo, resulta cuanto menos sorprendente que, a pesar de esta implicación, el conocimiento de los familiares sobre la enfermedad mental no alcance nada más que



un nivel medio, siendo bueno en algunos aspectos, como el tratamiento y las causas de la enfermedad mental, y escaso en lo referente a la diferenciación de la enfermedad mental y la discapacidad intelectual o a la conciencia de enfermedad. Los familiares también parecen desconocer que las personas con enfermedad mental pueden trabajar y manejar su patrimonio, aunque este dato responde más bien a una actitud que a un desconocimiento, que se plasmó también en el análisis cualitativo realizado a partir de las narrativas en los grupos de discusión, donde se puso de manifiesto que los familiares internalizan el estigma social de la incapacidad (especialmente la laboral) y la irresponsabilidad (sobre todo para formar una familia).

Según los datos obtenidos a través del análisis cuantitativo, los familiares de las personas con enfermedad mental grave y persistente parecen tener pocas atribuciones de estigma. Las actitudes relacionadas con el estigma más habituales son una alta predisposición a ayudar a personas con enfermedad mental, a coaccionarles para que sigan un tratamiento y un alto grado de compasión hacia la personas con enfermedad mental, presentando pocos estereotipos más frecuentemente relacionados con la enfermedad mental en la población general, como la peligrosidad, y escasa reactividad de miedo o ira. Sin embargo, en el estudio cualitativo pudo comprobarse que el estigma de la peligrosidad puede estar presente entre los familiares, que en algunos casos manifiestan tener miedo a sus hijos, a pesar de los intentos de tranquilidad por parte de los profesionales.

Resulta interesante observar que la evitación de las personas con enfermedad mental aparece como una actitud presente en los familiares, a pesar de convivir con una persona con este problema, y corroborar, mediante el análisis cualitativo, que algunos familiares mantienen comportamientos evitativos hacia otras personas con enfermedad mental que no son de su familia. De hecho, cuando se valora la familia de otras personas con enfermedad mental parecen existir, según los datos obtenidos, actitudes de compasión y cierta percepción de contaminación o de influencia de la enfermedad en los que le rodean. Es decir, parece detectarse un cierto estigma hacia la familia de otras personas con enfermedad mental entre los propios familiares de las personas con este problema.

Para los familiares de las personas con enfermedad mental grave y persistente que participaron en este estudio, la adicción a la cocaína, la discapacidad intelectual, el SIDA y la psicosis (por este orden) entrañan un mayor estigma que la depresión y el cáncer. Estos datos concuerdan con los obtenidos a través del análisis cualitativo de los grupos de discusión realizado, aunque en estos últimos algunos familiares

señalaron que, incluso el SIDA, era una enfermedad menos desconocida y más comprendida que los trastornos mentales graves.

Como consecuencia del estigma social, las experiencias de rechazo social son frecuentemente vividas por los familiares de las personas con enfermedad mental grave y persistente. Tal y como ellos mismos señalan, estas experiencias se sufren con los amigos, los vecinos, los compañeros de trabajo e incluso con la familia extensa, y provocan sentimientos auto-estigmatizadoras de vergüenza, cuya consecuencia más evidente es el ocultamiento total o parcial de la enfermedad mental. Esta estrategia de afrontamiento del estigma parece frecuente entre los familiares, como ponen de manifiesto otros trabajos realizados en esta línea (Dunn, 1997; Moorman, 2002).

Finalmente, el estudio cualitativo reveló que los familiares de las personas con enfermedad mental grave y persistente tienen frecuentes fricciones con algunos profesionales de la salud mental a los que tachan de aplicar tratamientos poco sensibles e ignorar sus opiniones. Sin embargo, la valoración de los servicios de atención psicosocial es muy favorable, a pesar de la falta de recursos, que según los familiares, existe en algunas áreas (asistencia en crisis, atención domiciliaria, residencias temporales, etc.).

## **6 EJE III: ESTIGMA EN LOS PROFESIONALES DE LA ATENCIÓN SOCIAL A LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE Y CRÓNICA DE LA COMUNIDAD DE MADRID.**

---

Los profesionales que atienden a las personas con enfermedad mental grave y crónica comprueban día a día cómo el estigma social afecta a estas personas. Pero también, a menudo, los estereotipos imperantes en la sociedad a la que pertenecen pueden ser interiorizados por estos profesionales, ayudando de esta forma a estigmatizar aún más a este colectivo. Médicos, psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, enfermeros y otros especialistas implicados en la atención socio-sanitaria, pueden, a su vez, ser víctimas del autoestigma, sintiendo que son minusvalorados por una sociedad que rechaza todo lo referente al tema y que, por lo tanto, no se implica en la demanda de recursos suficientes para el tratamiento adecuado de este problema.

En este capítulo se aborda el tercer eje del estudio, que se centra en los profesionales de la Red de Atención Social para personas con enfermedad mental grave y crónica de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid. Al igual que en capítulos anteriores, en primer lugar se presenta el estudio cualitativo llevado a cabo con estos profesionales. A continuación se describe el estudio cuantitativo realizado. En tercer y último lugar, se incluye un apartado de discusión de las principales conclusiones alcanzadas a partir de ambos estudios.

### **6.1 ESTUDIO CUALITATIVO.**

---

El estudio que se detalla a continuación ha empleado una metodología cualitativa para examinar el fenómeno del estigma entre los profesionales de la atención social. Tras describir las características y el desarrollo de la entrevista en profundidad así como del grupo de discusión, se expondrán los principales resultados derivados de cada técnica. Finalmente, se recogerán las conclusiones más destacadas del estudio.

### **6.1.1 Metodología.**

Con el fin de obtener datos que aportasen a la investigación realizada aspectos que complementaran y ayudaran a comprender el fenómeno del estigma, se utilizó una doble metodología de tipo cualitativo. En primer lugar se realizó una entrevista en profundidad con una profesional del campo de la intervención social de la Red de Atención Social para personas con enfermedad mental grave y crónica de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid, que sirvió para enmarcar el tema del estigma desde el punto de vista de los profesionales. En segundo lugar, se organizó un grupo de discusión con profesionales de la atención social a estas personas.

#### **a) Entrevista en profundidad.**

##### ***Desarrollo de la entrevista en profundidad con una profesional de los servicios de atención social para personas con enfermedad mental grave y crónica de la Comunidad de Madrid.***

La entrevista en profundidad se llevó a cabo con la directora y psicóloga de un Centro de Rehabilitación Laboral, el 6 de junio de 2005, en el local de ese centro. Esta entrevista duró aproximadamente una hora y media y fue realizada por dos entrevistadoras pertenecientes al grupo de investigación del presente trabajo. La actitud mostrada por la entrevistada fue muy positiva y colaboradora durante toda la entrevista, siendo de gran interés para esta investigación la información aportada por esta profesional en el transcurso de la misma.

Las entrevistadoras tomaron notas durante la entrevista, para lo que se pidió la conformidad a la entrevistada.

El guión de los temas tratados en la entrevista se ha incluido en el capítulo 3.

##### ***Análisis cualitativo.***

Las notas tomadas durante la entrevista sirvieron para confrontar la información obtenida y realizar un análisis cualitativo de la misma.

El análisis efectuado es simplemente una ordenación de los datos y opiniones de la entrevistada, donde no se emiten juicios de valor ni se exponen palabras textuales, dado el carácter personal de la misma.

**b) Grupos de discusión.**

***Desarrollo de los grupos de discusión.***

Se realizó un grupo de discusión con profesionales de los centros de la Red de Atención Social para personas con enfermedad mental grave y crónica de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid. En él participaron 7 personas (2 varones y 5 mujeres) entre los que figuraban educadores, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, psicólogos y personal administrativo. Los participantes fueron seleccionados y convocados el 14 de octubre de 2005, desde el CRPS "Martínez Campos" de la Comunidad de Madrid donde se llevó a cabo el encuentro, de acuerdo con los criterios previamente establecidos por el equipo investigador, y que eran los siguientes:

- El grupo debía estar constituido por un mínimo de 5 y un máximo de 8 personas.
- Los participantes debían ser profesionales de la atención social a personas que padecen una enfermedad mental grave y persistente.
- El grupo debía incluir a una representación de los distintos profesionales implicados en este tipo de atención.

En el grupo hubo dos moderadores, y un ayudante encargado de los aspectos relacionados con el acondicionamiento de los participantes, la grabación de la sesión y la toma de notas sobre las distintas intervenciones.

Los profesionales convocados tenían una media de edad de aproximadamente 35 años y acudieron de forma voluntaria al encuentro. Todos ellos mostraron una actitud muy positiva hacia la investigación y aceptaron de buen grado las normas propuestas para establecer la discusión, no mostrando ningún inconveniente en que se grabara la charla, para facilitar su posterior análisis.

El guión utilizado para dirigir la discusión en grupo se ha incluido en el capítulo 3.

***Análisis cualitativo.***

La sesión del grupo de discusión fue grabada en audio y posteriormente se transcribió en su totalidad para poder ser analizada según su contenido y categorizada inductivamente, de modo que configurara una tipología de las opiniones, actitudes y experiencias de estigmatización procedentes de las narraciones de los participantes en los grupos de discusión (Huberman y Miles, 1994).

El análisis de las opiniones manifestadas por los profesionales dentro del grupo de discusión se estructuró en los siguientes apartados generales:

- a) Estigma social de la enfermedad mental grave y duradera percibido por los profesionales;
- b) El auto-estigma de los profesionales de la salud mental;
- c) El estigma transmitido por los profesionales.

Se seleccionaron bloques relevantes de texto que representaran las distintas experiencias y afirmaciones discutidas en los grupos y se les asignó un código que reflejara su contenido original lo más fielmente posible, es decir utilizando paráfrasis, y que sirviera de base para formar categorías. El sistema de codificación así construido se fue revisando constantemente durante el análisis, sumando las categorías con contenidos similares y añadiéndose cualquier paráfrasis que apareciera durante el análisis.

El sistema de categorización resultante fue estipulado y la asignación de los bloques de texto a las categorías particulares fue discutida en el equipo de trabajo. De esta forma, después de este proceso, las experiencias de estigmatización fueron sumadas en categorías genéricas según su tipo y el lugar en que se hallaron, dentro del discurso.

Las transcripciones de los grupos de discusión realizados con personas con enfermedad mental crónica se codificaron de manera deductiva para obtener el sistema de codificación aplicado a los otros dos grupos (familiares y profesionales). De esta forma, la codificación se utilizó para organizar los datos en patrones que sirvieran de base a las interpretaciones, siguiendo las directrices de Silverman (2000) y Knodel (1993).

### **6.1.2 Resultados obtenidos a través de la entrevista en profundidad (realizada a una profesional de los Servicios de Atención Social para personas con enfermedad mental grave y crónica de la Comunidad de Madrid)**

#### ***¿Cómo influye el estigma en la rehabilitación de la personas con enfermedad mental grave y duradera?***

- El estigma de la enfermedad mental es el principal problema para la integración de las personas con enfermedad mental crónica.

***¿Cuáles son los principales estereotipos sobre las personas con enfermedad mental grave y duradera?***

- Existe una fuerte asociación entre esquizofrenia y violencia, de tal forma que se considera que estas personas tienen más probabilidades de agredir que de ser agredidos, pero no se busca en sentido contrario. Sin embargo, las personas que asisten al Centro de Rehabilitación Laboral no son violentas (en 14 años que llevamos trabajando con ellas no ha habido incidentes importantes de violencia).
- En el caso de los profesionales, puede darse lo contrario, que se nieguen a ver algunas conductas que pueden ser violentas (se pasan la vida disculpando, defendiendo,...)
- La enfermedad mental crónica se suele confundir con deficiencia mental y a aplicarle los estereotipos sociales de este trastorno.
- La falta de información es una de las causas principales del estigma.
- Se suele atribuir la causa de la enfermedad mental a los malos hábitos, la mala vida, lo que genera rechazo por parte de la sociedad y sentimientos de culpa por parte de las personas con enfermedad mental.

***¿Cuáles son los prejuicios más frecuentes?***

- En el ámbito laboral, temor a la incertidumbre, la incompetencia y a la posible conflictividad.
- Se suelen atribuir a la enfermedad conductas que no tienen que ver con ella. Por ejemplo, las quejas en las empresas se suelen relacionar con conductas que no tienen que ver con lo laboral (miradas, actitudes, etc.)

***¿Son estigmatizadores los profesionales implicados en la atención?***

- El nombre por el que se designa a la enfermedad “enfermedad mental grave y crónica” ya es estigmatizador.
- Entre los profesionales hay, a veces, mayores prejuicios que entre la población general. El estigma puede nacer, en este colectivo, del hecho de que sólo ven una realidad parcial (la sintomatología) y no todo el proceso rehabilitador.

***¿Cuáles son los principales obstáculos para la integración de las personas con enfermedad mental grave y persistente?***

- Los prejuicios impiden la integración de las personas con este tipo de enfermedad.
- Se les suele equiparar a personas con deficiencia mental y esto, desde un punto de vista laboral, supone relegarles a trabajos marginales de tipo manipulativo.
- En el seno de la familia, dificulta la integración no dejarles hacer cosas (cocinar, quedarse solo, tener las llaves de la casa,...).

***¿Cuáles son las principales fuentes de discriminación de estas personas?***

- Los mayores prejuicios se dan en ocasiones entre quienes trabajan con ellos (profesionales o empresas del sector). Incluye psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales,...
- También la familia les da el mismo trato que a personas con discapacidad intelectual, a pesar de tener un perfil claramente diferente. También buscan para ellos empleos protegidos, manipulativos, de media jornada,.... La familia teme que trabaje por el estrés, porque no va a poder, porque va a llegar alterado a casa, porque no va a saber utilizar el dinero,....
- Entre los empresarios cada vez se encuentra una mejor actitud, porque muchos tienen algún familiar o conocido con enfermedad mental.
- Los medios de comunicación son también fuente de discriminación.

***¿Qué acciones podrían llevarse a cabo en contra de la estigmatización?***

- En los últimos 10 años se ha producido una mejora considerable en el tratamiento del tema por parte de los medios de comunicación y en el tratamiento que se les ofrece, ya que antes se les trataba en centros ocupacionales en los que se les mezclaba con otro tipo de personas, sin darles un tratamiento diferente.
- La aceptación por parte de los empresarios también ha mejorado (la propia figura del preparador laboral que acompaña a la persona con enfermedad mental implica aceptación). Por ejemplo, en algunas ocasiones, la colaboración que se obtiene en las empresas ordinarias puede llegar a ser mejor que en los centros especiales de empleo no específicos para enfermedad mental.



**¿Cree qué existe autoestigma entre las personas con enfermedad mental grave?**

- La conducta de muchas familias de excesiva protección y desconfianza, propicia el autoestigma.
- La conducta de las personas con enfermedad mental cambia en los diferentes contextos.
- Las familias también sienten el estigma.

**6.1.3 Resultados obtenidos a través de los grupos de discusión.**

El análisis de las opiniones de los profesionales de la atención social dentro del grupo de discusión se estructuró en los siguientes apartados generales: a) Estigma social de la enfermedad mental grave y persistente percibido por los profesionales; b) El autoestigma de los profesionales de la atención social; c) El estigma transmitido por los profesionales.

En todos los casos se incluye un breve comentario junto a fragmentos textuales, representativos de las opiniones de los participantes sobre los temas propuestos.

**a) El estigma social de la enfermedad mental grave y persistente percibido por los profesionales de la atención social.**

**El estereotipo de la peligrosidad**

Los profesionales que trabajan en la rehabilitación psicosocial de las personas con enfermedad mental grave y persistente perciben claramente el estigma social que supone para una persona tener este tipo de problema. Su experiencia en el tratamiento de este colectivo, les permite discriminar, de forma bastante precisa, los principales estereotipos que se hallan detrás del estigma social de la enfermedad mental, como, por ejemplo, la agresividad y la violencia:

*“Yo creo que, en general, se asocia a la locura. Y la locura se asocia desgraciadamente, bajo mi punto de vista, a la agresividad, a la violencia, a comportamientos absolutamente agresivos”.*

*“Lo asocian siempre con loco, con peligro, con descontrol, con estar siempre en un riesgo que no pueden controlar. Entonces yo creo que es ahí donde se genera toda esa mala imagen que se da. Lo ven como una situación de peligro”.*

Una reflexión interesante es la que hace este profesional que considera que, aunque la agresividad está presente en nuestra sociedad de forma generalizada, es mejor aceptada y comprendida cuando es ejercida en determinadas situaciones y con personas que no padecen una enfermedad mental:

*“Después hay otra parte, que es la agresividad que aceptamos y la que no aceptamos. Saltan siete personas al campo de fútbol, se lían a golpes con el árbitro de turno y todo el mundo dice “Bueno, sí, el árbitro se ha equivocado, es el fútbol...”. O una invasión de campo en el baloncesto... Cuando hay un choque de tráfico... En fin, podíamos enumerar, una serie de cosas que terminan en agresividad y nosotros de alguna forma, no lo aceptamos, pero tampoco nos alarma mucho. Sin embargo, una persona que [se cita una acción violenta], pues como que nos afecta mucho más. Es más, le damos mucho más rechazo a eso que yo si me golpeo con el coche y me lío a tortas con el de enfrente. Esa agresividad aceptada y no aceptada, yo creo que tiene que ver con los medios de comunicación, cómo nos venden al enfermo mental y cómo nos venden otro tipo de agresiones”.*

*“Yo creo que la gente tiene miedo ante la enfermedad mental e incluso las propias familias, cuando tienen un miembro de su familia que tiene enfermedad mental, intentan ocultarlo por todos los medios, precisamente porque se produce ese rechazo al enfermo mental. Y eso yo creo que sí es muy significativo. Ese miedo del que habéis hablado antes, porque piensan que es una situación de peligro, porque pueden ser agresivos, por toda una serie de razones”.*

La mayoría de los profesionales consideran que este estereotipo de peligrosidad y violencia genera miedo en las personas, especialmente cuando se une al desconocimiento general que existe en la sociedad sobre las enfermedades mentales, en general, y la enfermedad mental crónica, en particular:

*“Cuando yo digo que estoy trabajando con personas con enfermedad mental, mucha gente no sabe lo que es una enfermedad mental. Simplemente piensan que estás con discapacitados psíquicos o con retraso.”*

*“Yo creo que también influye el desconcierto que provoca el no saber en qué consiste eso. Porque además lo visible precisamente es el descontrol de conducta. Y como no se sabe qué hay más allá de eso o qué trastornos implica la enfermedad mental... Ante el desconcierto de no saber manejarlo (“Es que yo no sé cómo va a reaccionar”), entonces, ante ese desconocimiento, yo creo que la gente, una manera de defenderse, es evitarlo, no ponerse en contacto o rechazarlo incluso”.*

*“Miedo, miedo y desconocimiento de cómo actuar. Nosotros nos podemos encontrar con alguien que se maree en el metro y enseguida sabemos cómo ayudarlo, o lo que sea, llamar a una ambulancia... Ante una crisis psicótica lo que hacemos es el rechazo, o huimos o no sabemos muy bien qué hacer. A nadie se le ocurre llamar por teléfono al 112. Nosotros cuando preguntamos “¿Qué harías ante un enfermo mental?”, la respuesta es: primero, irme lo más lejos posible, y desde ahí ver qué pasa. A alguien le da un ataque al corazón en el metro, como el otro día que no sé qué pasó, todos sabemos qué hacer. Sin embargo, con el enfermo mental todo lo contrario. Es un miedo atroz que tenemos a la enfermedad mental, al enfermo mental”.*

### **El desconocimiento sobre las enfermedades mentales: los mitos y las atribuciones causales**

El desconocimiento lleva a perpetuar una serie de ideas erróneas sobre las enfermedades mentales, que, según los profesionales de la salud mental, no son aceptadas de la misma forma por la sociedad:

*“Yo creo que también la gente asocia la locura sólo con determinados tipos de trastornos psiquiátricos, como los psicóticos. Cuando alguien tiene depresión no se considera que tenga una enfermedad mental, “Bueno es que está deprimido, es que está triste”. Cuando alguien*

*tiene un trastorno de personalidad, “Es que es un poco raro, es que es un poco rebelde”. Entonces yo creo que la sociedad, en general, que no tiene cerca este tema, asocia “la locura” con los enfermos que... con la gente que está muy ida de la realidad, que hace cosas muy extrañas o muy raras”.*

*“Creo que en los últimos años ha habido un cambio. Se ha polarizado en enfermedades mentales bien vistas y enfermedades mentales mal vistas. Está por ejemplo lo del burnout que está como mucho mejor visto, o que la gente tenga depresión, ansiedad, y demás. Pero la gente no asocia eso con enfermedad mental, lo asocian con una percepción positiva de la salud mental. No está mal visto que una persona tenga depresión, o que tenga ansiedad, o que tenga una baja laboral por burnout. Sin embargo, sí está mal visto que una persona tenga una enfermedad mental diagnosticada como esquizofrenia”.*

Los profesionales destacan algunos mitos, presentes en la población, sobre las enfermedades mentales que relacionan éstas con la inteligencia, la genialidad y la excentricidad:

*“Vamos de la genialidad a la agresividad. No hay un término medio. De la genialidad, que algunos pocos ha habido, pero pocos. Que son muy, muy, muy inteligentes, a que son muy, muy, muy agresivos... Y dentro de las personas con las que trabajamos pues hay de todo, hay de todo. Hay personas que destacan en determinadas cuestiones, artísticas, pero hay otras que no, y no dejan de ser igualmente capaces y destacan sin embargo en otras cuestiones. O sea hay como cualquier persona, como cualquier persona en ese sentido”.*

*“Otro mito relacionado con la cabeza y la inteligencia es que todo genio es un poco...está un poco loco. Siempre se ha asociado la genialidad con la locura, o el excentricismo con la locura”.*

Muchas de estas ideas erróneas sobre la enfermedad mental se centran en las causas de la misma. De hecho, existen una serie de mitos sobre la etiología de las enfermedades mentales que parecen que siguen presentes en la población general e incluso en los familiares y en los propios afectados, como señalan los profesionales:

*“Es complejo. Es tremendamente complejo saber que tu hijo, que aparentemente tenía una evolución normal, de repente empieza a tener una serie de comportamientos que ya no lo son tanto, ¿no? Entonces hay que buscar una explicación a eso, buscamos las causas”.*

*“Yo creo que hay un mito muy fuerte, culpabilizando al enfermo. “Él algo habrá hecho”. Ha estudiado demasiado, es que sólo estudiaba. Incluso muchos enfermos sienten esa culpabilidad de que algo han hecho, algo de culpa, inmanejable, de que no se sabe por dónde ha venido la enfermedad”.*

*“Yo sí he oído “Es que se puso loco porque no paraba de estudiar”, o “Es que menuda vida que llevaba, así ha acabado”. O sea yo sí que creo que hay ahí un tufillo de que algo habrá hecho”.*

*“También lo relacionan con enfermedades. En el ámbito que yo estoy, que es un pueblo, cuando llegan los padres, padres mayores de más de 70 años, la explicación que te dan es relacionado con algo orgánico: “No, mi hija después de la regla tuvo un mal y ya se quedó así”. Eso se oye muchísimo, vamos yo aquí en el ámbito rural lo oigo”.*

*“Relacionado con drogas también. “Porque claro, como se empezó a drogar, como tuvo los primeros...”*

### **El rechazo social y las experiencias de discriminación de las personas con enfermedad mental crónica percibidas por los profesionales de la atención social**

La rehabilitación psicosocial choca a diario con la incompreensión, el desconocimiento y el rechazo, como ponen de manifiesto los profesionales implicados en ella:

*“El desconocimiento o el rechazo de la sociedad hace más difícil integrarse en la sociedad. Y en un grupo de amigos, de repente alguien que tiene una enfermedad mental, posiblemente esa persona... ya no sólo por él, por su patología, sino por los amigos... ya no forma parte de ese grupo de amigos. Y si una persona con enfermedad mental, de*

*repente, en el proceso de rehabilitación, quiere contactar con un grupo de amigos, es bastante, bastante difícil, por el distanciamiento. El rechazo social es una de las barreras de la rehabilitación”.*

En los servicios de rehabilitación psicosocial de la Comunidad de Madrid, los profesionales tienen muchas oportunidades de conocer de primera mano y, en muchas ocasiones, vivir directamente experiencias de rechazo y discriminación hacia las personas con enfermedad mental crónica. Las que aquí se recogen son representativas de las relatadas durante la discusión de grupo:

*“Pueden estar trabajando normalmente sin que sepan que tienen una enfermedad mental, y no ocurrir ningún problema, y en cuanto saben que tienen una enfermedad mental, empiezan a poner barreras: “No me dejes solo con esta persona”, cuando hasta entonces ha estado realizando su trabajo sin ningún problema. Solamente por el hecho de decir que tiene una enfermedad mental. Ni siquiera ha habido ningún caso en el que esa persona se haya puesto violenta ni agresiva, no, no, simplemente por decir que tiene una enfermedad mental”.*

*“Por ejemplo, voy con un grupo a un museo, en las exposiciones... Si tú no dices nada, sí que detectan que es un grupo, como ellos suelen llamar, “rarity”. Pero en ningún momento piensan que son enfermos mentales. En el momento que la gente sabe que son enfermos mentales, ahora ya sí que empezamos a mantener las distancias, oye por favor que nadie toque nada, que están pendientes de ellos... Claro, cuando sientes rechazo al enfermo mental es cuando saben que es enfermo mental o cuando hace algo que no es normal”.*

### **El ocultamiento de la enfermedad mental como resultado del rechazo**

Como en los grupos de discusión realizados con las personas con enfermedad mental grave y persistente y los familiares, el ocultamiento de la enfermedad apareció también en los comentarios de los profesionales, cuyo punto de vista sobre este tema representa distintas perspectivas. Los profesionales entienden y respetan a las personas que no revelan su condición de enfermedad mental, especialmente cuando se trata de buscar o mantener un empleo:

*“En nuestro caso, en el área laboral, como partimos diríamos de un planteamiento de bastante autonomía por parte de ellos, en algunos casos se respeta individualmente si esa persona lo dice o no lo dice, el que lo quiere decir o no. En muchos casos lo que se trabaja con ellos es una estrategia de marketing, es decir, lo mismo que una persona cuando va a una entrevista de trabajo pues no dice si tiene una diabetes o tiene otro tipo de enfermedad, o está embarazada por ejemplo, pues no tiene por qué decir, no es obligatorio decir que eres un enfermo mental. Hay personas que se sienten más cómodas diciéndolo. Pero yo creo que no es un tema de ocultamiento, es un tema más bien de estrategia de cara a facilitar la normalización con ellos. Más bien sugerimos efectivamente que no se diga porque pensamos que el decirlo les va a poner una serie de prejuicios previos y una serie de barreras que van a ser más difícil de superar que si no dicen nada.”*

*“Para ellos es un beneficio, yo creo, que no se sepa. Y para las personas que muchas veces hacemos este trabajo, también”.*

*“¿Que una persona no va a ir a una entrevista de trabajo con la etiqueta por delante? Pues estupendo. Porque pienso que además no es necesario. Allí lo que se va a valorar es si la persona está capacitada para realizar un determinado trabajo, y que va a estar trabajando tantas hora al día por lo cual le van a dar un sueldo. Eso es, ¿no? Nada más”.*

Algunos de los profesionales que participaron en los grupos de discusión, creen, además, que ocultar la condición de padecer una enfermedad mental, evita, al menos a corto plazo, el estigma social y preserva la intimidad de las personas:

*“Yo no creo que irlo diciendo siempre, beneficie. O sea, no creo que sea necesario que un sujeto tenga que ir diciendo constantemente “Tengo enfermedad mental, tengo enfermedad mental”. Yo creo que hay que dar una explicación desde otros foros o desde otros espacios más adecuados. Pero el hecho de que una persona vaya diciendo, allá por donde va, “Tengo una enfermedad mental” no le beneficia, no tiene por qué beneficiarle”.*

*“Hablar directamente de estigma y de que “tengo una enfermedad”, yo creo que produce más el efecto contrario: que las personas estén más pendientes de lo que haces, de lo que dejas de hacer, de cuidar más para evitar ese estigma pero, al mismo tiempo, están de alguna forma incrementándolo”.*

*“Precisamente porque en el ámbito laboral trabajamos con gente con perfiles muy variados, donde lo prioritario no es la enfermedad, sino que lo prioritario son las capacidades laborales y la normalización. Entonces ¿por qué contaminar con términos que ya van asociados a incapacitación, a minusvalía, a locura, y a cantidad de adjetivos que muchas veces en el centro de rehabilitación laboral no los vemos ni los vamos a ver nunca?”.*

Sin embargo, esta perspectiva cambia cuando las posibles conductas de ocultamiento no las lleva a cabo la persona con enfermedad mental grave y persistente sino los propios servicios encargados de su atención. Los profesionales parecen creer que la Administración general y las instituciones encargadas de la atención psicosocial de las personas con enfermedad mental grave y crónica en particular, les cuesta hacer llegar a la opinión pública todos los avances y logros conseguidos en los últimos años, cuyo aumento valoran muy positivamente. Esta aparente dificultad de información en cierta forma puede responder a distintas causas.

*“A nivel de recursos de atención ha habido una evolución. Han ido aumentando paulatinamente cada año. Casi todos los distritos tienen un centro de referencia, y eso no se ha publicitado nunca”.*

*“Yo creo que hay mucha falta de información, y no les culpo a ellos [se refiere entre las personas con enfermedad mental grave y persistente, familiares y público en general] porque no estén informados, porque es lo que hablábamos antes, porque no se publicita todo lo que hay, aunque hay muchísimo.”*

*“Cuando inauguramos nuestro centro, salió en un montón de periódicos de los pueblos de alrededor, de zonas cercanas. Pero en el*



*fondo nunca explicaban el sentido del centro, le daban sólo unas pequeñas líneas...”*

Los profesionales hablaron de cómo afecta el estigma social a la apertura de centros, lo que parece estar en el origen de no informar adecuadamente de los mismos y compararon esta situación a la que ocurrió con la apertura de centros de atención para drogodependientes:

*“Pero hay otro tema que yo creo que tiene que ver con lo que hablábamos al principio, que tiene que ver con el miedo que esto genera y que no se está dando una publicidad a estos centros, precisamente. Porque lo que más genera a nivel social es ese temor, de las asociaciones de vecinos, que ha impedido incluso que se abriesen centros. Lo mismo pasaba con las drogas, lo mismo pasó con las drogas durante un tiempo”.*

*“Por comparar un poco el tema de drogodependencias con el tema de salud mental, yo creo que se aborda mucho más profundamente, por lo menos hasta los últimos años... En los últimos años la verdad es que los recursos de salud mental han ido aumentando poco a poco. Pero en drogas desde los inicios se apostó fuerte, yo creo, con campañas de publicidad, con dinero, con recursos, con apoyo a entidades como Proyecto Hombre, de la administración, desde muchos sitios... Y en salud mental, hasta los últimos años, yo no he visto eso”.*

A juicio de los profesionales esto repercute en las posibilidades de rehabilitación de estas personas y los recursos que hay disponibles para ello. Y esto no ocurre solamente entre la población general, sino también entre los propios implicados y sus familiares:

*“Y el desconocimiento del tema te hace pensar que eso es tan extravagante y tan diferente, que es irrecuperable, que eso no tiene solución. Yo creo que la gente sí tiene un poco esa percepción, esa sensación de desesperanza. Yo creo que se tiene la idea de que son irrecuperables. “Pues a ése que le encierren y se quede ahí”.”*

*“Hay un desconocimiento de sus derechos entre esta población y sus familiares amplísimo. La Comunidad de Madrid yo creo que está*

*haciendo un esfuerzo en ese sentido, pero en otras comunidades es un auténtico desastre. Hay un desconocimiento en general, nos metemos en el día a día y entonces pues se nos olvida que hay una serie de recursos pues que pueden ayudarles mucho. Y yo insisto en que creo que es una población muy poco asertiva, en general, que demanda poco. Entonces como no conoce los derechos pues tampoco los exige, lamentablemente”.*

*“Nosotros, cuando llegan aquí, les preguntamos “¿Y vosotros por qué venís?”. Y me dicen “Porque me lo ha dicho el psiquiatra”. “¿Y no le habéis preguntado?”. “No”. “¿Tendréis que preguntar, no?”. Y la familia igual, “¿Y usted por qué viene?”. “Porque me lo ha dicho el psiquiatra”. Pero no saben lo que es [se refiere al centro de rehabilitación]”.*

*“De hecho cuando dices “Trabajo en una residencia, trabajo en un centro de día”, la gente da por hecho que trabajas con ancianos, porque es como mucho más extendido el ancianito que va a un centro de día, que los familiares le dejan allí y dan ciertos servicios. El centro de día de enfermos mentales es bastante desconocido, al menos el mío, en seguida piensan que es de ancianos”.*

*“El otro día tuve una llamada en el CRL que representa mucho... y nunca me dejo de sorprender. Una madre, que vive casi a la vuelta de la esquina del Centro, y llamaba para informarse porque su hija llevaba enferma diez años y bueno, había pasado por la puerta y llamaba para informarse. No estaba atendida por salud mental, estaba atendida por un psiquiatra privado, y llevaba la mujer diez años desesperada. Cuando yo la remití a salud mental, la señora no sabía lo que era salud mental, lo que volvió a incrementar mi... bueno, esta mujer, ¿quién la está informando, quién la está asesorando y demás? Entonces la hija llevaba en tratamiento diez años con un psiquiatra particular, pagando la mujer, sin ningún otro tipo de apoyo. La demanda de esta señora era “Yo necesito que mi hija tenga unos apoyos diarios o alguien que la vea más diariamente. Mi hija está estudiando, va más o menos sacando los cursos, pero le cuesta muchísimo”. Y no tenían información de nada, ni de salud mental, ni de centros de rehabilitación psicosocial, ni de otro tipo de recursos similares”.*

*“Cuando vienen personas que les está tratando un psiquiatra privado, y les informan de que hay un servicio de salud mental, que además lo tienen al lado, al lado de su casa, o que el médico de cabecera le tiene que informar que hay un servicio público que le puede dar servicios... se le hacen los ojos chiribitas, porque no lo sabían”.*

Los profesionales de la atención social a personas con enfermedad mental grave y crónica consultados incluso creen que existe falta de información entre algunos profesionales que atienden en un momento u otro, a este colectivo.

#### **b) El autoestigma de los profesionales de la atención social.**

El estigma social de la enfermedad mental también afecta a los profesionales, que pueden llegar a sentirse, ellos mismos, estigmatizados por contacto con las personas con enfermedad mental grave y persistente. A veces, el ocultamiento, que en ocasiones es sólo parcial, del tipo de trabajo que se realiza es una estrategia para evitar el rechazo:

*“A la gente que le dices que trabajas con un enfermo mental o que te relacionas, lo ven como un peligro para ti. Para ti y para todas las personas que se puedan relacionar con ellos”.*

*“Cuando te preguntan, por ejemplo, “¿Y en qué trabajas?” pues yo sí que tengo una respuesta: “Pues trabajo en servicios sociales, integración laboral”. Todo perfecto. Si la conversación va un poco más allá, si la persona pregunta, pues ya llegas a la palabra. “Pues trabajo con...”, a mí no me gusta decir enfermedad mental así que digo “pues en salud mental”, que es una palabra como más... Pero cuando aparece enfermedad mental pues aparecen respuestas variopintas, respuestas de “¿Y tenéis un vigilante allí?” o “¿Pero no tienes miedo?” o “Qué trabajo tan duro”. Claro, el cambiar esa percepción que tiene la gente es complicado, yo creo que todos tenemos la labor de cambiarlo”.*

*“Yo, evito decirlo. ¿Por qué? Porque me ahorro contar en qué trabajo. Es más, mi mujer trabaja en drogas. Con lo cual decíamos “Yo trabajo en drogas y mi marido en enfermedad mental”. Decían “Vosotros estáis muy mal, ¿no?”. ¿Ocultación por vergüenza? En el sentido de ocultación por vergüenza, no. ¿Ocultación por beneficio? Sí. Es que yo creo que una cosa es diferente, desde mi punto de vista”.*

*“Yo personalmente no lo oculto, es decir, cuando hablábamos con amigos, yo nunca lo oculto precisamente. Pero a veces sí que economizas toda la retahíla. Pero si te pones a conversar con alguien, no lo oculto porque precisamente creo que está bien que se conozca, y que se sepa que esas personas existen, que tienen esos problemas y que ya está, que es tratable y es manejable”.*

*“Cuando me preguntan, soy partidario de no ocultar, o sea como profesional, de no ocultar dónde trabajo, dónde desempeño mi trabajo diario. Pero facilito información que yo creo que evita ideas de prejuicio. O sea, sí que intento cuidar las palabras, intento explicar los términos, sobre todo cuando se entra en una conversación ya más profunda de lo que hago y de con quién trabajo”.*

Percibir que, como profesional de la atención social, se está menos considerado que otros profesionales en otras áreas de la intervención, puede ser una manifestación de autoestigma. Según Corrigan y Kleinlein (2005), los profesionales aseguran que los servicios relacionados con la enfermedad mental grave y duradera reciben menores recursos como consecuencia del estigma de la enfermedad mental, aunque no hay datos empíricos que lo avalen. En este grupo de discusión apareció el tema de la falta de recursos, aunque no se conectó directamente con el problema del estigma. Los profesionales creen que faltan recursos preventivos en salud mental:

*“¿Cuántas labores de prevención se están haciendo para prevenir accidentes de tráfico, agentes que vigilan y demás? Yo creo que toda esa labor que hay en otras patologías físicas, orgánicas y demás, yo creo que falta en salud mental. Con esa labor de prevención hay mucha gente que no llegaría a tener esas consecuencias tan nefastas y tan negativas a largo plazo. O sea yo estoy de acuerdo con que falta mucho de cultura preventiva, de prevención”.*

- *“Yo creo que no se aborda. Es decir, no se aborda lo suficientemente. Es muy gráfico lo que se ha dicho de las campañas de tráfico para evitar accidentes y por tanto para evitar discapacidades físicas. En salud mental yo nunca he visto eso”.*
- *“Hombre, ahora ha habido una campaña no hace mucho, creo que ha sido antes del verano, “La enfermedad mental somos todos”, no sé si recordáis. Creo que es la primera campaña desde que yo llevo trabajando con enfermos mentales, que son quince años, la primera a nivel nacional. Que ha ido como de puntillas, como que casi nadie la ha visto...”*

También consideraron que deberían potenciarse los servicios de atención domiciliaria, los centros de patología dual, las residencias para personas dependientes sin familia y algún tipo de recurso de régimen cerrado que, aunque transitorio, sea algo más prolongado que el actual:

*“Yo creo que hay una falta de recursos a diferentes niveles o a diferentes escalas de la enfermedad mental.”*

*“Hay muy pocos, muy pocos recursos especializados en patología dual.”*

*“Lo que decíamos antes algún tipo de recurso cerrado, de forma más prolongada o de forma transitoria. Pero yo creo que aparte de la falta de información, se ha avanzado mucho en rehabilitación psicosocial pero no tanto en otros aspectos de la enfermedad mental”.*

*“Hay un tema paralelo que cuando entras a veces a hablarlo con los usuarios hay muchos que no lo quieren hablar. Yo creo que por no anticipar. Es el tema de la vivienda y de la dependencia. Normalmente trabajamos con pacientes relativamente jóvenes, que los padres están ahí o determinados familiares. Pero sabes que va a llegar un momento que eso va a dejar de existir. Y no tienen alternativa. Muchas veces no se habla, yo creo, por no anticipar situaciones muy pesimistas. Es una situación que también demandan. “¿Y qué va a ser de mí?”.”*

En general, los profesionales de la atención psicosocial consideran que los centros de rehabilitación psicosocial han mejorado mucho en estos años, y que en general la Comunidad de Madrid tiene una situación mucho mejor que otras comunidades autónomas.

*“Se ha potenciado mucho, por ejemplo, el tema de la orientación psicosocial, es decir, una parte, una realidad de la enfermedad mental, que es imprescindible y muy importante, y que posiblemente quita dinero a otros recursos, también.”*

- *“De todas formas, en Madrid está muy bien, hay muchísimas cosas y eso es muy positivo. Yo vengo de [nombre de ciudad], yo vivo en [ciudad], y en [Comunidad Autónoma] estamos en pañales”*

- *“Es cierto que aquí en Madrid hay muchísimo. Hemos pasado de abrir puertas, yo me acuerdo cuando esto empezó, que lo que se pretendía era sacar a todos los “locos”, como decían antes, de los psiquiátricos. Y fue una invasión de “locos”, ¡a ver qué iba a pasar!. Y ahora está todo muy bien organizado, lo que pasa que bueno, es poco, ¿no?”*

### **c) El estigma transmitido por los profesionales de la atención social.**

Los profesionales de la atención psicosocial a las personas con enfermedad mental grave y crónica son conscientes del estigma social que las personas a las que atienden soportan a lo largo de su vida, por lo que procuran no ser estigmatizadores en su relación con los mismos. Sin embargo, las personas implicadas y sus familiares relatan situaciones en las que se transmiten mensajes estigmatizadores durante el transcurso de los tratamientos y la rehabilitación. Según Angell, Cooke y Kovac (2005), las actitudes negativas más frecuentes son la deshumanización, la infantilización y las bajas expectativas sobre la rehabilitación. En el análisis de las opiniones manifestadas por los profesionales dentro de la discusión de grupo efectuada, se ha tratado de buscar este tipo de actitudes.

**La utilización de etiquetas y el uso del lenguaje de forma estigmatizadora, como componente deshumanizador del trato a las personas con enfermedad mental grave y persistente**

Los profesionales que formaron el grupo de discusión manifestaron que en algún momento utilizaban algún tipo de expresión que, en principio, podría ser considerada estigmatizadora:

*“Yo sí que percibo mucha terminología, pero entre los propios profesionales Yo creo que en todos los equipos ha habido situaciones de conflicto, por los términos que utilizamos, o los lenguajes que utilizamos. Yo creo que todos los equipos estamos por la labor de cuidar el lenguaje. El lenguaje tiene multitud de facetas y cada uno lo percibe de una forma muy peculiar. Fuera del contexto de los equipos pues también, de ir con amigos, familiares, y la típica frase: “Ah mira, ése es uno de los tuyos”. Incluso entre profesionales, que al mismo tiempo son amigos: “Ah, ése es uno de los nuestros”. Yo creo que sí que existe una terminología, que no lo haces con maldad, pero que en el lenguaje cotidiano lo integras de una forma ya muy normal. Y lo normalizas, lo llegas a normalizar, sin llegar a valorar el efecto, el efecto dominó que eso hace a nivel social. Y yo creo que eso, venimos arrastrando muchos términos que tardarán generaciones en quitarse”.*

*“Términos como pirado, loco... los típicos de toda la vida. Maníaco, histérico, no sé qué, no sé cuántos... Más luego frases hechas como la de “ése es uno de los nuestros”, que quizá no sean tan directas pero que yo creo que repercuten mucho más, yo creo, en el estigma”.*

*“Yo suelo decir eso. Cuando trabajaba con drogodependientes decía “este es uno de los míos”. Y lo decía igual. Porque yo creo que como personas que están trabajando en esto, tenemos... vamos, yo lo digo con mucho cariño, no como... Al menos es mi intención, claro, luego no sé cómo el otro lo percibe, ¿no?. Pero, por ejemplo, yo lo hago desde la empatía que me produce determinado aspecto físico y determinado comportamiento. Algunas veces los veo y digo “Mira, éste es uno de los nuestros”. Sí, uno de los nuestros, pero como que formamos un grupo*

*que, en ese sentido, yo me siento parte de esa incomprensión que existe a nivel social”.*

Aunque muchos consideraban que lo hacían sin la intención de producir ese efecto estigmatizador, el mero análisis que ellos mismos realizaron durante la discusión, reveló que estos comportamientos terminan, en muchos casos, por causar efectos negativos:

*“Yo estoy de acuerdo que no se hace con maldad. Pero sí se relaciona yo creo con lo que decíamos antes de polarizar. También puede ser una persona que no tiene ningún aspecto, uno de los nuestros. Sin embargo, no hacemos esa misma referencia, con lo cual hacemos una polarización hacia la agresividad, el mal aspecto físico, hacia la incapacidad, hacia la minusvalía... A la persona que le estamos diciendo esa frase estamos potenciando que se siga encuadrando a los enfermos mentales dentro de un grupo muy negativizado. Sin embargo, no lo decimos de la persona que está trabajando con nosotros que no tiene ningún problema de aspecto físico, ni de comportamiento llamativo. ¿Entendéis lo que os quiero decir?”*

*“Yo en ningún momento lo he utilizado despectivamente. “¿Qué tal, qué tal el trabajo?” “Pues nada, hoy he estado con mis ‘loquillos’, no sé qué”. Y no lo dices más. Pero claro, tú sabes cómo se trabaja, pero el resto de la gente no. Yo lo hago muchísimo, pero provocas que el resto de la gente cuando te pregunte por ellos ya no te diga “¿Qué tal las personas con las que trabajas?”, o sea, ya no utilicen ‘personas’ sino que directamente ya te dicen “¿Qué tal tus loquillos?”.*

Incluso, algunos profesionales estaban de acuerdo en que el nombre de “Plan de atención social a las personas con enfermedad mental grave y crónica” es en sí mismo estigmatizador:

*“Yo trabajo para un plan en el que hay dos palabras que no me gustan en absoluto y son las de programa de enfermedad mental “grave” y “crónica”. O sea las palabras grave y crónico para mí pueden tener mucho significado o no tener nada, dependiendo del paciente que tienes delante o la persona que tienes delante. Creo que el concepto de cronicidad es bastante subjetivo, en él podemos estar incluidos*



*todos dependiendo de diferentes factores que analicemos. Y el concepto de grave también es bastante relativo y se puede temporalizar en el tiempo. Entonces una situación en un momento dado, que era una situación grave y crónica, no significa que eso, según va avanzando su trayectoria vital, no vaya cambiando y no sea tan grave ni tan crónico. O a lo mejor se ha cronificado unas áreas y otras no, o a lo mejor a lo largo del tiempo hay unas que se rehabilitan o se estabilizan. Entonces claro, el estigma que le he puesto a una persona al saber que entra en un programa, en un plan, para personas con enfermedad mental grave y crónica, yo creo que es bastante grande. Pero bueno que yo creo que eso son términos administrativos, que están ahí, y que yo creo que también influyen. Para mí son importantes y son relevantes, en el trabajo diario”.*

*“Yo creo que el peligro de usar las etiquetas es que la gente se queda con la etiqueta, no con lo que eso significa, que no sólo es lo negativo sino también hay positivo. O sea que tú te presentas ya con la etiqueta. La gente no se para a pensar qué hay detrás de esa etiqueta, es decir, qué es lo que conlleva, qué padecimientos, qué síntomas, qué tal, qué cuál... No, se quedan con la etiqueta. Entonces el riesgo quizá es ése. A mí personalmente me gusta más decir “trabajo con personas que tienen enfermedad mental” que “trabajo con enfermos mentales”. Porque con “enfermo mental” globalizas, lo que ves es la enfermedad. A lo mejor es hilar muy fino, pero entiendo que cuando trabajas con una persona que tiene ciertas dificultades porque tiene esta enfermedad, no trabajo con un enfermo. Le trato y le entiendo como persona, no como a un enfermo”.*

La experiencia que relata este profesional, es un ejemplo de cómo el lenguaje puede tener un efecto estigmatizador difícil de eliminar:

*“Un familiar una vez me preguntó “¿Oye y tú en qué trabajas?”. No lo entendía muy bien y al final le dije “con locos”, por abreviar. Entonces, al cabo del tiempo, este familiar mío se puso a trabajar en una explotación minera. Y dije “Pues qué interesante, podíamos ir algún día a echarle un vistazo, organizamos una excursión y tal”. Y me dijo que no. Y digo “¿Por qué?” “Joder, pues porque con los que tú trabajas*

*están locos, no puedo...". Y claro, yo me quedé pillado en mis propias palabras. Y dije (...) "Ahora no podemos ir a visitar la mina por aquello que le dije yo", que fue algo como informal... Y resulta que se volvió en mi contra porque ella se quedó con la palabra "que son locos, y a ver la que me van a montar en las minas". Vale. Y ya intentas explicarle que no es así, que tienen más peligro unos universitarios desbocados que este tipo de población. Y nos quedamos sin excursión. No fui capaz de volverla a convencer de que eso no era así".*

### **Las actitudes de paternalismo y la infantilización de las personas con enfermedad mental grave y persistente**

Entre los profesionales de los servicios sociales que participaron en los grupos de discusión no se hallaron expresiones, opiniones o comportamientos que delataran actitudes de paternalismo hacia las personas con enfermedad mental grave y persistente. Por el contrario, éstos manifestaron su dificultad en conseguir que las personas hicieran uso de sus derechos:

*"Nuestra experiencia, por lo menos la mía, es que nunca se quejan, nunca expresan dificultades. Nosotros teníamos un buzón de sugerencias y quejas y siempre estaba vacío. Elaboramos un cuestionario para intentar, no sé, si había algo, que pudiéramos cambiar. Queríamos que ellos nos dijeran qué cosas... yo qué sé, pues ese cartel. En fin. Todo les parecía bien. Bueno si hubieran dicho que les parecía bien hubiese sido una opinión. Nada, les da igual. "¿Por qué te han mandado a este programa?". "No sé" "¿Pero a ti te gusta?". "No sé. Me lo ha dicho mi psiquiatra de turno". "Pero ¿tú le has preguntado o algo?". Viene alguien de prácticas, entra en la sesión: "¿Te importa?". "No". Bueno, en fin, que nosotros nunca recibimos por parte de ellos que algo les molesta".*

*"Por ejemplo, la falta de autonomía, el poder hacer algo que les convenga. No sale de casa, "¿Por qué no sales?" "No me siento bien" "Esto se lo has contado a tu psiquiatra" "No". Pero a nosotros personalmente no nos dicen nada, tienes que estar desde la observación viendo qué cosas, qué dificultades tiene".*

### **Las expectativas de recuperación como actitud estigmatizadora**

Las bajas expectativas sobre la recuperación e integración de las personas con enfermedad mental grave y duradera, que tienen muchos profesionales, pueden transmitirse, a través de mensajes pesimistas, durante la intervención, socavando la esperanza de los afectados y sus familiares. Los profesionales que participaron en la discusión de grupo mostraron, en general, actitudes muy positivas hacia la rehabilitación psicosocial, aunque algunos dejaron entrever que los problemas de coordinación y organización pudieran influir negativamente en la buena disposición de los profesionales. Algunos ejemplos de intervenciones, en este sentido, son los siguientes:

*“Yo sinceramente, igual es una idea muy ingenua de la rehabilitación, pero creo profundamente en ella, siempre y cuando desde que eso está surgiendo se pueda abordar. Y creo que lamentablemente ha habido... por parte de que la familia que no detecta lo que está sucediendo, no dan la señal de alarma porque no saben realmente lo que está sucediendo, hay una serie de cambios de comportamiento, una serie de conductas, de cambios cognitivos, de cambios afectivos que dices: ¿qué le pasa a este chico?. Y no lo saben atribuir. Obviamente eso es desconocimiento, no se les puede nunca culpabilizar. Entonces desde eso, hasta que el médico de cabecera realmente no detecta a tiempo esa serie de cuestiones que están apareciendo. Y hasta que luego va a salud mental.... Entonces claro, es como una cadena en la que yo creo que si todos nos pusiéramos, todos, tendríamos unos resultados muchísimo más positivos. Seguro”.*

*“La incapacidad profesional para abordar ciertas cosas, pero también parto de la reflexión de que igual que hay enfermedades físicas que nosotros nos tenemos que dar cuenta de eso y aceptarlo como una realidad social, o como una realidad del ser humano, sencillamente. Igual que hay enfermedades físicas involutivas y que llevan a la incapacidad, también puede haber casos y yo creo de hecho que los hay, según mi experiencia profesional al menos, hay casos en los que la enfermedad mental produce una involución que va a más en esa persona. Yo creo que es un mínimo porcentaje de las personas que tienen enfermedad mental y parto también de la base de que creo firmemente en la rehabilitación psicosocial y que una persona con*

*enfermedad mental puede hacer una vida normalizada... ¡Ojalá esos casos los vea dentro de dos años estupendos de la muerte!. Ojalá, porque llevarían una vida mucho más normal”.*

*“Yo estoy totalmente de acuerdo con lo que planteáis y posiblemente de aquí a cincuenta años esos casos más límites serán menos en proporción, me imagino. Pero yo creo que aun así, hay que ser idealistas y hay que ser positivos, pero hay que ser realistas. Y el ser humano comete muchos errores y muchos fallos, y siempre va a haber agujeros que no se van a cubrir. Y por falta de no cubrir esos agujeros, o porque sí, porque una persona evoluciona su vida hacia un determinado sitio y no hacia otro, pues siempre va a haber la necesidad de tener algún recurso de tipo cerrado, por mucho que nos asuste. Es decir, hay que tener en cuenta eso, la perfección no existe, ni en nosotros como profesionales, ni en las administraciones con todos los recursos que tienen que plantear, ni en el individuo como paciente”.*

#### **6.1.4 Conclusiones del estudio cualitativo.**

##### **a) El estigma social de la enfermedad mental grave y persistente percibido por los profesionales de la atención social.**

Los profesionales que trabajan en la rehabilitación psicosocial de las personas con enfermedad mental grave y persistente perciben claramente el estigma social que supone para una persona tener este tipo de problema. Para ellos, el estigma es la principal barrera para su plena integración social.

##### **El estereotipo de la peligrosidad**

La experiencia en el tratamiento de la enfermedad mental grave y persistente permite a los profesionales discriminar, de forma bastante precisa, los principales estereotipos que se hallan detrás del estigma social de la enfermedad mental como, por ejemplo, la agresividad y la violencia.

Según los profesionales de la atención social, existe una fuerte asociación entre esquizofrenia y violencia, de tal forma que la sociedad cree que las personas con enfermedad mental crónica tienen más probabilidades de agredir que de ser agredidos.

Incluso, aunque la agresividad está presente en nuestra sociedad de forma generalizada, es peor aceptada y comprendida cuando se relaciona con la enfermedad mental.

La mayoría de los profesionales consideran que este estereotipo de peligrosidad y violencia genera miedo en las personas, incluso en la propia familia, especialmente cuando se une al desconocimiento sobre las enfermedades mentales, cómo manejarlas y cómo actuar ante ellas.

### **El desconocimiento sobre las enfermedades mentales: los mitos y las atribuciones causales**

Según la experiencia de los profesionales de los servicios sociales, la falta de información es una de las causas principales del estigma. El desconocimiento lleva a perpetuar una serie de ideas erróneas sobre la enfermedad mental que influyen en el estigma. De esta forma, todas las enfermedades mentales no son aceptadas de la misma forma por la sociedad. La ansiedad o el estrés, incluso la depresión, son enfermedades mentales aceptadas. La locura se asocia sólo con los trastornos psicóticos y especialmente con la esquizofrenia, siendo ésta una enfermedad que se identifica con “la gente que está ida de la realidad y que hace cosas extrañas”.

Los profesionales destacan algunos mitos, presentes en la población, sobre las enfermedades mentales que relacionan éstas con la inteligencia, la genialidad y la excentricidad. Así, la enfermedad mental grave y duradera se suele confundir con discapacidad intelectual y a aplicarle los estereotipos sociales de este trastorno o con una inteligencia superdotada propia de un genio incomprendido.

Muchas de estas ideas erróneas sobre la enfermedad mental se centran en las causas de la misma. De hecho, existen una serie de mitos sobre la etiología de las enfermedades mentales que parece que siguen presentes en la población general e incluso en los familiares y en los propios afectados. El eje central de estos mitos es considerar a la persona con enfermedad mental culpable de su problema, ya sea por haber estudiado demasiado, haber tomado drogas o por haber hecho algo no específico que le ha llevado a esa situación. Este tipo de atribuciones a malos hábitos de vida genera rechazo por parte de la sociedad y sentimientos de culpa por parte de las personas que la padecen.

### **El rechazo social y las experiencias de discriminación de las personas con enfermedad mental grave y persistente percibidas por los profesionales de la atención social**

La rehabilitación psicosocial se enfrenta a diario con la incomprensión, el desconocimiento y el rechazo. En los servicios de atención psicosocial, los profesionales tienen muchas oportunidades de conocer de primera mano y, en muchas ocasiones, vivir directamente experiencias de rechazo y discriminación hacia las personas con enfermedad mental grave y duradera.

Cuando los que están alrededor de las personas con enfermedad mental conocen esta situación, ponen en marcha comportamientos de rechazo, distanciamiento o prevención excesiva, ya sea en el grupo de amigos, en el trabajo o en las actividades de ocio, como lo demuestran los ejemplos narrados por los profesionales.

En el ámbito laboral, las personas con enfermedad mental grave provocan temor a la incertidumbre, a la incompetencia y a la posible conflictividad y se critica su trabajo en base a conductas que no tienen que ver con lo laboral (miradas, actitudes, etc.). Se les suele equiparar a personas con discapacidad intelectual y esto, desde un punto de vista laboral, supone relegarles a trabajos marginales de tipo manipulativo.

En el seno de la familia, los profesionales creen que, en muchas ocasiones, también se les da el mismo trato que a personas con discapacidad intelectual, dificultando la integración al no dejarles hacer tareas del hogar, buscando para ellos empleos protegidos o impidiéndoles una mayor autonomía en tareas de tipo instrumental. Todo ello es negativo porque, además, propicia el autoestigma.

### **El ocultamiento de la enfermedad mental grave y persistente como resultado del rechazo**

El rechazo social lleva al ocultamiento de la enfermedad. Los profesionales de los servicios sociales entienden y respetan a las personas que no revelan su condición de enfermedad mental, especialmente cuando se trata de buscar o mantener un empleo. Para la mayoría, decir que se tiene una enfermedad mental no es necesario y no conlleva ningún beneficio ni para ellos ni para los profesionales que intentan lograr la rehabilitación.

Algunos de los profesionales que participaron en los grupos de discusión creen, además, que ocultar la condición de padecer una enfermedad mental evita, al menos a corto plazo, el estigma social y preserva la intimidad de las personas, por lo que

algunos sugieren su ocultamiento, porque decirlo implica enfrentarse a prejuicios previos y barreras difíciles de superar.

Sin embargo, esta perspectiva cambia cuando las conductas de ocultamiento no las lleva a cabo la persona sino los propios servicios encargados de su atención. Los profesionales, en su mayoría, creen que sería necesaria más información sobre las características de la enfermedad mental y la red de atención sociosanitaria. En este sentido muchos de ellos se preguntan por qué la información facilitada por la Comunidad de Madrid acerca de los centros de atención a las personas con enfermedad mental no llega a la población general, sobre todo teniendo en cuenta el esfuerzo considerable y muy valorado por los profesionales, que se ha realizado en estos últimos años en aumentar los recursos destinados a la rehabilitación psicosocial y otros.

Los profesionales consideran que el estigma social afecta a la apertura de nuevos centros, y creen que esta situación puede ser comparada con lo que ocurrió hace algunos años con los centros de atención a drogodependientes. Opinan que la diferencia es que en el caso de las drogas, se pusieron en marcha campañas de publicidad con muchos recursos por parte de la Administración y otras entidades y que en la atención a personas con enfermedad mental no ha habido esa inversión en campañas publicitarias de largo alcance.

Esta dificultad de comunicación podría repercutir, a juicio de los profesionales, en un nivel pobre de conocimiento sobre las posibilidades de rehabilitación de estas personas y los recursos que hay disponibles para ello. Y esto no ocurre solamente entre la población general, sino también entre los propios implicados y familiares, e incluso los propios profesionales pueden llegar a tener dificultades acerca de este tipo de información.

#### **b) El autoestigma de los profesionales de la atención social.**

El estigma social de la enfermedad mental también afecta a los profesionales, que pueden llegar a sentirse, ellos mismos, estigmatizados por el contacto con las personas con enfermedad mental grave y persistente. El ocultamiento del tipo de trabajo que se realiza puede considerarse un signo de autoestigma. La mayoría de los profesionales del grupo de discusión reconocieron que evitaban, al menos de forma parcial, dar información sobre su trabajo, para evitar el rechazo que esto parecía producir en muchas personas.

Percibir que, como profesional, se está menos considerado que otros profesionales en otras áreas de la intervención, puede ser una manifestación de autoestigma. En el grupo de discusión creado apareció el tema de la falta de recursos, aunque no se conectó directamente con el problema del estigma.

**c) El estigma transmitido por los profesionales de la atención social.**

Actitudes negativas como la deshumanización, el paternalismo y las bajas expectativas sobre la rehabilitación parecen ser frecuentes entre los profesionales de la atención a las personas con enfermedad mental grave y persistente, según los estudios realizados con profesionales de distintos países. Aunque las personas implicadas y sus familiares relatan situaciones en las que se transmiten mensajes estigmatizadores durante el transcurso de los tratamientos y la rehabilitación, los profesionales de la atención social que participaron en el grupo de discusión y la entrevista realizados para esta investigación no mostraron actitudes muy estigmatizadoras, si bien si se hallaron algunos signos de estigma en el uso del lenguaje.

**La utilización de etiquetas y el uso del lenguaje de forma estigmatizadora, como componente deshumanizador del trato a las personas con enfermedad mental grave y persistente**

Aunque existe, en este grupo, una conciencia clara de los efectos que la mala utilización del lenguaje y la adjudicación de etiquetas puede llegar a provocar en las personas con enfermedad mental grave y persistente, los profesionales que formaron el grupo de discusión admitieron utilizar, en ocasiones, expresiones que podrían considerarse estigmatizadoras. Muchos dicen hacerlo sin la intención de producir este efecto, aunque casi todos han podido comprobar las consecuencias negativas de este comportamiento.

La idea de que el nombre de “Plan de atención social a personas con enfermedad mental grave y crónica” es en sí mismo estigmatizador, también fue destacado por algunos de los profesionales de la atención social.

**Las actitudes de paternalismo y la infantilización de las personas con enfermedad mental grave y persistente**

Entre los profesionales que participaron en los grupos de discusión no se hallaron expresiones, opiniones o comportamientos que delataran actitudes de paternalismo



hacia las personas con enfermedad mental. Por el contrario, éstos manifestaron su dificultad en conseguir que las personas hicieran uso de sus derechos.

### **Las expectativas de recuperación como actitud estigmatizadora**

Los profesionales de la atención social que participaron en esta investigación mostraron, en general, actitudes muy positivas hacia la rehabilitación psicosocial. A pesar de lo cual, los posibles problemas que en ocasiones pueden llegar a afectar a la disponibilidad de recursos, la coordinación y la organización son contemplados como barreras para conseguir mejores resultados en la rehabilitación de las personas con enfermedad mental grave y persistente. La exposición a “casos especialmente difíciles”, en los que la intervención no ha dado ningún resultado, hace que los profesionales de la atención se planteen si con más recursos y mejor organización estos casos se hubieran podido sacar adelante.

Los profesionales de la atención social consideran que, entre algunos profesionales que atienden en un momento u otro a las personas con enfermedad mental grave y persistente, puede existir, a veces, mayores prejuicios que entre la población general. El estigma puede nacer, en este colectivo, del hecho de que sólo ven una realidad parcial (la sintomatología) y no todo el proceso rehabilitador.

## **6.2 ESTUDIO CUANTITATIVO.**

---

El estudio que ahora se presenta ha empleado una perspectiva cuantitativa para evaluar el estigma entre los profesionales de la atención social a personas con una enfermedad mental grave y crónica. En el primer punto se describen las características de la muestra de profesionales en el estudio. A continuación se presentan los instrumentos de evaluación y el procedimiento seguido. El tercer punto expone los principales resultados obtenidos en el estudio y, por último, se ofrecen las principales conclusiones del mismo.

### 6.2.1 Participantes.

En el estudio participaron 110 profesionales que trabajan en la Red de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y crónica de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid (en concreto, se accedió a ellos a través de los Centros de Rehabilitación Psicosocial - CRPS), incluyéndose únicamente a aquéllos que en su trabajo mantienen un contacto directo con los pacientes. El número de participantes evaluados en los distintos centros aparece detallado en la Tabla 6.1.

**Tabla 6.1 Distribución de las evaluaciones por Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS). Número y porcentaje sobre el total de evaluaciones.**

Centro	Frecuencia	Porcentaje (%)
La Elipa	9	8,2
Retiro	14	12,7
Martínez Campos	8	7,3
Vázquez de Mella	10	9,1
Hortaleza	7	6,4
Carabanchel	12	10,9
Alcalá de Henares	6	5,5
Arganda del Rey	7	6,4
Alcobendas	5	4,5
Torrejón de Ardoz	13	11,8
Aranjuez	10	9,1
San Fernando de Henares	9	8,2

### 6.2.2 Instrumentos de evaluación y procedimiento.

Para la realización del estudio cuantitativo se construyó una batería de evaluación autoaplicada que se ha incluido en el capítulo 3. En este caso se incluían los siguientes instrumentos:

- Ficha de datos (elaboración propia).
- Cuestionario de Atribución-27. *Attribution Questionnaire-27* (AQ-27) (Corrigan, Markowitz, Watson, Rowan, y Kubiak, 2003).
- Nivel de Familiaridad con la Enfermedad Mental. *Level of Familiarity with Mental Illness* (Holmes, Corrigan, Williams, Canar, y Kubiak, 1999).

- Cuestionario de Estigma de la Familia. *Family Stigma Questionnaire* (FSQ) (Corrigan, Watson, y Miller, 2004).
- Cuestionario de Atribución de Discapacidad Psiquiátrica. *Psychiatric Disability Attribution Questionnaire* (PDAQ) (Corrigan et al., 2000).
- Cuestionario de Conocimiento Sobre la Enfermedad Mental (elaboración propia).

### 6.2.3 Resultados.

La presentación de los resultados obtenidos en la muestra de profesionales de la Red de atención social para personas con enfermedad mental grave y crónica de la Comunidad de Madrid, se ha estructurado en siete apartados: características sociodemográficas, características de su trabajo, relación con la enfermedad mental, conocimiento sobre la enfermedad mental, atribuciones, actitudes estigmatizadoras asociadas a diversas condiciones de salud, y estigma sobre la familia. En los siguientes apartados se presentarán los principales resultados obtenidos en cada una de estas áreas.

#### a) Características sociodemográficas.

Las principales características de la muestra de profesionales de la atención social aparecen resumidas en la Tabla 6.2. Como puede observarse, la muestra está constituida principalmente por mujeres, y por personas jóvenes (menores de 40 años), con una edad media en torno a 32 años. En su mayoría tenían estudios universitarios.

**Tabla 6.2 Características sociodemográficas de la muestra de profesionales de la atención social a personas con enfermedad mental grave y crónica**

n = 110	
<b>Género (%)</b>	
Varones	22,7
Mujeres	77,3
<b>Edad (%)</b>	
18-39 años	81,8
40-64 años	17,3
65 años o más	0,9
<b>Edad Media (DT)</b>	32,37 (6,76)
<b>Nivel estudios (%)</b>	
Bachillerato/Secundaria/BUP/ESO/FP	17,3
Universitarios	82,7

**b) Datos relacionados con su trabajo.**

Como puede observarse en la Tabla 6.3, la mayoría de los profesionales entrevistados trabajaban en Centros de Rehabilitación Psicosocial (74%), dato esperable si se tiene en cuenta que fue precisamente este tipo de centros el que se utilizó para establecer el contacto con los participantes. Las profesiones más representadas en la muestra fueron psicólogos (38%), educadores (22%), terapeutas ocupacionales (15%) y trabajadores sociales (11%). Estos cuatro grupos en conjunto supusieron un 86% de los profesionales entrevistados. En general, se tratan de personas con cierta experiencia en este tipo de trabajo, ya que sólo un 12% de los entrevistados llevan menos de un año trabajando con enfermedad mental. Finalmente, cabe reseñar que la satisfacción con el trabajo que realizan parece bastante alta, ya que en ningún caso se sitúa por debajo de 3, y tan sólo en un 4,5% (5 personas) entre 3 y 4. En consecuencia el 95,5% de la muestra valora positivamente la satisfacción con su trabajo, otorgándole una puntuación de 5 un 21,8% de los participantes, 6 un 46,4% y 7, máxima satisfacción, un 27,3%.

**Tabla 6.3 Datos relacionados con el trabajo de la muestra de profesionales de la atención social a personas con enfermedad mental grave y crónica.**

<b>n = 110</b>	
<b>Tipo de centro en el que trabaja (%)</b>	
Centro de Rehabilitación Psicosocial	74,5
Centro de Rehabilitación Laboral	13,6
Centro de Día	9,1
Residencia	2,7
<b>Profesión (%)</b>	
Psicólogo	38
Educador	22,2
Terapeuta ocupacional	14,8
Trabajador social	11,1
Auxiliar administrativo	4,6
Maestro de taller	2,8
Jefe de taller	1,9
Técnico apoyo inserción laboral	1,9
Monitor ocupacional	0,9
Técnico de integración social	0,9
Animador sociocomunitario	0,9
<b>Tiempo que lleva trabajando con enfermedad mental (%)</b>	
Menos de 1 año	11,8
Entre 1 y 5 años	40
Más de 5 años	48,2
<b>Grado de satisfacción con su trabajo (rango 1-7) Media (DT)</b>	<b>5,95 (0,85)</b>

**c) Relación con enfermedad mental.**

Tal y como era de esperar, la puntuación mínima en el cuestionario de Nivel de Familiaridad con la enfermedad mental fue aquella que suponía un trabajo que implica proporcionar servicios/tratamiento a personas con una enfermedad mental grave (véase Tabla 6.4). Sin embargo, una buena parte de la muestra (47%) alcanzaban niveles más altos de familiaridad con la enfermedad mental, bien por tener un amigo o un familiar con enfermedad mental, y, en un caso incluso, por padecer directamente una enfermedad mental.

**Tabla 6.4 Relación y contacto con la enfermedad mental.**

	n = 110
Mi trabajo implica proporcionar servicios/tratamiento a personas con una enfermedad mental grave (%)	52,7
Un amigo de la familia tiene una enfermedad mental grave (%)	27,3
Tengo un familiar que tiene una enfermedad mental grave (%)	19,1
Tengo una enfermedad mental grave (%)	0,9

**d) Conocimientos sobre la enfermedad mental.**

El nivel medio de conocimiento sobre la enfermedad mental entre los profesionales alcanza un nivel muy alto (véase Tabla 6.5). Los porcentajes de entrevistados que contestaron correctamente a cada ítem son en todos los casos iguales o superiores al 90% (alcanzando el 100% en los ítems correspondientes a la posibilidad de las personas con enfermedad mental de llevar una vida independiente, trabajando y manejando su patrimonio económico), con la única excepción del ítem referente a la necesidad de las personas con enfermedad mental de seguir un tratamiento de por vida, reflejando tal vez una cierta controversia acerca de la cronicidad de este tipo de trastornos.

**Tabla 6.5 Descriptivos del cuestionario de nivel de conocimiento sobre la enfermedad mental aplicado a profesionales de la atención social (n = 110).**

	% Respuestas Correctas
Entre las denominadas enfermedades mentales graves y persistentes se halla la discapacidad intelectual	91,6
Los enfermos mentales graves y persistentes no pueden trabajar debido a los síntomas de su enfermedad	100
Un enfermo mental grave y persistente no tiene conciencia de lo que le ocurre	98,1
Las personas con enfermedad mental grave y persistente son incapaces de manejar su patrimonio económico de forma independiente o sin supervisión.	100
Las personas con enfermedad mental grave y persistente necesitan llevar un tratamiento de por vida para poder controlar su enfermedad	78,3
Las enfermedades mentales graves y persistentes son hereditarias, ya que son genéticas	94,9

Las experiencias en la infancia y los problemas familiares son las principales causas de las enfermedades mentales graves y persistentes.	90,3
Actualmente, las enfermedades mentales graves y persistentes se controlan o se curan con una combinación de fármacos y terapia psicosocial	89,6
<b>Nivel de conocimiento sobre la enfermedad mental (0-8) Media (DT)</b>	<b>7,14 (1,14)</b>

### e) Cuestionario de Atribución (AQ-27)

Las puntuaciones en el AQ-27 (véase Tabla 6.6.) son, en general, bajas, con la única excepción del factor que hace referencia a la disponibilidad a ayudar a una persona con enfermedad mental (lo que podría relacionarse con su propia profesión). Así, pueden considerarse muy bajas (todas ellas por debajo de 5 en una escala de 3 a 27) las puntuaciones en los factores de peligrosidad percibida en la persona con enfermedad mental, en las reacciones de miedo o ira ante la persona con enfermedad mental, y en el que expresa la conveniencia de apartarla. Serían bajas (entre 5 y 9) las puntuaciones en los factores de atribución de responsabilidad a la persona con enfermedad mental por su situación y de evitación de la persona con enfermedad mental. Finalmente, las puntuaciones en los factores que indican sentimientos de piedad hacia la persona con enfermedad mental y disposición a coaccionarle para que siga un tratamiento, alcanzan un nivel intermedio (en torno a 15). Por ítems, aquellos que tienen una puntuación más baja son los tres que hacen referencia al estereotipo de peligrosidad, y los correspondientes a las reacciones de ira y miedo ante la persona con enfermedad mental. A éstos se suman los que aluden a la conveniencia de recluir a la persona con enfermedad mental en un hospital psiquiátrico, ya sea por su propio bien (ítem 17: media = 1,21) o por el de la comunidad (ítem 15: media = 1,26), y el referido a la culpa de la persona con enfermedad mental sobre su situación (ítem 10: media = 1,52). Alternativamente, los ítems con puntuaciones más altas son los que hacen referencia a la disposición a ayudar a la persona con enfermedad mental, y el referido a la comprensión de la persona con enfermedad mental (ítem 22: media = 7,60). De todos ellos el que alcanza una puntuación más alta es el que indica la disposición a hablar con la persona con enfermedad mental sobre su problema (ítem 8), en el que el valor promedio es de 8,15 (en una escala de 1 a 9).

**Tabla 6.6 Medias y desviaciones típicas de las puntuaciones para cada ítem y cada factor del AQ-27 en la muestra de profesionales de la atención social (n = 110).**

Factores (rango 3-27) / Ítems (rango 1-9)	Media (DT)
<b>FACTOR 1: RESPONSABILIDAD SOBRE LA ENFERMEDAD MENTAL</b>	<b>9,50 (4,10)</b>
10. Pensar que es su culpa	1,52 (1,22)
11. Ser controlable la causa de su situación	5,49 (2,05)
23. Responsabilidad sobre su situación actual	3,00 (2,20)

<b>FACTOR 2: PIEDAD</b>	15,30 (3,37)
9. Sentir pena	2,89 (1,62)
22. Comprensión	7,60 (1,36)
27. Grado de preocupación	5,02 (1,89)
<b>FACTOR 3: IRA</b>	4,44 (2,19)
1. Sentirse violentado	1,71 (1,20)
4. Sentirse enfadado	1,28 (0,70)
12. Sentirse irritado	1,50 (0,90)
<b>FACTOR 4: PELIGROSIDAD</b>	4,96 (2,48)
2. Sentirse inseguro	1,67 (1,14)
13. Considerarlo peligroso	1,94 (1,21)
18. Sentirse amenazado	1,39 (0,76)
<b>FACTOR 5: MIEDO</b>	3,96 (1,83)
3. Aterrorizado	1,22 (0,60)
19. Asustarse	1,45 (0,78)
24. Grado en que le aterroriza	1,32 (0,62)
<b>FACTOR 6: AYUDA</b>	24,01 (2,70)
8. Dispuesto a hablar con él sobre su problema	8,15 (1,19)
20. Probabilidad de ayudarlo	7,99 (1,22)
21. Certeza de ayudarlo	7,86 (1,30)
<b>FACTOR 7: COACCIÓN</b>	14,92 (4,73)
5. Exigirle que tome la medicación	7,04 (2,46)
14. Debe ser obligado a ponerse en tratamiento médico	5,83 (2,30)
25. Si estuviera a cargo de su tratamiento, obligarle a vivir en piso supervisado	2,19 (1,56)
<b>FACTOR 8: SEGREGACIÓN</b>	4,54 (2,10)
6. Supone un riesgo si no se le hospitaliza	2,11 (1,48)
15. Mejor recluirlo en un hospital psiquiátrico	1,26 (1,07)
17. El hospital psiquiátrico es el mejor lugar para él	1,21 (0,60)
<b>FACTOR 9: EVITACIÓN</b>	8,94 (5,39)
7. Si fuera empresario, lo entrevistaría para un trabajo *	2,64 (1,86)
16. Compartiría coche para ir a trabajar *	3,25 (2,50)
26. Si fuera propietario, le alquilaría un piso *	3,11 (2,10)

\* Ítems cuyas puntuaciones se invierten. Las puntuaciones que se presentan son una vez invertidos (de tal modo que, a mayor puntuación en el ítem, mayor evitación de la personas con enfermedad mental).

En el análisis pormenorizado de los porcentajes de profesionales que se mostraban de acuerdo con cada una de las afirmaciones de los ítems del cuestionario (véase tabla 6.7), considerando como tal las puntuaciones iguales o superiores a 7 (iguales o menores de 3 para los ítems inversos), puede observarse que hay una cierta polarización de las respuestas. Así, hay un amplio número de ítems (17) para los que tan sólo un pequeño número de entrevistados (por debajo del 10%) muestran su acuerdo; es más, en 7 de ellos ninguno de los entrevistados estuvo de acuerdo, y en otros 7 el porcentaje de los que estuvieron de acuerdo no alcanzó el 2%. Estos ítems son los que hacen referencia al estereotipo de peligrosidad (entre un 0 y un 2% en los tres ítems correspondientes), a las reacciones de miedo (0% en todos los casos) e ira (entre 0 y 2%) ante la persona con enfermedad mental, a la conveniencia de segregación de la persona con enfermedad mental (entre 0 y 2% para los diferentes ítems), a la culpa de la persona con enfermedad mental sobre su situación (2%), la disposición a obligarle a vivir en un piso supervisado (1%), el sentimiento de pena hacia la persona con enfermedad mental (5%), y dos correspondientes a evitación (no

entrevistarle para un trabajo – 5%-, y no alquilarle un apartamento -10%-). Frente a estos hay un segundo grupo de ítems que son asumidos por una gran mayoría de los entrevistados (por encima del 70% en todos los casos). En concreto, los que aluden a la disposición a prestar ayuda a la persona con enfermedad mental (entre un 87 y un 91% para los ítems correspondientes), y el referido a la comprensión de la persona con enfermedad mental (80%) y la disposición a coaccionarle exigiéndole que tome su medicación (73%). Tan sólo hay dos ítems en los que las opiniones de los profesionales se muestran divididas: el referido a la disposición a obligar a la persona con enfermedad mental a ponerse en tratamiento médico (46%) y el que indica el control personal de éste sobre su situación actual (38%).

Resulta significativo que en el factor de coacción un buen número de profesionales (73%) se muestren dispuestos a exigir a la persona con enfermedad mental que tome su medicación, mientras que el porcentaje baja a un 46% cuando se trata de obligarle a ponerse en tratamiento médico, alcanzando tan sólo un 1% el porcentaje de los que obligarían a la persona con enfermedad mental a vivir en un piso supervisado. Este dato resulta especialmente relevante si se tiene en cuenta la composición de la muestra, de la que no formaron parte los profesionales más directamente implicados en el tratamiento médico de las personas con enfermedad mental.

**Tabla 6.7 Porcentaje de participantes del grupo de profesionales de la atención social que muestran su acuerdo con cada uno de los ítems del AQ-27 (n = 110).**

ITEM	%
<b>RESPONSABILIDAD SOBRE LA ENFERMEDAD</b>	
10. Pensaría que es culpa de la persona con enfermedad mental que se encuentre en su situación actual	1,8
11. Control personal sobre la causa de la situación actual de la persona con enfermedad mental	38,5
23. El enfermo mental es responsable de su situación actual	10,8
<b>PIEDAD</b>	
9. Sentiría pena por la persona con enfermedad mental	5,3
22. Comprende a la persona con enfermedad mental	80,5
27. Sentiría preocupación por la persona con enfermedad mental	26,1
<b>IRA</b>	
1. Se sentiría violentado a causa de la persona con enfermedad mental	1,8
4. Se sentiría enfadado con la persona con enfermedad mental	0
12. Se sentiría irritado por la persona con enfermedad mental	0
<b>PELIGROSIDAD</b>	
2. Se sentiría inseguro cerca de la persona con enfermedad mental	1,8
13. Considera que la persona con enfermedad mental es peligroso	0,9
18. Se sentiría amenazado por la persona con enfermedad mental	0
<b>MIEDO</b>	
3. El enfermo mental le aterrará	0
19. Le asustaría la persona con enfermedad mental	0
24. Le aterrorizaría la persona con enfermedad mental	0



**AYUDA**

8. Disposición a hablar con la persona con enfermedad mental acerca de su problema	91,2
20. Es probable que ayudara a la persona con enfermedad mental	88,5
21. Cree con certeza que ayudaría a la persona con enfermedad mental	86,8

**COACCIÓN**

5. Si estuviera a cargo de su tratamiento, exigiría a la persona con enfermedad mental que tomara su medicación	72,8
14. Considera que la persona con enfermedad mental debe ser obligado a ponerse en tratamiento médico incluso si no quiere	46,4
25. Si estuviera a cargo de su tratamiento, obligaría a la persona con enfermedad mental a vivir en un piso supervisado	0,9

**SEGREGACIÓN**

6. Creencia de que la persona con enfermedad mental supone un riesgo para sus vecinos si no se le hospitaliza	0,9
15. Creencia de que sería mejor para la comunidad de la persona con enfermedad mental que lo recluyeran en un hospital psiquiátrico	1,8
17. Creencia de que un hospital psiquiátrico, donde la persona con enfermedad mental puede mantenerse alejado de sus vecinos, es el mejor lugar para él	0

**EVITACIÓN**

7. Si fuera empresario no entrevistaría a la persona con enfermedad mental para un trabajo	5,3
16. No compartiría el coche con una persona con enfermedad mental para ir al trabajo cada día	12,4
26. Si fuera propietario, probablemente no alquilaría un apartamento a la persona con enfermedad mental	9,7

**f) Actitudes estigmatizadoras asociadas a diversas condiciones de salud.**

La valoración de las actitudes estigmatizadoras hacia diversas condiciones de salud (véase Tabla 6.8) muestra que, en general, las puntuaciones de estigma para todas las condiciones consideradas son medias-bajas.

Para un análisis más pormenorizado se realizaron comparaciones entre las puntuaciones de las distintas condiciones de salud (en cada factor y en la puntuación total) mediante ANOVA de medidas repetidas, con los siguientes resultados:

- Estabilidad: las diferencias entre las distintas condiciones alcanzaron significación estadística ( $F(1,5) = 57,08$ ,  $p < .001$ ). Las correspondientes comparaciones post hoc indicaron que la discapacidad intelectual se consideraba significativamente más estable que el resto de las condiciones de salud, mientras que la Depresión se valoraba como menos estable que todas las restantes. Por su parte, la Psicosis se consideraba menos estable que Discapacidad intelectual y SIDA, y más estable que la Depresión.
- Controlabilidad: las diferencias entre condiciones fueron estadísticamente significativas ( $F(1,5) = 69,84$ ,  $p < .001$ ). Las comparaciones por pares mostraron

que el grado de controlabilidad percibido sobre la Adicción a la cocaína era significativamente mayor que en el resto de condiciones, mientras que el SIDA, aunque menos controlable que la Adicción a la cocaína, se consideraba más controlable que la discapacidad intelectual, la Psicosis y el Cáncer. La condición que aparece como menos controlable es el Cáncer, que se diferencia significativamente, además de las dos anteriores de la Psicosis y la Depresión, pero no la discapacidad intelectual.

- Piedad: las diferencias entre condiciones alcanzaron significación estadística ( $F(1,5) = 25,99, p < .001$ ). En concreto, el Cáncer suscitó más piedad que el resto de condiciones, y el SIDA mayor que las restantes a excepción del Cáncer.
- Puntuación total: las diferencias entre condiciones fueron significativas ( $F(1,5) = 39,77, p < .001$ ). En concreto, el estigma sobre la Adicción a la cocaína fue significativamente mayor que el de todas las demás condiciones a excepción de la discapacidad intelectual. En el otro extremo, el estigma sobre la Depresión fue significativamente menor que el del resto de condiciones evaluadas. Por su parte, el estigma de la discapacidad intelectual fue significativamente mayor que los de Psicosis, Depresión y Cáncer, si bien no se diferenció ni de Adicción a la cocaína, ni de SIDA. En el caso de la Psicosis cabe señalar que además de las diferencias mencionadas, sus puntuaciones fueron significativamente menores que para SIDA.

En resumen, y por lo que a la Psicosis (objeto del presente trabajo) respecta, fue considerada por los profesionales menos estable que la discapacidad intelectual y el SIDA, pero más que la Depresión; menos controlable que Adicción a la cocaína y SIDA, y más controlable que el Cáncer; y suscita menos piedad que el Cáncer y el SIDA. En conjunto, se puede decir que el estigma sobre la Psicosis entre los profesionales entrevistados fue significativamente mayor que para la Depresión, aunque menor que para Adicción a la cocaína, Discapacidad intelectual o SIDA.

**Tabla 6.8 Medias y desviaciones típicas (entre paréntesis) de las puntuaciones del PDAQ en la muestra de profesionales de la atención social, para cada ítem (rango 1-7), factor y condición (n = 110).**

	Adicción Cocaína	Discapacidad intelectual	SIDA	Psicosis	Depresión	Cáncer
<b>1. Estabilidad</b>						
Trat. Psicológico	1,63 (1,27)	1,85 (1,41)	1,51 (1,21)	<b>1,34</b> <b>(0,94)</b>	1,36 (1,07)	1,48 (1,17)
Trat. Médico	2,22 (1,75)	2,48 (1,90)	1,45 (1,18)	<b>1,40</b> <b>(1,05)</b>	1,59 (1,21)	1,38 (1,09)
Recuperación	2,34 (1,21)	4,61 (1,87)	3,76 (2,11)	<b>2,93</b> <b>(1,46)</b>	1,74 (1,00)	3,17 (1,36)
<b>TOTAL</b> <b>(rango 3-21)</b>	<b>6,16</b> <b>(3,19)</b>	<b>8,80</b> <b>(3,63)</b>	<b>6,46</b> <b>(3,31)</b>	<b>5,59</b> <b>(2,42)</b>	<b>4,69</b> <b>(2,64)</b>	<b>6,00</b> <b>(2,77)</b>
<b>2. Controlabilidad</b>						
Evitación	2,71 (1,79)	1,38 (0,81)	1,65 (1,02)	<b>1,47</b> <b>(0,99)</b>	1,71 (1,19)	1,19 (0,57)
Culpa	3,11 (1,67)	1,32 (0,99)	1,99 (1,35)	<b>1,54</b> <b>(1,06)</b>	1,43 (0,76)	1,32 (0,87)
<b>TOTAL</b> <b>(rango 2-14)</b>	<b>5,69</b> <b>(2,69)</b>	<b>2,70</b> <b>(1,49)</b>	<b>3,60</b> <b>(1,83)</b>	<b>2,99</b> <b>(1,71)</b>	<b>3,14</b> <b>(1,56)</b>	<b>2,50</b> <b>(1,28)</b>
<b>3. Piedad</b>						
<b>TOTAL</b> <b>(rango 6-49)</b>	<b>3,35</b> <b>(1,78)</b>	<b>3,23</b> <b>(1,82)</b>	<b>4,02</b> <b>(1,97)</b>	<b>3,57</b> <b>(1,97)</b>	<b>3,33</b> <b>(1,79)</b>	<b>4,68</b> <b>(2,12)</b>

**g) Estigma sobre la familia.**

Las puntuaciones en estigma sobre las familias (véase Tabla 6.9) fueron en general medias-bajas. La única excepción la constituye el ítem de contaminación en el que la puntuación media puede considerarse alta, lo que indica una alta influencia de la enfermedad mental sobre el familiar. Por otro lado, las puntuaciones en pena y en culpa sobre la recaída, pueden considerarse intermedias (en torno a 3 en una escala de 1 a 7).

**Tabla 6.9 Medias y desviaciones típicas para cada ítem del FSQ en la muestra de profesionales de la atención social (n = 110).**

Ítem (rango 1-7)	Media (DT)
Culpa aparición	2,01 (1,32)
Contaminación	6,13 (0,88)
Culpa recaída	3,36 (1,50)
Vergüenza	1,18 (0,51)

Incompetencia	1,90 (1,20)
Evitación social	1,21 (0,53)
Pena	3,32 (1,72)
<b>PUNTUACIÓN TOTAL (rango 7-49)</b>	<b>18,92 (4,62)</b>

#### **6.2.4 Conclusiones del estudio cuantitativo.**

En líneas generales, la muestra de 110 profesionales de la Red de atención social a personas con enfermedad mental grave y crónica estuvo constituida por mujeres (77%), jóvenes, con estudios universitarios. Casi tres cuartas partes de los entrevistados trabajaban en Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS) dependientes de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid y en su mayoría (86%) eran psicólogos, educadores, terapeutas ocupacionales o trabajadores sociales, con una experiencia de más de un año y en una buena proporción (48%) de más de cinco años, y con un grado de satisfacción con su trabajo elevado, probablemente porque los más satisfechos son los que se muestran más dispuestos a colaborar en un estudio como el que aquí se presenta.

Aunque todos tenían un trabajo que suponía proporcionar servicios o tratamiento a personas con una enfermedad mental grave y persistente, casi la mitad de los entrevistados alcanzaban niveles más altos de familiaridad con la enfermedad mental, por tener un amigo o familiar con enfermedad mental.

El nivel medio de conocimientos sobre la enfermedad mental entre los profesionales de los servicios sociales fue, como cabía esperar, muy elevado. La única excepción hace referencia a la necesidad de que las personas con enfermedad mental grave sigan un tratamiento de por vida, lo que tal vez refleje la controversia que suele aparecer entre profesionales acerca de la cronicidad de este tipo de trastornos.

Sus atribuciones de estigma sobre las personas con enfermedad mental son bajas. Únicamente muestran una alta disponibilidad a ayudar, lo que se relaciona con su propia profesión. Son bajos los estereotipos de peligrosidad y responsabilidad, las reacciones de miedo o ira, y la segregación de la persona con enfermedad mental. La piedad y la disposición a llegar a la coacción para que siga un tratamiento son medias, aunque, curiosamente, es mayor para tratamientos médicos que para una intervención

psicosocial (como es el piso supervisado) a pesar de su formación y experiencia profesional, más relacionada con este ámbito.

Al comparar el estigma asociado a diversas condiciones de salud se constata que es mayor para la adicción a la cocaína, la discapacidad intelectual y el SIDA que para cáncer, psicosis y, sobre todo, depresión.

Finalmente, al valorar el estigma sobre los familiares de personas con enfermedad mental grave y duradera, éste se manifiesta principalmente como contaminación, y en menor medida en piedad y culpa sobre las recaídas.

### **6.3 DISCUSIÓN.**

---

Para analizar convenientemente los resultados obtenidos en el estudio del estigma entre los profesionales que se encargan de la atención social especializada a las personas con enfermedad mental grave y persistente, es conveniente tener en cuenta que la muestra de profesionales sobre la que se han recogido los datos pertenece exclusivamente a la Red pública de Atención Psicosocial a personas con enfermedad mental grave y crónica de la Comunidad de Madrid. Son fundamentalmente psicólogos, educadores, terapeutas ocupacionales y trabajadores sociales (aunque hay otros profesionales), que trabajan en Centros de Rehabilitación Psicosocial (casi las tres cuartas partes de la muestra) y en Centros de Rehabilitación Laboral, Centros de Día y Residencias de la Comunidad de Madrid. Son mayoritariamente mujeres jóvenes, aunque con cierta experiencia profesional, ya que casi la mitad lleva más de cinco años trabajando con personas con enfermedad mental grave y crónica. Estas características, que también se reprodujeron en el grupo de discusión formado para el análisis cualitativo, conforman un perfil profesional representativo del tipo de profesionales integrantes de los centros de rehabilitación psicosocial, diferente de otros profesionales de la salud mental.

Un dato curioso con respecto a estos profesionales es que casi un 30% afirma conocer a un amigo de su familia con enfermedad mental grave y casi un 20% dice tener un familiar con este problema (porcentajes superiores a los encontrados en la población general). No sabemos si este dato es simplemente casual o si, por el contrario, apunta hacia una implicación de lo personal en lo profesional, ya sea en la elección de una

profesión de atención psicosocial o en el compromiso de revelar a la sociedad lo que otros parecen ocultar.

En cualquier caso, los profesionales entrevistados muestran, como era de esperar, un buen conocimiento sobre la enfermedad mental grave y persistente y un bajo nivel de estigma, especialmente en lo que a los estereotipos más comunes entre la población se refiere, como son los relativos a la peligrosidad y la responsabilidad sobre la enfermedad. Esta actitud poco estigmatizadora se manifestó también en la investigación de tipo cualitativa realizada mediante grupos de discusión, donde se comprobó que actitudes de deshumanización, paternalismo, infantilización y bajas expectativas de recuperación, frecuentemente halladas en profesionales de la salud mental en otros estudios (Angell et al., 2005), son poco frecuentes entre estos profesionales. Las reacciones de miedo o ira, y de conformidad con la segregación, también fueron muy bajas. Sin embargo, otras actitudes relacionadas con el estigma fueron algo más frecuentes, como la compasión y la disposición a la coacción para el seguimiento del tratamiento. En el análisis cualitativo se halló, también, que aunque existe en este grupo una conciencia clara de los efectos negativos de la utilización de un lenguaje estigmatizador y el uso de etiquetas, la mayoría admite utilizar este tipo de expresiones que, en ocasiones, han tenido consecuencias adversas para ellos o para los usuarios de los centros en los que trabajan.

En relación al estigma social, el estudio cualitativo también reveló que los profesionales de la rehabilitación psicosocial creen que el desconocimiento y la falta de información lleva a la sociedad a perpetuar una serie de ideas erróneas sobre la enfermedad mental que propician el estigma, como es la fuerte asociación entre esquizofrenia y violencia, y que esto lleva a rechazar a las personas con enfermedad mental grave y duradera, que a su vez intentan defenderse de ese rechazo con el ocultamiento de su situación. De esta forma, el ocultamiento de la enfermedad mental se convierte en una estrategia de afrontamiento del estigma y como tal es entendida y apoyada por los profesionales, que comprueban día a día la dificultad extrema de superar los prejuicios sociales que actúan de barrera de la rehabilitación social y laboral, sin ocultar la enfermedad mental.

Las actitudes negativas de los profesionales de la atención psicosocial hacia otras condiciones de salud que en principio también pueden conllevar un alto nivel de estigma, fueron, en general, bajas. Estos profesionales consideran que la psicosis es menos estable que la discapacidad intelectual y el SIDA, pero más que la depresión; menos controlable que la adicción a la cocaína y el SIDA, y más que el cáncer; y suscita menos compasión que el cáncer o el SIDA. Por tanto, el estigma sobre la

psicosis, en este grupo, es mayor que sobre la depresión y menor que sobre la adicción a la cocaína, la discapacidad intelectual o el SIDA. Este resultado es ciertamente interesante, ya que no deja de ser curioso que para los profesionales de la rehabilitación psicosocial, la discapacidad intelectual mantenga un nivel de estigma tan elevado como el SIDA o las adicciones y que la depresión sea considerada menos estigmatizadora, cuando puede llegar a ser una enfermedad mental duradera de consecuencias tan importantes como la psicosis.

Tanto en el estudio cuantitativo como en el cualitativo no se hallaron indicios importantes de actitudes estigmatizadoras hacia los familiares de las personas con enfermedad mental grave y persistente, aunque los profesionales sí creen que existe una influencia importante de la persona con enfermedad mental sobre la familia, que puede llegar a “contaminar” el ambiente familiar.

Finalmente, es interesante comentar que, aunque en el análisis cuantitativo no se utilizaron instrumentos de valoración del autoestigma, en la investigación cualitativa se constató que existe entre los profesionales algunos sentimientos ambivalentes a este respecto. Por un lado, los profesionales de la rehabilitación psicosocial mostraron estar muy satisfechos con su trabajo (en una escala de 1 a 7, la media de satisfacción rondó el 6), valoran muy favorablemente el esfuerzo de la administración, en este caso la Comunidad de Madrid, para poner en marcha y extender la Red de Atención Social a las personas con enfermedad mental grave y crónica, y se sienten muy implicados en la rehabilitación psicosocial de las personas con enfermedad mental de los centros en los que trabajan. Sin embargo, en ocasiones y aunque de forma parcial, evitan dar información sobre el tipo de trabajo que realizan para evitar el rechazo que esto parece producir en muchas personas. Este hecho viene a demostrar que los profesionales de la atención social a las personas con enfermedad mental no están al margen del estigma de la enfermedad mental y que a menudo se sienten parte del llamado estigma por asociación (Mehta y Farina, 1988), como lo constatan numerosos estudios realizados sobre este tema desde finales de los ochenta (Dickstein y Hinz, 1992; Dichter, 1992; Fink, 1986; Gabbard y Gabbard, 1992; Persaud, 2000; Sriram y Jabbarpour, 2005).

De hecho, los propios profesionales consideran que ni la propia Administración está libre del efecto del estigma al utilizar en ciertas ocasiones también estrategias, que, aunque evitan momentáneamente el rechazo social, en último término pueden estar incidiendo en que la población general mantenga un nivel insuficiente de conocimiento sobre las posibilidades de rehabilitación de las personas con enfermedad mental grave y persistente y los recursos que existen para ello.

## **7 EJE IV: ESTIGMA ASOCIADO A LA ENFERMEDAD MENTAL GRAVE Y PERSISTENTE EN POBLACIÓN GENERAL.**

---

El cuarto eje del estudio centra su atención en el contexto social próximo de las personas con una enfermedad mental grave y persistente que pudiera ser fuente de procesos de estigmatización significativos. Como venimos señalando, las personas con una enfermedad mental a menudo experimentan una serie de reacciones sociales negativas, como resultado de las connotaciones asociadas al término y de las actitudes que éste suscita en la población general y, especialmente, en quienes de una u otra forma han de colaborar en la integración de las personas que padecen una enfermedad de este tipo (propietarios de viviendas, empleadores, vecinos...).

A lo largo de este capítulo se presenta el estudio cuantitativo llevado a cabo con el objetivo de analizar los aspectos clave de la estigmatización de las personas con enfermedad mental grave y duradera en la sociedad madrileña.

### **7.1 ESTUDIO CUANTITATIVO**

---

El estudio que ahora se presenta ha analizado el estigma entre personas que viven en la Comunidad de Madrid adoptando un enfoque cuantitativo. El punto primero describe las características de la muestra de participantes en el estudio. A continuación se describen los instrumentos y el procedimiento de evaluación. En el tercer punto se presentan los resultados obtenidos en el estudio. Finalmente, se ofrece la discusión de los resultados.

#### **7.1.1 Participantes.**

En el estudio participaron 439 personas residentes en la Comunidad de Madrid, que fueron evaluadas a través de un procedimiento por puntos de muestreo a partir de alumnos de la Licenciatura de Psicología y la Diplomatura de Terapia Ocupacional de la Universidad Complutense de Madrid, que participaron voluntariamente en este estudio. Se instruyó a todos los alumnos para que, a partir de su punto de residencia,



recogieran un mínimo de 2 evaluaciones y un máximo de 6, siguiendo unas instrucciones de muestreo balanceadas en función del género y de grupos de edad (se establecieron tres rangos de edad: de 18 a 40 años, de 41 a 65 años, y mayores de 65 años). Es decir, si administraban un cuestionario a un varón de 45 años, el siguiente debía aplicarse a una mujer con una edad comprendida bien entre 18 y 40 años, o bien mayor de 65 años. Con este procedimiento pretendía obtenerse una adecuada distribución muestral por género, edad y lugar de residencia que garantizara la representatividad de la muestra. Todos los participantes eran mayores de edad y residían en la Comunidad de Madrid, por ser éste el ámbito de referencia del presente estudio.

### **7.1.2 Instrumentos de evaluación y procedimiento.**

Para la realización del estudio cuantitativo se construyó una batería de evaluación autoaplicada que se ha incluido en el capítulo 3. En este caso se incluían los siguientes instrumentos:

- Ficha de datos (elaboración propia).
- Cuestionario de Atribución-27. *Attribution Questionnaire-27* (AQ-27) (Corrigan, Markowitz, Watson, Rowan, y Kubiak, 2003).
- Nivel de Familiaridad con la Enfermedad Mental. *Level of Familiarity with Mental Illness* (Holmes, Corrigan, Williams, Canar, y Kubiak, 1999).
- Cuestionario de Estigma de la Familia. *Family Stigma Questionnaire* (FSQ) (Corrigan, Watson, y Miller, 2004).
- Cuestionario de Atribución de Discapacidad Psiquiátrica. *Psychiatric Disability Attribution Questionnaire* (PDAQ) (Corrigan, River, Lundin, Uphoff Wasowski et al., 2000).
- Cuestionario de Conocimiento Sobre la Enfermedad Mental (elaboración propia).

### 7.1.3 Resultados.

Los resultados obtenidos en la muestra de población general se han estructurado en seis apartados: características sociodemográficas, relación con la enfermedad mental, conocimiento sobre la enfermedad mental, atribuciones, actitudes estigmatizadoras asociadas a diversas condiciones de salud, estigma sobre la familia, y análisis de las variables relacionadas con el estigma. A continuación se describen principales resultados obtenidos en cada una de estas áreas.

#### a) Características sociodemográficas.

Las principales características de la muestra aparecen resumidas en la Tabla 7.1. Como puede observarse, aunque la distribución de la muestra está bastante equiparada en cuanto al sexo, predominan las mujeres (53%). La edad media está algo por debajo de los 40 años, siendo minoritario el porcentaje de mayores de 65. En cuanto a su lugar de residencia, en la muestra predominan los residentes en Madrid capital, frente a los residentes de los distintos pueblos de la Comunidad. En su mayoría, los entrevistados son solteros (42,5%) o están casados o conviviendo con su pareja (51,5%). En cuanto a nivel de estudios, un 77% de los entrevistados tienen al menos estudios de segundo grado, siendo elevado el porcentaje de universitarios. Por lo que respecta a su situación laboral, aproximadamente la mitad (52%) tienen algún tipo de empleo activo, siendo también elevado el porcentaje de estudiantes (casi un 25%). Finalmente, más de la mitad de los participantes tienen hijos, siendo la media, entre aquellos que los tenían, superior a 2.

**Tabla 7.1 Características sociodemográficas de la muestra de población general.**

	n = 439
<b>Género (%)</b>	
Varones	47,4
Mujeres	52,6
<b>Edad (%)</b>	
18-39 años	48,1
40-64 años	46,7
65 años o más	5,2
<b>Edad Media (DT)</b>	39,01 (16,46)
<b>Lugar de residencia (%)</b>	
Madrid capital	58,8
Pueblos de la Comunidad	41,2
<b>Estado Civil (%)</b>	
Soltero	43,5
Casado / Conviviendo con su pareja	51,5
Divorciado o separado	2,7

Viudo	2,3
<b>Nivel estudios (%)</b>	
Sin estudios	1,6
Elementales/Primarios/EGB/	21,1
Bachillerato/Secundaria/BUP/ESO/FP	46,6
Universitarios	30,7
<b>Situación laboral (%)</b>	
En paro o no trabaja	5,5
Ama de casa	10,3
Estudiante	24,6
Jubilado	5,1
Trabajador por cuenta ajena a tiempo completo	41,1
Trabajador por cuenta ajena a tiempo parcial	6,4
Autónomo o empresario	4,3
Otros	2,3
<b>Tiene hijos (%)</b>	53,1
<b>Nº Hijos (n = 233) Media (DT)</b>	2,28 (1,12)

Para verificar la representatividad de la muestra, se comparó con los datos de la población de referencia, en este caso, la población de la Comunidad de Madrid de mayores de 18 años. Tal y como puede observarse en la Tabla 7.2, no hay diferencias significativas en género, pero sí en las otras variables:

- Edad:  $\chi^2 (2) = 50,83$ ,  $p < .001$ . En la muestra hay más personas con una edad inferior a 65 años, y menos personas mayores.
- Nivel de estudios:  $\chi^2 (3) = 63,18$ ,  $p < .001$ . En la muestra hay más personas con estudios primarios y, sobre todo, con estudios superiores o de tercer grado, y hay menos personas con estudios de segundo grado y, sobre todo, sin estudios o analfabetos. No obstante, hay que tener en cuenta que los datos de población general de la Comunidad de Madrid incluyen en este caso a mayores de 16 años, considerando por tanto el rango 16-17 años que no se considera en nuestra muestra, y que puede hacer que los estudios secundarios aparezcan más representados en los datos de población general (puesto que buena parte de las personas de 16 y 17 años se encontrarán cursando precisamente ese tipo de estudios).

En consecuencia, la muestra utilizada puede considerarse razonablemente representativa de su población de referencia, si bien algo más joven. Se optó por no establecer ningún sistema de corrección de este punto ya que el hecho de que la muestra fuera más joven que la población seguía una tendencia conservadora, pues en principio los datos previos disponibles apuntan a que el estigma sobre la enfermedad mental se da con más frecuencia entre personas mayores.

**Tabla 7.2 Comparación de la muestra con la población general de la Comunidad de Madrid en las principales variables sociodemográficas.**

	Muestra (A) (%)	Población General (B)* (%)	Diferencia % (A-B)
<b>GENERO</b>			
Varones	47,4	47,4	0
Mujeres	52,6	52,6	0
<b>EDAD</b>			
18-39 años	48,1	45,5	2,6
40-64 años	46,7	36,8	9,9
65 años o más	5,2	17,7	-12,5
<b>NIVEL DE ESTUDIOS</b>			
Sin Estudios + Analfabeto	1,6	11,7	-10,1
Primarios	21,1	17,4	3,7
Secundarios	46,6	50,1	-3,5
Superiores	30,7	20,8	9,9

\*INE (2004). *Censo de Población y Viviendas 2001 (datos de febrero de 2004)*. Se considera la población de la Comunidad de Madrid con edades iguales o superiores a los 18 años.

## **b) Relación con enfermedad mental.**

Por lo que respecta a la relación y contacto de los entrevistados con personas que padecen enfermedad mental grave (véase Tabla 7.3), resulta minoritario el porcentaje de quienes viven cerca de un centro de atención para este tipo de personas (17%), si bien tal vez lo más destacable es el alto porcentaje (27%) de personas que admiten desconocer este dato. También es bajo el porcentaje de personas que participan como voluntarios en actividades relacionadas con la enfermedad mental o la discapacidad.

Las puntuaciones del cuestionario de Nivel de Familiaridad con la enfermedad mental indican que la muestra se reparte entre todos los niveles de contacto, aunque ninguno de los entrevistados manifestó padecer directamente una enfermedad mental grave. Casi la mitad de la muestra ha tenido tan sólo contacto con la enfermedad mental a través de programas de televisión o películas, o encuentros ocasionales con personas en las que se sospecha la presencia de enfermedad mental grave. Un 15% han tenido contactos frecuentes con personas con una enfermedad mental. El 35% restante han tenido un contacto más cercano con la enfermedad mental ya sea por su trabajo o por encontrarse presente en algún amigo, familiar o persona con la que conviven.

Tabla 7.3 Relación y contacto con la enfermedad mental

		n = 439
<b>Viven cerca de un centro de atención a personas con enfermedad mental (%)</b>		
No		55,5
Sí		17,2
No lo sabe		27,3
<b>Participan como voluntarios en actividades relacionadas con la enfermedad mental o la discapacidad (%)</b>		
		13,3
<b>Nivel máximo de familiaridad con la enfermedad mental %</b>		
Nunca he visto una persona que yo fuera consciente de que había tenido una enfermedad mental grave		3,2
He visto, al pasar, a una persona que creo que pudiera haber tenido una enfermedad mental		2,8
He visto una película o programa de televisión en el que un personaje representaba a una persona con enfermedad mental		17,2
He visto un documental en la televisión acerca de la enfermedad mental grave		26,4
He visto personas con una enfermedad mental grave con frecuencia		8,7
He trabajado con una persona que tuvo una enfermedad mental grave en mi lugar de trabajo		6,2
Mi trabajo implica proporcionar servicios/tratamiento a personas con una enfermedad mental grave		3,9
Un amigo de la familia tiene una enfermedad mental grave		12,2
Tengo un familiar que tiene una enfermedad mental grave		17,2
Vivo con una persona que tiene una enfermedad mental grave		2,1
Tengo una enfermedad mental grave		0

### c) Conocimientos sobre la enfermedad mental grave y persistente.

El nivel de conocimiento sobre la enfermedad mental puede considerarse intermedio (véase Tabla 7.4), si bien la distribución de las puntuaciones es irregular. Los porcentajes de conocimiento acertado son altos (entre 80 y 90%) en los ítems referentes a tratamiento y a posibilidad de trabajar, y también, aunque en menor medida (en torno al 70%) para los que aluden a la causación de la enfermedad mental y los niveles de conciencia de su situación en las personas con enfermedad mental. En el otro polo, el porcentaje de afirmaciones correctas en la pregunta referente a la capacidad de las personas con enfermedad mental para manejar de forma independiente su patrimonio económico se sitúa alrededor de la mitad de la muestra (51%). Aunque tal vez lo más reseñable sea el bajo porcentaje de afirmaciones correctas (44%) en el ítem referente a la relación entre discapacidad intelectual y enfermedad mental crónica, que parece reflejar una cierta confusión entre ambas condiciones.

**Tabla 7.4 Descriptivos del cuestionario de nivel de conocimiento sobre la enfermedad mental aplicado a población general (n = 439).**

	% Respuestas correctas
Entre las denominadas enfermedades mentales graves y persistentes se halla la discapacidad intelectual	43,6
Los enfermos mentales graves y persistentes no pueden trabajar debido a los síntomas de su enfermedad	80,7
Un enfermo mental grave y persistente no tiene conciencia de lo que le ocurre	68,2
Las personas con enfermedad mental grave y persistente son incapaces de manejar su patrimonio económico de forma independiente o sin supervisión.	51,4
Las personas con enfermedad mental grave y persistente necesitan llevar un tratamiento de por vida para poder controlar su enfermedad	90,5
Las enfermedades mentales graves y persistentes son hereditarias, ya que son genéticas	71,4
Las experiencias en la infancia y los problemas familiares son las principales causas de las enfermedades mentales graves y persistentes.	70,4
Actualmente, las enfermedades mentales graves y persistentes se controlan o se curan con una combinación de fármacos y terapia psicosocial	84,5
<b>Nivel de conocimiento sobre la enfermedad mental (0-8) Media (DT)</b>	5,55 (1,46)

**d) Cuestionario de Atribución (AQ-27).**

Las puntuaciones en el AQ-27 (véase Tabla 7.5) son en general medias, aunque con una distribución irregular en los distintos factores. Así aparecen puntuaciones altas (por encima de 20) para los factores que indican disposición a ayudar a la persona con enfermedad mental y a coaccionarle para que siga un tratamiento; medias-altas (en torno a 17) para los sentimientos de piedad ante la persona con enfermedad mental; y medias (alrededor de 15) para la evitación de la persona con enfermedad mental. En el otro extremo, pueden considerarse bajas las puntuaciones de los factores que hacen referencia a la conveniencia de mantener apartada a la persona con enfermedad mental o segregación, y al estereotipo respecto a su peligrosidad, y, en mayor medida (i.e. más bajas), las que atribuyen a la persona con enfermedad mental la responsabilidad de su situación y a la aparición de reacciones de ira ante una persona con enfermedad mental. De hecho los dos ítems con menor puntuación corresponden precisamente a estos dos factores: el que hace referencia a la culpa de la persona con enfermedad mental sobre su situación (ítem 10: media 1,44), y el que indica sentimientos de enfado ante la persona con enfermedad mental (ítem 4: media 1,64). El ítem que alcanza una puntuación más alta es el que alude a la exigencia a la persona con enfermedad mental para que tome su medicación (ítem 5: media = 8,32).

**Tabla 7.5 Medias y desviaciones típicas de las puntuaciones para cada ítem y cada factor del AQ-27 en la muestra de población general (n = 439).**

<b>Factores (rango 3-27) / Items (rango 1-9)</b>	<b>Media (DT)</b>
<b>FACTOR 1: RESPONSABILIDAD SOBRE LA ENFERMEDAD MENTAL</b>	8,72 (3,72)
10. Pensar que es su culpa	1,44 (1,12)
11. Ser controlable la causa de su situación	5,09 (2,36)
23. Responsabilidad sobre su situación actual	2,24 (1,79)
<b>FACTOR 2: PIEDAD</b>	17,60 (4,72)
9. Sentir pena	5,2 (2,7)
22. Comprensión	6,19 (1,96)
27. Grado de preocupación	6,26 (1,95)
<b>FACTOR 3: IRA</b>	7,85 (3,83)
1. Sentirse violentado	3,62 (2,02)
4. Sentirse enfadado	1,64 (1,18)
12. Sentirse irritado	2,61 (1,86)
<b>FACTOR 4: PELIGROSIDAD</b>	11,11 (5,46)
2. Sentirse inseguro	3,85 (2,18)
13. Considerarlo peligroso	4,30 (2,08)
18. Sentirse amenazado	3,01 (1,95)
<b>FACTOR 5: MIEDO</b>	9,05 (5,53)
3. Aterrorizado	2,59 (2,01)
19. Asustarse	3,44 (2,05)
24. Grado en que le aterroriza	3,06 (2,05)
<b>FACTOR 6: AYUDA</b>	20,22 (4,90)
8. Dispuesto a hablar con él sobre su problema	6,83 (2,13)
20. Probabilidad de ayudarlo	7,01 (1,79)
21. Certeza de ayudarlo	6,42 (2,02)
<b>FACTOR 7: COACCIÓN</b>	21,48 (4,04)
5. Exigirle que tome la medicación	8,32 (1,33)
14. Debe ser obligado a ponerse en tratamiento médico	7,74 (1,62)
25. Si estuviera a cargo de su tratamiento, obligarle a vivir en piso supervisado	5,49 (2,55)
<b>FACTOR 8: SEGREGACIÓN</b>	10,11 (5,93)
6. Supone un riesgo si no se le hospitaliza	4,04 (2,28)
15. Mejor recluirlo en un hospital psiquiátrico	3,08 (2,25)
17. El hospital psiquiátrico es el mejor lugar para él	3,07 (2,23)
<b>FACTOR 9: EVITACIÓN</b>	14,12 (6,28)
7. Si fuera empresario, lo entrevistaría para un trabajo *	4,83 (2,54)
16. Compartiría coche para ir a trabajar *	4,94 (2,69)
26. Si fuera propietario, le alquilaría un piso *	4,39 (2,52)

\* Ítems cuyas puntuaciones se invierten. Las puntuaciones que se presentan son una vez invertidos (de tal modo que, a mayor puntuación en el ítem, mayor evitación de la personas con enfermedad mental).

Con objeto de analizar más detalladamente los datos del AQ-27, se calculó el porcentaje de participantes que se mostraba de acuerdo con cada una de sus afirmaciones (véase Tabla 7.6), considerando como tal las puntuaciones iguales o superiores a 7 (iguales o inferiores a 3 para los ítems inversos). La mayoría de los participantes muestran una actitud de ayuda ante la persona con enfermedad mental (con porcentajes entre 55 y 67% para los diversos ítems) y, especialmente, una disposición a coaccionarles para seguir un tratamiento, bien exigiéndoles que tomen la medicación (92%), bien obligándoles a ponerse en tratamiento médico (84%). El porcentaje desciende notablemente cuando se trata de un tratamiento social como vivir en un piso supervisado (43%). Los porcentajes de quienes manifiestan comprensión o preocupación hacia la persona con enfermedad mental se sitúan en torno a la mitad de la muestra. En el otro extremo, resultan minoritarios los porcentajes de quienes muestran reacciones de ira o miedo ante la persona con enfermedad mental (con valores por debajo del 10% para todos los ítems), o de quienes piensan que la persona con enfermedad mental debería estar recluida en un hospital psiquiátrico ya sea por su propio bien (9%) o por el de su comunidad (10%). No obstante, hay que indicar que más de un 18% de los entrevistados indican que la persona con enfermedad mental supone un riesgo para sus vecinos si no se le hospitaliza. Así mismo son minoría dentro de la muestra quienes se sienten amenazados por la persona con enfermedad mental (7%), y especialmente quienes lo consideran responsable de su situación actual (4%) o culpable de haber llegado a ella (1%). Sin embargo, el porcentaje de quienes atribuyen cierta responsabilidad a la persona con enfermedad mental se incrementa cuando el aspecto considerado es su control personal sobre la causa de la situación actual (33%). Por último, cabe indicar que el acuerdo con las conductas de evitación evaluadas si bien no es mayoritario, alcanza unos porcentajes reseñables: un 33% no compartirían el coche para ir a trabajar con la persona con enfermedad mental, un 28% no lo entrevistaría para un trabajo, y un 24% no le alquilaría un apartamento.



**Tabla 7.6 Porcentaje de participantes del grupo de población general que muestran su acuerdo con cada uno de los ítems del AQ-27 (n = 439).**

ITEM	%
<b>RESPONSABILIDAD SOBRE LA ENFERMEDAD</b>	
10. Pensaría que es culpa de la persona con enfermedad mental que se encuentre en su situación actual	0,9
11. Control personal sobre la causa de la situación actual de la persona con enfermedad mental	32,8
23. El enfermo mental es responsable de su situación actual	3,9
<b>PIEDAD</b>	
9. Sentiría pena por la persona con enfermedad mental	39,0
22. Comprende a la persona con enfermedad mental	50,8
27. Sentiría preocupación por la persona con enfermedad mental	51,4
<b>IRA</b>	
1. Se sentiría violentado a causa de la persona con enfermedad mental	10,1
4. Se sentiría enfadado con la persona con enfermedad mental	0,4
12. Se sentiría irritado por la persona con enfermedad mental	4,6
<b>PELIGROSIDAD</b>	
2. Se sentiría inseguro cerca de la persona con enfermedad mental	15,0
13. Considera que la persona con enfermedad mental es peligroso	17,5
18. Se sentiría amenazado por la persona con enfermedad mental	7,1
<b>MIEDO</b>	
3. El enfermo mental le aterrará	6,2
19. Le asustaría la persona con enfermedad mental	10,0
24. Le aterrorizaría la persona con enfermedad mental	8,7
<b>AYUDA</b>	
8. Disposición a hablar con la persona con enfermedad mental acerca de su problema	67,2
20. Es probable que ayudara a la persona con enfermedad mental	67,1
21. Cree con certeza que ayudaría a la persona con enfermedad mental	54,8
<b>COACCIÓN</b>	
5. Si estuviera a cargo de su tratamiento, exigiría a la persona con enfermedad mental que tomara su medicación	92,5
14. Considera que la persona con enfermedad mental debe ser obligado a ponerse en tratamiento médico incluso si no quiere	84,3
25. Si estuviera a cargo de su tratamiento, obligaría a la persona con enfermedad mental a vivir en un piso supervisado	42,9
<b>SEGREGACIÓN</b>	
6. Creencia de que la persona con enfermedad mental supone un riesgo para sus vecinos si no se le hospitaliza	18,3
15. Creencia de que sería mejor para la comunidad de la persona con enfermedad mental que lo recluyeran en un hospital psiquiátrico	10,1
17. Creencia de que un hospital psiquiátrico, donde la persona con enfermedad mental puede mantenerse alejado de sus vecinos, es el mejor lugar para él	9,2
<b>EVITACIÓN</b>	
7. Si fuera empresario no entrevistaría a la persona con enfermedad mental para un trabajo	27,6
16. No compartiría el coche con una persona con enfermedad mental para ir al trabajo cada día	32,6
26. Si fuera propietario, probablemente no alquilaría un apartamento a la persona con enfermedad mental	24,0

**e) Actitudes estigmatizadoras asociadas a diversas condiciones de salud.**

Cuando se valoran las actitudes estigmatizadoras hacia diversas condiciones de salud (véase Tabla 7.7) se observa que, en general, las puntuaciones de estigma para todas las condiciones consideradas son medias-bajas.

Para un análisis más detallado se efectuaron comparaciones entre las puntuaciones de las distintas condiciones de salud mediante ANOVA de medidas repetidas sobre las puntuaciones de los factores y sobre la puntuación total para cada condición:

- Estabilidad: las diferencias entre condiciones alcanzaron significación estadística ( $F(1,5) = 139,13$ ,  $p < .001$ ). Específicamente, la discapacidad intelectual se mostró significativamente más estable que el resto de condiciones, y el SIDA más estable que las demás, a excepción de la discapacidad intelectual. La menos estable fue la Depresión, con diferencias significativas respecto a todas las demás condiciones, seguida del Cáncer, que fue menos estable que todas las demás con excepción de la Depresión.
- Controlabilidad: las diferencias entre condiciones fueron estadísticamente significativas ( $F(1,5) = 599,31$ ,  $p < .001$ ). Las comparaciones post hoc mostraron significación en todos los pares.
- Piedad: las diferencias alcanzaron significación estadística ( $F(1,5) = 38,52$ ,  $p < .001$ ). En concreto, la piedad hacia el Cáncer fue significativamente mayor que hacia el resto de condiciones, y la generada por el SIDA, aunque menor que la suscitada por el Cáncer, fue mayor que la provocada por Adicción a la cocaína, Discapacidad intelectual y Depresión. En el otro extremo, la piedad suscitada por la Adicción a la cocaína fue significativamente menor que la suscitada por el resto de condiciones a excepción de la Depresión, con la que no hubo diferencias, y la generada por la Depresión significativamente menor que la generada por todas las demás a excepción de la Adicción a la cocaína y la discapacidad intelectual.
- Puntuación total: también en este caso fueron significativas las diferencias entre las seis condiciones consideradas ( $F(1,5) = 272,68$ ,  $p < .001$ ). En concreto, el estigma sobre la Adicción a la cocaína fue significativamente mayor que el asociado a las demás condiciones, y el del SIDA mayor que el de las restantes con excepción precisamente de la Adicción a la cocaína. En el otro polo, el estigma de la Depresión fue significativamente menor que el del resto de condiciones, seguido por el del Cáncer que fue significativamente menor respecto a todas las demás con excepción de la Depresión. No hubo diferencias significativas entre el estigma asociados a la Discapacidad intelectual y a la Psicosis.

En resumen, en lo que respecta a la Psicosis (objeto del presente estudio) se puede concluir que la población general la consideró: menos estable que la discapacidad intelectual y el SIDA, pero más estable que la Depresión y el Cáncer; menos controlable que la Adicción a la Cocaína y el SIDA, y más controlable que Depresión, Discapacidad intelectual y Cáncer; y suscita más piedad que la Adicción a la cocaína y la Depresión, pero menos que el Cáncer. En conjunto, el estigma asociado a la Psicosis entre la población general fue significativamente mayor que el correspondiente a Depresión y Cáncer, y menor que el de Adicción a la cocaína y SIDA.

**Tabla 7.7 Medias y desviaciones típicas (entre paréntesis) de las puntuaciones del PDAQ en la muestra de población general, para cada ítem (rango 1-7), factor y condición (n=439).**

	Adicción Cocaína	Discapacidad intelectual	SIDA	Psicosis	Depresión	Cáncer
<b>1. Estabilidad</b>						
Trat. Psicológico	2,22 (1,71)	2,02 (1,71)	2,22 (1,83)	<b>1,98</b> <b>(1,54)</b>	1,77 (1,51)	2,09 (1,84)
Trat. Médico	2,75 (2,01)	2,34 (2,02)	1,96 (1,67)	<b>1,99</b> <b>(1,63)</b>	2,08 (1,67)	1,75 (1,58)
Recuperación	2,80 (1,66)	5,17 (1,85)	4,37 (2,16)	<b>3,51</b> <b>(1,67)</b>	1,87 (1,29)	3,02 (1,61)
<b>TOTAL (rango 3-21)</b>	<b>7,72</b> <b>(3,98)</b>	<b>9,49</b> <b>(4,12)</b>	<b>8,47</b> <b>(4,16)</b>	<b>7,38</b> <b>(3,65)</b>	<b>5,72</b> <b>(3,50)</b>	<b>6,82</b> <b>(3,95)</b>
<b>2. Controlabilidad</b>						
Evitación	4,56 (2,19)	1,87 (1,40)	3,32 (2,16)	<b>3,80</b> <b>(1,87)</b>	2,12 (1,56)	1,35 (0,91)
Culpa	4,81 (1,90)	1,24 (0,88)	3,18 (1,89)	<b>1,93</b> <b>(1,34)</b>	1,94 (1,46)	1,40 (0,94)
<b>TOTAL (rango 2-14)</b>	<b>9,32</b> <b>(3,27)</b>	<b>3,10</b> <b>(1,83)</b>	<b>6,50</b> <b>(3,21)</b>	<b>5,69</b> <b>(2,47)</b>	<b>4,05</b> <b>(2,31)</b>	<b>2,73</b> <b>(1,46)</b>
<b>3. Piedad</b>	<b>4,36</b> <b>(2,15)</b>	<b>4,77</b> <b>(2,20)</b>	<b>5,14</b> <b>(1,94)</b>	<b>4,90</b> <b>(1,92)</b>	<b>4,60</b> <b>(2,08)</b>	<b>5,54</b> <b>(1,96)</b>
<b>TOTAL (rango 6-49)</b>	<b>21,40</b> <b>(5,77)</b>	<b>17,35</b> <b>(4,89)</b>	<b>20,08</b> <b>(5,65)</b>	<b>17,96</b> <b>(4,91)</b>	<b>14,34</b> <b>(4,68)</b>	<b>15,08</b> <b>(4,81)</b>

#### f) Estigma sobre la familia.

Las puntuaciones en estigma sobre las familias (ver Tabla 7.8) fueron, en general, medias-bajas. Cabe señalar como excepción la alta puntuación en el ítem de contaminación, y el de pena.

Para un mejor análisis de los datos se procedió a su comparación con los aportados por Corrigan, Watson y Miller (en prensa), quienes aplicaron el cuestionario en Estados Unidos a una muestra de 968 personas de la comunidad, mediante entrevista telefónica<sup>7</sup>. En general, las diferencias entre ambas muestras son pequeñas (por debajo de un punto) y tienden a mostrar menor estigma en la población española que en la americana. No obstante, hay dos ítems en los que las diferencias son mayores: el referido a pena (con una valoración mayor en la muestra del presente trabajo) y, sobre todo, en el de contaminación, en el que la muestra española está más de 4 puntos por encima. Este último resultado podría relacionarse con la traducción concreta de este ítem, en el que se hacía referencia a la influencia de la enfermedad mental sobre el familiar, lo que puede ser muy amplio y dar lugar a un inflamiento de las puntuaciones.

**Tabla 7.8 Medias y desviaciones típicas para cada ítem del FSQ en la muestra de población general (n = 439), y en el estudio de Corrigan et al. (en prensa)**

Ítem (rango 1-7)	Presente estudio (n = 439) (A)	Estudio Corrigan et al. (n = 968)* (B)	Diferencia medias (A-B)
	Media (DT)	Media (DT)	
Culpa aparición	1,86 (1,26)	2,35 (1,47)	-0,49
Contaminación	6,06 (1,19)	2,00 (1,40)	<b>4,06</b>
Culpa recaída	2,61 (1,47)	2,39 (1,29)	<b>0,22</b>
Vergüenza	1,31 (0,68)	1,86 (1,21)	-0,55
Incompetencia	1,69 (1,22)	2,32 (1,42)	-0,63
Evitación social	1,59 (1,15)	2,38 (1,32)	-0,79
Pena	4,69 (1,84)	3,40 (1,46)	<b>1,29</b>
<b>PUNTUACIÓN TOTAL (7-49)</b>	<b>19,78 (4,65)</b>		

\* El n corresponde al total del estudio, si bien no a todos los participantes les fue asignado el parentesco "padre o madre" dentro del FSQ; no obstante, en el artículo no se especifica cuántos entre el total de entrevistados evaluaron precisamente esa relación.

<sup>7</sup> En el estudio de Corrigan et al. se utilizan distintos grados de parentesco con la persona con enfermedad mental, los cuales se distribuyeron aleatoriamente en la muestra. Con objeto de igualar condiciones los datos que aquí se presentan hacen referencia a los resultados obtenidos cuando el parentesco era "padres" por ser el más similar al utilizado en el presente estudio, en el que todos los participantes contestaron el FSQ con referencia únicamente a la madre.

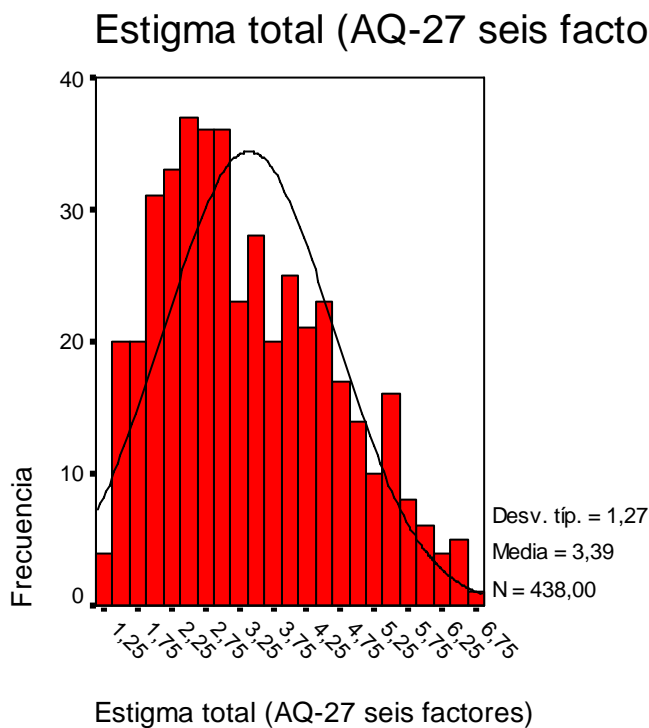
**g) Estudio de las características de la población general relacionadas con el estigma.**

Con objeto de establecer relaciones entre distintas variables y el grado de estigma atribuido a la enfermedad mental, se calculó una puntuación global de estigma, basada en las puntuaciones de seis escalas del AQ-27, a saber:

- Responsabilidad sobre la enfermedad.
- Ira.
- Peligrosidad.
- Miedo.
- Segregación.
- Evitación.

La puntuación total se calculó como la suma de las puntuaciones en esas seis escalas, y estaba comprendida entre 1 y 9. Como puede verse en la Figura 7.1, la distribución de frecuencia de las puntuaciones no se ajustó a la curva normal, presentado cierta desviación hacia las puntuaciones más bajas, y no encontrándose ninguna puntuación por encima de 7.

**Figura 7.1: Distribución de frecuencias de la puntuación total de estigma**



Teniendo esto en cuenta, se procedió a la dicotomización de las puntuaciones en estigma utilizando como punto de corte 3. De este modo, se establecieron dos grupos: el primero, con puntuaciones en estigma iguales o inferiores a 3, que puede considerarse como de estigma bajo y que suponía un 45,9% de la muestra; y el segundo, con puntuaciones superiores a 3, que puede considerarse de estigma medio y que suponía el 54,1% de la muestra.

Una vez dicotomizados de este modo, se procedió a ver si existían diferencias entre ambos grupos de estigma en diferentes variables. En concreto, se consideraron, por un lado variables sociodemográficas (sexo, edad, lugar de residencia, estado civil, nivel de estudios, situación laboral y si tiene hijos), por otro, variables referentes al nivel de relación o contacto con la enfermedad mental (vivir cerca de un centro de atención a personas con enfermedad mental, participación como voluntario en actividades relacionadas con la enfermedad mental o la discapacidad y nivel de contacto o familiaridad con la enfermedad mental); y finalmente el nivel de conocimiento sobre la enfermedad mental (para lo que se consideraron tanto las puntuaciones totales en el cuestionario correspondiente, como las referentes a cada uno de sus ocho ítems).

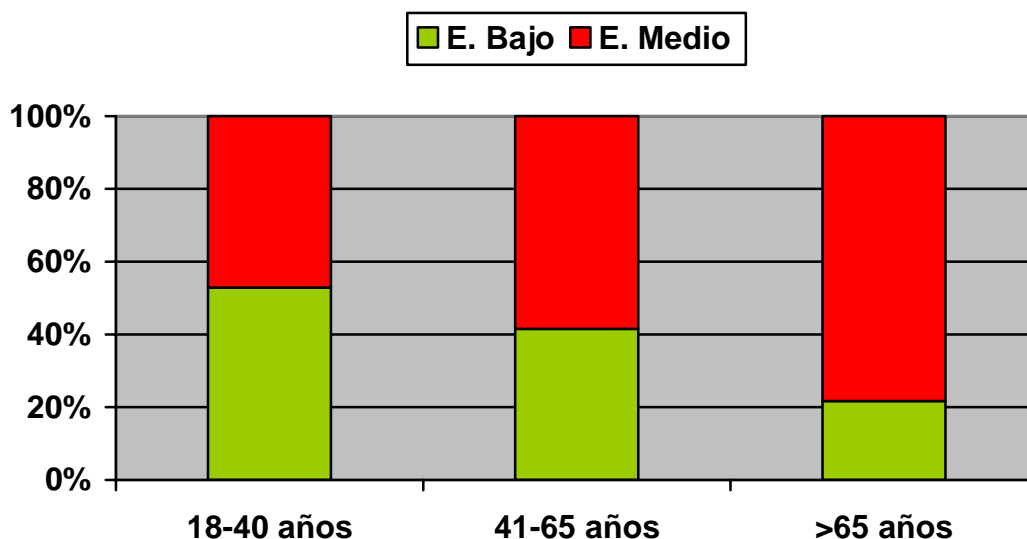
Los datos no evidenciaron diferencias significativas en el nivel de estigma en función de:

- Entre las variables sociodemográficas, sexo y situación laboral
- En ninguna de las variables relativas a la relación o contacto con la enfermedad mental, esto es: vivir cerca de un centro de atención a enfermedad mental; participar como voluntario en actividades relacionadas con la enfermedad mental; o el nivel de contacto o familiaridad con la enfermedad mental (este se estableció a partir de las puntuaciones en el cuestionario de nivel de familiaridad, dividiendo las puntuaciones en contacto indirecto –a través de medios de comunicación, películas o contactos ocasionales- y contacto directo – que implica un contacto continuado con una personas con enfermedad mental-).

Se encontraron diferencias significativas, en cambio, para el resto de variables sociodemográficas consideradas y para el conocimiento sobre la enfermedad mental.

Así, hubo diferencias en función de la EDAD [Chi-cuadrado (2 gl) = 11,12 ( $p < .01$ )], de modo que a medida que aumentaba la edad disminuía el porcentaje de personas que mostraban un bajo estigma hacia la enfermedad mental (véase Figura 7.2).

Figura 7.2: Porcentajes de personas con estigma bajo y medio en función de la edad (n=439).

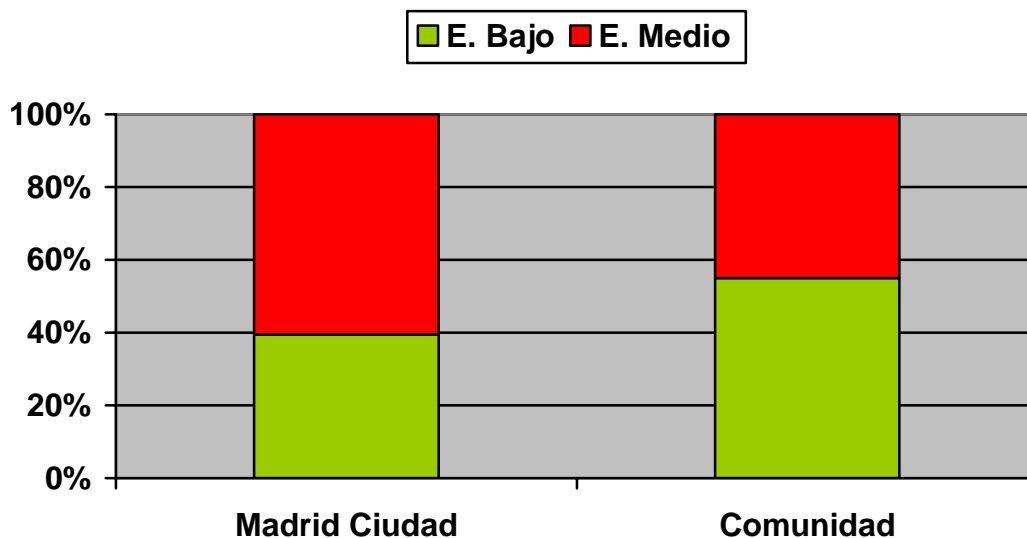


Así mismo se calcularon las diferencias en edad considerándola como variable continua, alcanzando también significación estadística, e indicando de nuevo que las personas con un estigma menor tendían a ser más jóvenes

	Media (Desviación Típica)	
<i>Estigma bajo</i>	35,95 (14,67)	t(435) = -3,69 p < .001
<i>Estigma medio</i>	41,63 (17,45)	

En cuanto al LUGAR DE RESIDENCIA (esto es, Madrid ciudad vs. resto de la Comunidad de Madrid), también se hallaron diferencias significativas [Chi-cuadrado (1 gl) = 10,21 ( $p < .001$ )], que indicaron mayores porcentajes de personas con bajo estigma entre los entrevistados que residían fuera de la ciudad de Madrid (véase Figura 7.3). Con objeto de verificar si esta diferencia podía relacionarse con la diferencia en edad se hicieron los análisis correspondientes que mostraron que no existían diferencias significativas en edad entre quienes residían en Madrid ciudad o en el resto de la Comunidad.

Figura 7.3: Porcentajes de personas con estigma bajo y medio en función del lugar de residencia (n=439).

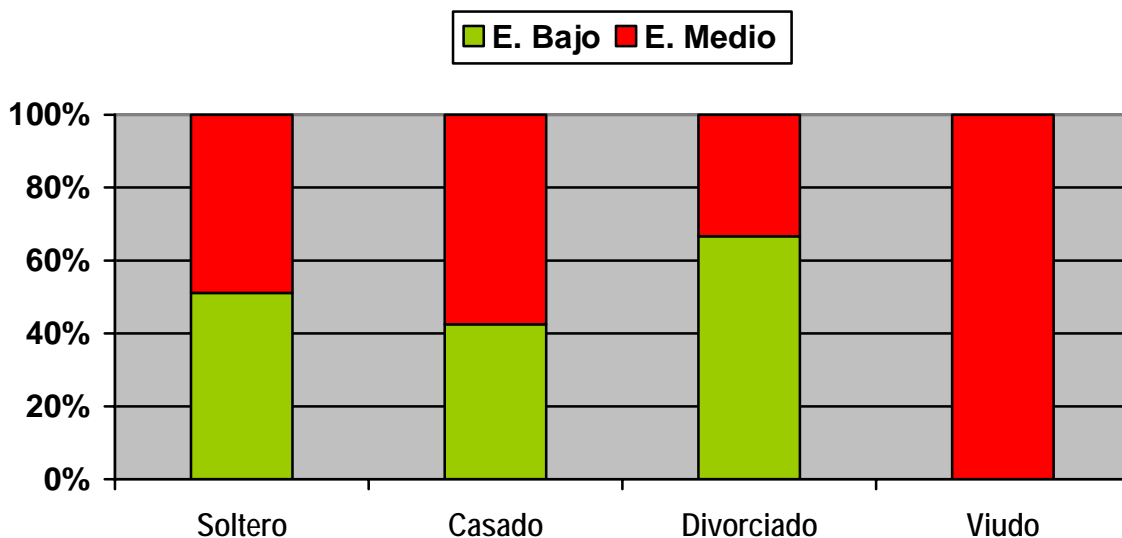


Con respecto al ESTADO CIVIL o situación de CONVIVENCIA, también se encontraron diferencias significativas [Chi-cuadrado (3 gl) = 13,67 (p<.01)], que mostraban que los porcentajes de bajo estigma eran más altos entre solteros y especialmente divorciados o separados (véase Figura 7.4). En el otro extremo, todos los viudos de la muestra presentaban un nivel de estigma medio, si bien hay que señalar que el número de viudos en la muestra total era relativamente bajo (10 personas).

Dada la posible relación entre este resultado y las diferencias en edad, se realizaron análisis para verificar si existían diferencias en edad entre los distintos estados civiles, constatándose que los solteros eran significativamente más jóvenes que los otros grupos, y los viudos significativamente mayores, pero no hubo diferencias entre casados y divorciados en edad. En un posterior análisis se calcularon las posibles diferencias en estigma entre estos dos grupos (casados vs. divorciados o separados), no encontrándose diferencias significativas.

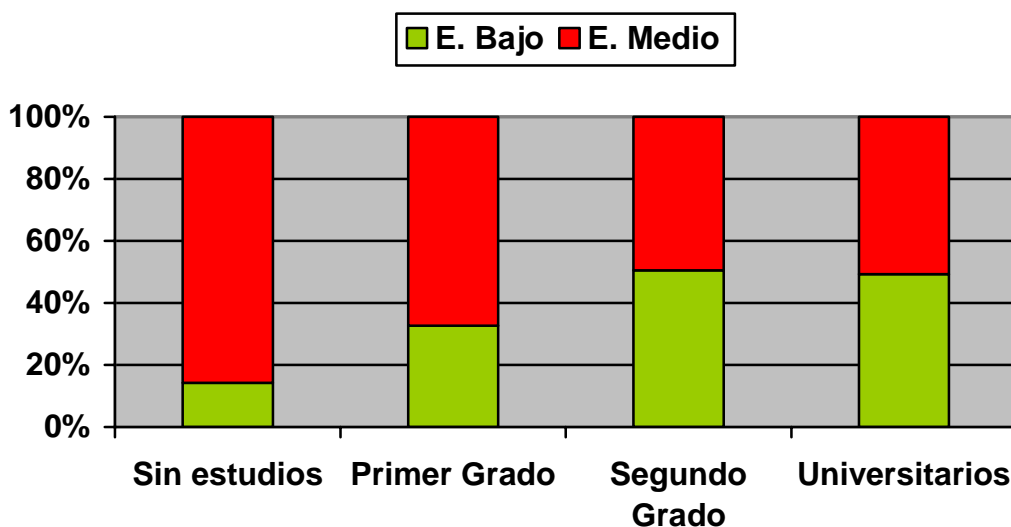


Figura 7.4: Porcentajes de personas con estigma bajo y medio en función del estado civil o situación de convivencia (n=439).



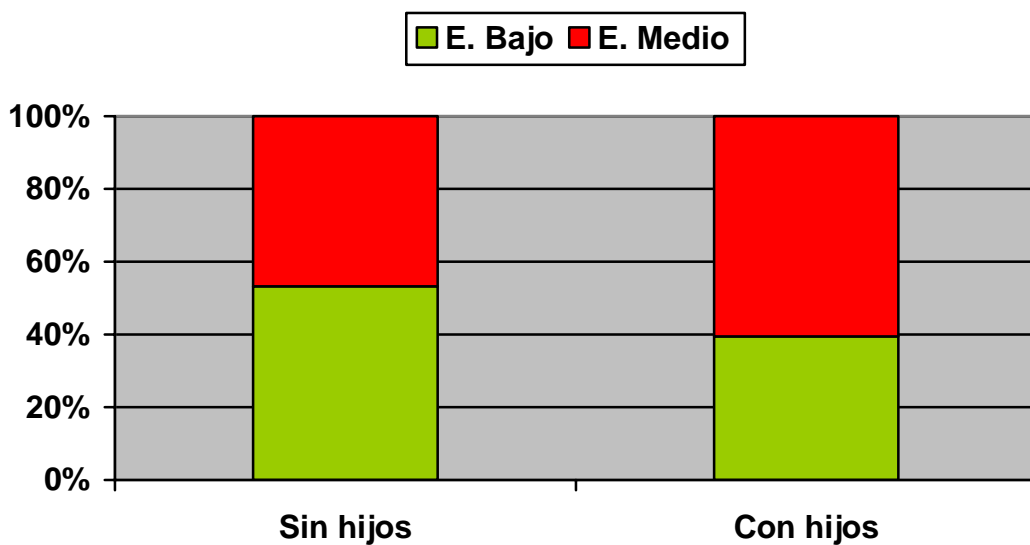
También hubo diferencias significativas en función del NIVEL DE ESTUDIOS [Chi-cuadrado (3 gl) = 11,69 (p<.01)]. En concreto (véase Figura 7.5) el porcentaje de personas con un estigma bajo hacía la enfermedad mental se incrementaba a medida que aumentaba el nivel máximo de estudios terminados. Los niveles de estigma medio fueron mayores entre las personas con estudios de primer grado y, especialmente, entre quienes no tenían estudios.

Figura 7.5: Porcentajes de personas con estigma bajo y medio en función del nivel de estudios (n=439).



Por último, entre las variables sociodemográficas consideradas también se hallaron diferencias significativas en función de TENER HIJOS [Chi-cuadrado (1 gl) = 8,23 (p<.01)], de modo que los porcentajes de personas con bajo estigma fueron mayores entre quienes no tenían hijos (véase Figura 7.6). No obstante, este resultado puede relacionarse con las diferencias ya constatadas en función de la edad, puesto que hay diferencias significativas en esta variable entre ambos grupos (las personas que tienen hijos son significativamente mayores).

Figura 7.6: Porcentajes de personas con estigma bajo y medio en función de si tienen hijos o no (n=439).



Por lo que respecta al NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA ENFERMEDAD MENTAL, se calcularon las diferencias en el nivel total de conocimiento sobre la enfermedad mental como variable continua, alcanzando significación estadística y mostrando que el nivel medio de conocimiento era más alto entre quienes mostraban un estigma bajo.

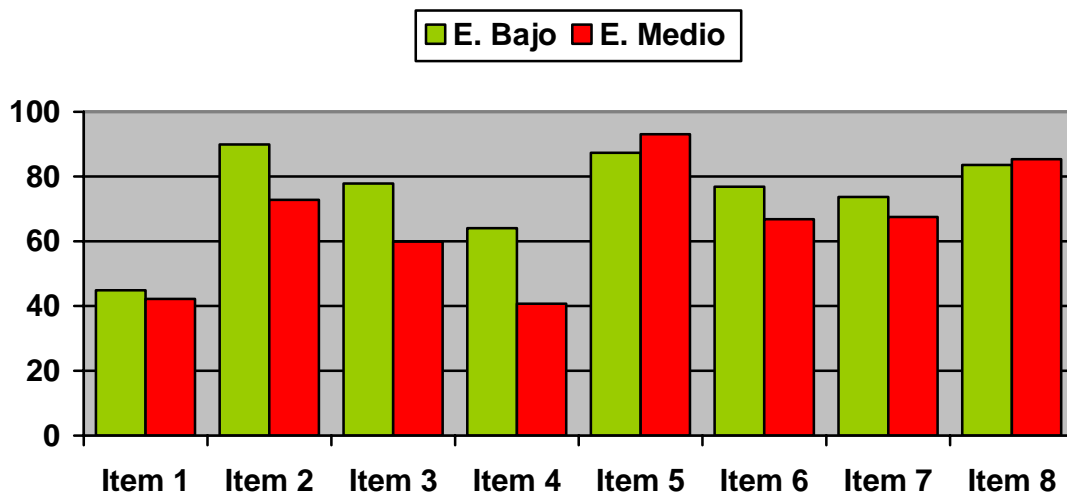
	Media (Desviación Típica)	
<i>Estigma bajo</i>	5,88 (1,38)	t(425,68) = 4,60 p<.001
<i>Estigma medio</i>	5,25 (1,47)	

Para profundizar más en el análisis se establecieron diferencias en función del nivel de estigma en el porcentaje de personas que respondían adecuadamente a cada uno de los ítems del cuestionario de nivel de conocimiento sobre la enfermedad mental (véase Figura 7.7). Los resultados mostraron diferencias significativas en los siguientes ítems:

- Item 2 (posibilidad de trabajar): Chi-cuadrado (1 gl) = 19,95 p<.001
- Item 3 (conciencia de lo que le ocurre): Chi-cuadrado (1 gl) = 15,70 p<.001
- Item 4 (capacidad manejar patrimonio): Chi-cuadrado (1 gl) = 23,47 p<.001
- Item 5 (tratamiento de por vida): Chi-cuadrado (1 gl) = 4,14 p<.05
- Item 6 (origen hereditario y genético): Chi-cuadrado (1 gl) = 5,11 p<.05

En todos ellos, el porcentaje de respuestas acertadas al ítem fue mayor entre quienes tenían un estigma bajo, excepto en el referente a la necesidad de llevar un tratamiento de por vida, para el que hubo un mayor acuerdo entre quienes tenían un estigma medio.

**Figura 7.7: Distribución de los niveles de estigma entre los que responden acertadamente a cada ítem del cuestionario de nivel de conocimiento sobre la enfermedad mental (n = 439).**



Dado que el análisis anterior incluía a todos los participantes lo que podía enmascarar algunos de los efectos al considerarse un buen porcentaje de personas con niveles intermedios en estigma sobre la enfermedad mental, se llevó a cabo un nuevo análisis en el que únicamente se consideraron a aquellas personas que se situaban en los extremos de la puntuación de estigma (teniendo en cuenta siempre que el extremo superior en este caso indica niveles medios-altos). Para ello se seleccionaron a aquellas personas que tenían puntuaciones iguales o inferiores a 2,75 (grupo de

estigma bajo) y a las que tenían puntuaciones iguales o superiores a 5 (grupo de estigma alto). De este modo se seleccionaron 120 personas, 62 de ellas (51,7%) en el grupo de estigma bajo, y 58 (48,3%) en el de estigma alto.

Una vez dicotomizados de este modo, se procedió a ver si existían diferencias entre ambos grupos de estigma en diferentes variables, considerando las mismas variables que en el análisis anterior, esto es: variables sociodemográficas (sexo, edad, lugar de residencia, estado civil, nivel de estudios, situación laboral y si tiene hijos), variables referentes al nivel de relación o contacto con la enfermedad mental (vivir cerca de un centro de atención a personas con enfermedad mental, participación como voluntario en actividades relacionadas con la enfermedad mental o la discapacidad y nivel de contacto o familiaridad con la enfermedad mental); y el nivel de conocimiento sobre la enfermedad mental.

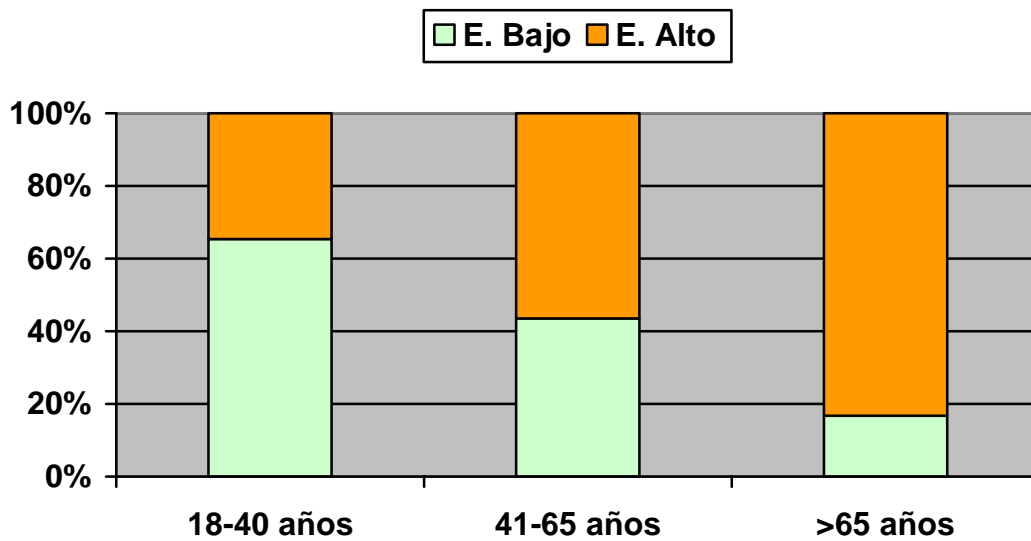
En este caso, los datos no evidenciaron diferencias significativas en el nivel de estigma:

- Entre las variables sociodemográficas, sexo y nivel de estudios.
- Entre las variables relativas a la relación o contacto con la enfermedad mental, vivir cerca de un centro de atención a enfermedad mental y el nivel de contacto o familiaridad con la enfermedad mental.

Se encontraron diferencias significativas, en cambio, para el resto de variables sociodemográficas consideradas, para la participación como voluntario en actividades relacionadas con la enfermedad mental y para el conocimiento sobre la enfermedad mental.

Nuevamente se encontraron diferencias significativas en función de la EDAD [Chi-cuadrado (2 gl) = 8,50 (p<.05)], de modo que a medida que aumentaba la edad disminuía el porcentaje de personas que mostraban un bajo estigma hacia la enfermedad mental (véase Figura 7.8).

Figura 7.8: Porcentajes de personas con estigma bajo y alto en función de la edad (n=120).

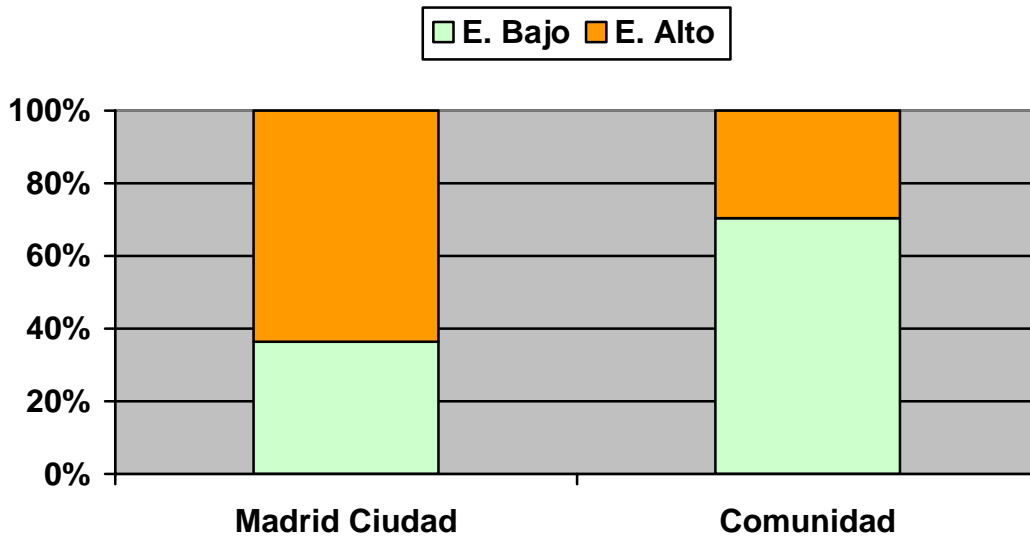


Así mismo se calcularon las diferencias en edad considerándola como variable continua, alcanzando también significación estadística, e indicando de nuevo mayor que las personas con estigma bajo tendían a ser más jóvenes

	Media (Desviación Típica)	
<i>Estigma bajo</i>	35,55 (13,61)	t(118) = -3,44 p<.001
<i>Estigma alto</i>	45,19 (16,96)	

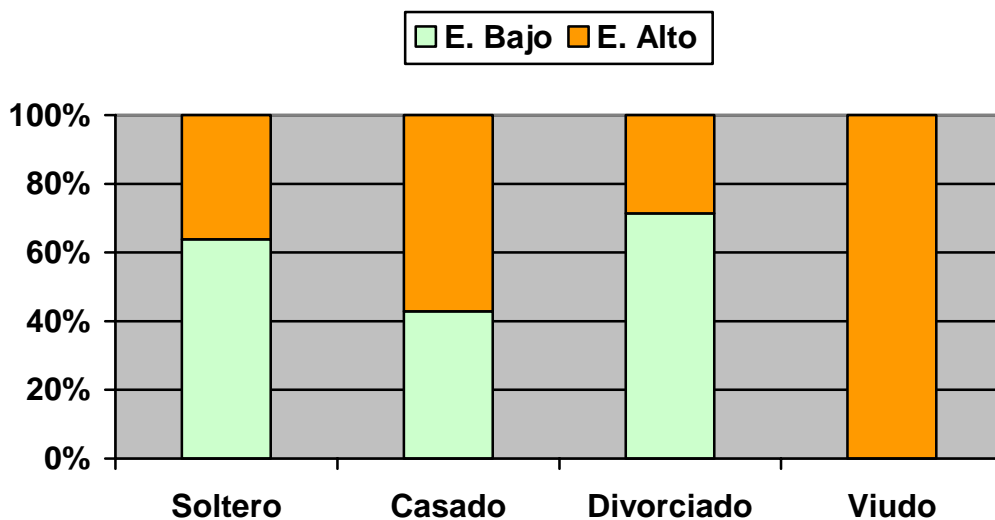
En cuanto al LUGAR DE RESIDENCIA (esto es, Madrid ciudad vs. comunidad), también se hallaron diferencias significativas [Chi-cuadrado (1 gl) = 13,75 (p<.001)], que indicaron mayores porcentajes de personas con bajo estigma entre los entrevistados que residían fuera de la ciudad de Madrid (véase Figura 7.9).

Figura 7.9: Porcentajes de personas con estigma bajo y alto en función del lugar de residencia (n=120).



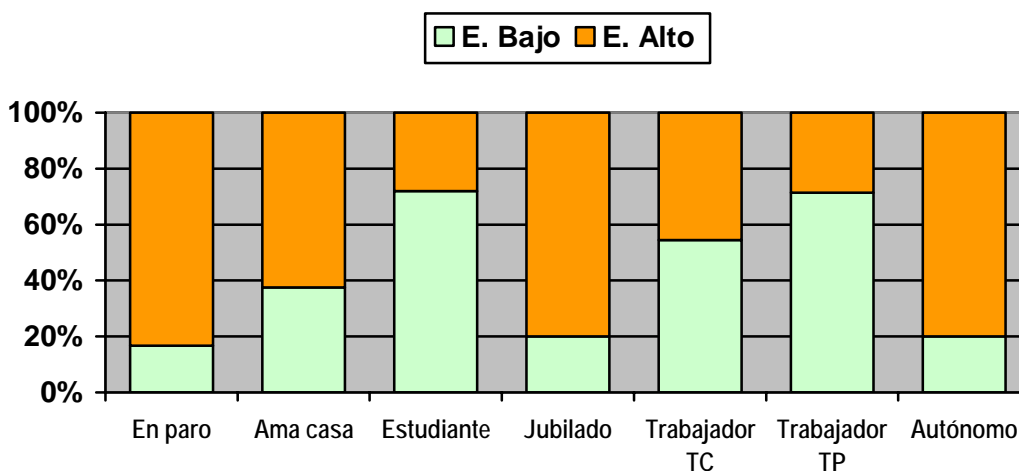
Con respecto al ESTADO CIVIL o situación de CONVIVENCIA, también se encontraron diferencias significativas [Chi-cuadrado (3 gl) = 9,04(p<.05)], que mostraban que los porcentajes de bajo estigma eran más altos entre solteros y especialmente divorciados o separados (véase Figura 7.10). En el otro extremo, todos los viudos de la muestra presentarían un nivel de estigma alto, si bien hay que señalar que el número de viudos en la muestra total era bajo (3 personas).

Figura 7.10: Porcentajes de personas con estigma bajo y alto en función del estado civil o situación de convivencia (n=120).



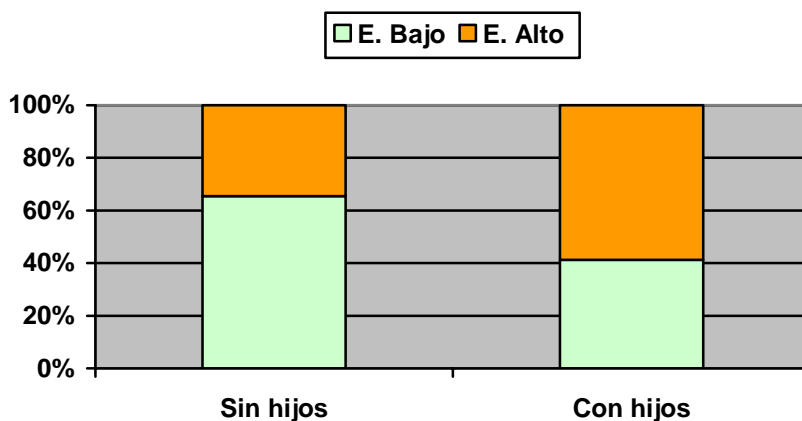
Respecto a la SITUACION LABORAL también se encontraron diferencias significativas [Chi-cuadrado (7 gl)=14,73 (p<.05)], con mayores porcentajes de bajo estigma entre estudiantes y trabajadores por cuenta ajena, y mayores entre amas de casa, autónomos y jubilados, si bien este último dato podría estar en relación, nuevamente con la edad (véase Figura 7.11).

**Figura 7.11: Porcentajes de personas con estigma bajo y alto en función de la situación laboral (n=120).**



Por último, entre las variables sociodemográficas consideradas también se hallaron diferencias significativas en función de TENER HIJOS [Chi-cuadrado (1 gl) = 6,92 (p<.01)], de modo que los porcentajes de personas con bajo estigma fueron mayores entre quienes no tenían hijos (véase Figura 7.12).

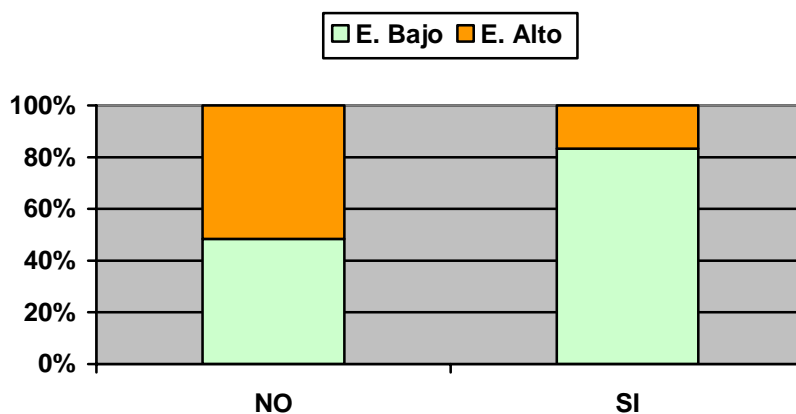
**Figura 7.12: Porcentaje personas con estigma bajo y alto en función de si tienen hijos o no (n=120).**



Por otro lado, se encontraron diferencias significativas en función de la PARTICIPACIÓN COMO VOLUNTARIO en actividades relacionadas con la enfermedad mental o la discapacidad [Chi-cuadrado (1 gl) = 5,22 (p<.05)]. En

concreto, los porcentajes de estigma bajo fueron mayores entre quienes participaban en este tipo de actividades (véase Figura 7.13).

**Figura 7.13: Porcentajes de personas con estigma bajo y alto en función de la participación como voluntario en actividades relacionadas con la enfermedad mental o la discapacidad (n=120).**



Por último, los datos evidenciaron diferencias en el NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA ENFERMEDAD MENTAL. En primer lugar, se calcularon las diferencias en el nivel total de conocimiento sobre la enfermedad mental como variable continua, alcanzando significación estadística, y mostrando mejores niveles de conocimiento sobre la enfermedad mental entre quienes tenían un estigma bajo:

	Media (Desviación Típica)	
<i>Estigma bajo</i>	6,17 (1,38)	t(115) = 5,41 p<.001
<i>Estigma alto</i>	4,76 (1,44)	

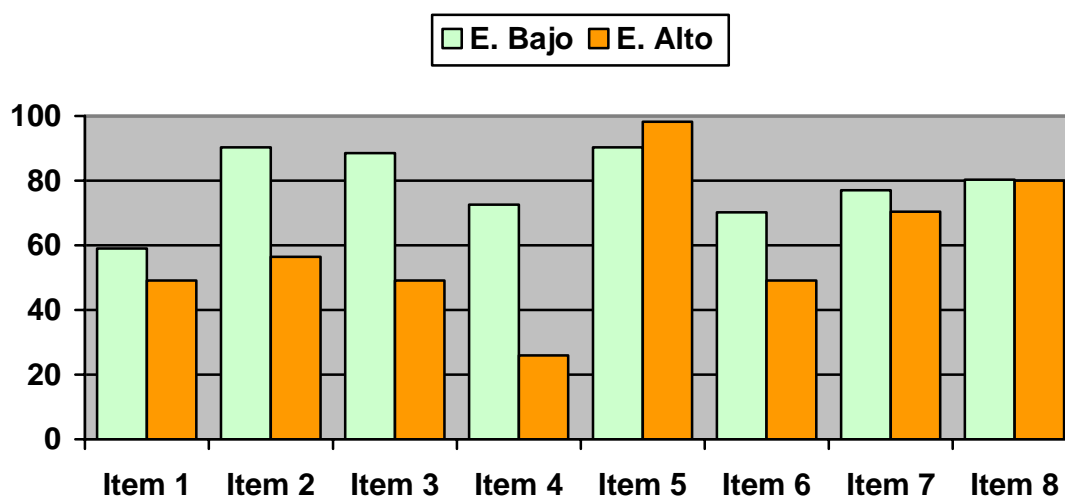
Para profundizar más en el análisis se establecieron diferencias en función del nivel de estigma en el porcentaje de personas que respondían adecuadamente a cada uno de los ítems del cuestionario de nivel de conocimiento sobre la enfermedad mental (véase Figura 7.14). Los resultados mostraron diferencias significativas en los siguientes ítems:



- Item 2 (posibilidad de trabajar): Chi-cuadrado (1 gl) = 17,63 p<.001
- Item 3 (conciencia de lo que le ocurre): Chi-cuadrado (1 gl) = 21,35 p<.001
- Item 4 (capacidad manejar patrimonio): Chi-cuadrado (1 gl) = 25,14 p<.001
- Item 6 (origen hereditario y genético): Chi-cuadrado (1 gl) = 5,18 p<.05

En todos ellos, el porcentaje de respuestas acertadas al ítem fue mayor entre quienes tenían un estigma bajo.

Figura 7.14: Distribución de los niveles de estigma entre los que responden acertadamente a cada ítem del cuestionario de nivel de conocimiento sobre la enfermedad mental (n = 120).



#### 7.1.4 Conclusiones.

En el estudio se utilizó una muestra de 439 personas, con una distribución bastante equilibrada en cuanto al sexo, con una edad media por debajo de los 40 años y un porcentaje minoritario de mayores de 65. En su mayoría estaban solteros o casados o en convivencia con la pareja, y tenían al menos estudios de segundo grado, con un elevado porcentaje de universitarios. Aproximadamente la mitad de los participantes se encontraban en situación de empleo activo, y una cuarta parte eran estudiantes. Al comparar la muestra con los datos de la población de referencia (esto es, la población de la Comunidad de Madrid mayor de 18 años) en las variables sociodemográficas básicas, se constató que se trataba de una muestra razonablemente representativa, si bien los mayores de 65 años estaban infrarrepresentados, y por el contrario las personas con estudios universitarios estaban sobrerrepresentadas. No obstante, se

decidió no realizar ningún ajuste sobre la muestra ya que en principio se asume, por los datos de los que se dispone hasta ahora, que el estigma sobre la enfermedad mental es mayor en personas de más edad y con un menor nivel cultural.

Casi la mitad de la muestra había tenido contacto con la enfermedad mental tan sólo a través de televisión o películas, o por encuentros ocasionales con personas en las que se sospecha la presencia de una enfermedad mental, mientras que un 35% había tenido un contacto cercano, por presentarse en algún amigo, familiar o persona próxima, o por razones de su trabajo.

Su conocimiento sobre la enfermedad mental puede considerarse intermedio, aunque irregular. Es bueno por lo que respecta a tratamiento, posibilidad de trabajar, causación y niveles de conciencia de su situación en las personas con enfermedad mental, mientras que empeora considerablemente cuando se refiere a la capacidad de las personas con enfermedad mental de manejar su patrimonio de manera independiente y, sobre todo, a la diferenciación entre enfermedad mental y discapacidad intelectual (en un 56% de los entrevistados aparece confusión entre ambas condiciones).

Sus atribuciones de estigma sobre las personas con enfermedad mental vienen marcadas por una alta disposición a ayudar y a coaccionarles para que sigan un tratamiento (especialmente médico), por la piedad hacia la persona con enfermedad mental, por la necesidad de segregación, por el estereotipo de peligrosidad y, algo menos, por el estereotipo de responsabilidad sobre la situación y la aparición de reacciones de ira ante la persona con enfermedad mental.

Al comparar el estigma asociado a diversas condiciones de salud se constata que la adicción a la cocaína y el SIDA entrañan un mayor estigma, mientras que éste es menor para cáncer y, especialmente, para depresión.

Finalmente, al valorar el estigma sobre los familiares de personas con enfermedad mental se encontró que éste se manifestaba principalmente en ideas de contaminación, que hacen referencia a la influencia de la enfermedad mental sobre los familiares de quien la padece, y, en menor medida, pena.

Al considerar posibles factores asociados con el estigma se encontró que el nivel de estigma en población general se relacionaba con la edad, el lugar de residencia (Madrid ciudad vs. resto de la Comunidad), el estado civil o situación de convivencia, el hecho de tener hijos y el conocimiento sobre la enfermedad mental. En concreto, el estigma fue menor entre los más jóvenes, entre las personas que residían fuera de la ciudad de Madrid, entre solteros y divorciados o separados, entre quienes no tenían

hijos (si bien esta relación puede venir marcada por la menor edad de las personas sin hijos), y entre quienes tenían niveles de conocimiento sobre la enfermedad mental más altos. También apareció asociación, aunque menos claras, con el nivel de estudios, la situación laboral y la participación en actividades de voluntariado con personas con enfermedad mental o discapacidad. Específicamente, se detectó una relación inversa entre estigma y nivel de estudios (esto es, a mayor nivel de estudios, menor estigma, y viceversa); un menor estigma entre estudiantes y trabajadores por cuenta ajena; y también menor estigma entre quienes participan como voluntarios en actividades relacionadas con la enfermedad mental o la discapacidad. En cambio, no se detectó ninguna asociación entre el nivel de estigma y el género, el hecho de vivir cerca de un centro de atención a personas con enfermedad mental, y el nivel de contacto o familiaridad con la enfermedad mental.

## **7.2 DISCUSIÓN.**

---

Para el análisis del estigma sobre la enfermedad mental grave y persistente en la población general se contó con una muestra de 439 personas mayores de 18 años, residentes en la Comunidad de Madrid. Para verificar la representatividad de la muestra se realizaron a posteriori comparaciones con la población mayor de 18 años en esta comunidad autónoma en las principales variables sociodemográficas. Los análisis mostraron que se trataba de una muestra razonablemente representativa, en la que, no obstante, había cierta infrarrepresentación de personas mayores de 65 años, y una sobrerrepresentación de personas con estudios universitarios. Teniendo en cuenta que, en principio, y tal y como han mostrado estudios previos (Angermeyer y Matschinger, 2004; Gaebel, Baumann, Witte, y Zaeske, 2002; Instituto Andaluz de Salud Mental de Andalucía, 1988; Tanaka, Inadomi, Kikuchi, y Ohta, 2004) el estigma sobre la enfermedad mental está más arraigado entre personas mayores y con un menor nivel educativo, los resultados obtenidos pueden considerarse “conservadores” ya que de encontrarse estigma en la muestra es probable que éste sea mayor en la población general.

Los entrevistados en el estudio mostraron un buen conocimiento respecto al tratamiento de la enfermedad mental, las posibilidades de trabajar de quienes padecen una enfermedad mental, la causación y los niveles de conciencia de la enfermedad. Estos datos vienen a corroborar los resultados de Thompson et al. (2002) y Magliano, De Rosa, Fiorillo, Malangone, y Maj (2004), quienes encontraron un conocimiento

relativamente bueno acerca de la enfermedad mental en una amplia muestra de personas. Sin embargo, los datos de nuestro estudio indican la presencia de cierta confusión acerca de las posibilidades que tienen las personas que padecen una enfermedad mental grave para manejar su patrimonio. No obstante, el dato más relevante respecto al conocimiento de la enfermedad mental grave y duradera es la alta confusión entre este tipo de trastorno y la discapacidad intelectual entre la población general, lo cual tiende a confirmar las opiniones vertidas en los grupos de discusión realizados con personas con enfermedad mental, sus familiares o los profesionales que trabajan con ellos.

Las actitudes estigmatizadoras hacia la enfermedad mental grave y persistente alcanzaron un nivel intermedio, y se centraron, sobre todo, en la disposición a ayudar al enfermo e incluso a coaccionarle para que siga un tratamiento, y en la piedad. Respecto a la coacción para el tratamiento, cabe destacar que ésta se centra fundamentalmente en el tratamiento médico, lo que avala los resultados encontrados por Corrigan et al. (2004b) también con muestras comunitarias, que apuntan a la preferencia por el tratamiento médico (el cual se considera la necesidad más importante a la hora de asignar recursos). También aparecen la percepción de necesidad de segregación, las reacciones de ira, y los estereotipos de responsabilidad y peligrosidad, en la línea de otros trabajos como el de Thompson et al. (2002), que identificaron una alta percepción de las personas con enfermedad mental grave como potencialmente peligrosas.

Cuando se compara el estigma asociado en población general con distintas condiciones de salud, se identifica un mayor estigma hacia la adicción a la cocaína y el SIDA, siendo menor para cáncer y, especialmente, depresión. Este dato se relaciona con la clara diferenciación que la población general establece entre distintos trastornos mentales, y más en concreto entre esquizofrenia y depresión, asociándose el primero de ellos a un mayor estigma, según apunta el estudio de Angermeyer y Matschinger (2003).

Los datos obtenidos acerca de la estabilidad y posibilidad de recuperación con tratamiento de los distintos trastornos en el presente estudio confirman los hallados con muestra americana por Corrigan et al. (2000). En ambos casos, la discapacidad intelectual es la condición considerada más estable, seguida, en este orden, de SIDA, adicción a la cocaína, psicosis, cáncer y depresión. En cuanto a la controlabilidad, ambos estudios coinciden en señalar a la adicción a la cocaína como la condición más controlable, seguida de SIDA y psicosis (cuyo orden se invierte en el estudio americano), y depresión, discapacidad intelectual y cáncer. Se puede decir, en suma,

que los resultados de ambos estudios convergen a la hora de señalar el estigma asociado a las distintas condiciones de salud mental y física.

Por otra parte, el estudio indica cierta percepción de contaminación, o de influencia de la enfermedad mental en los familiares de personas con enfermedad crónica, y sentimientos de pena hacia éstos. En líneas generales, el estigma sobre la familia parece ser menor en la población general española evaluada en el presente estudio que en la muestra americana incluida en el trabajo de Corrigan, Watson y Miller (en prensa), si bien la pena hacia la familia y la percepción de contaminación es mayor en el presente estudio, lo cual puede relacionarse con la traducción de la escala (especialmente por lo que respecta a la contaminación).

Finalmente, los datos señalan que existe relación entre la edad y la atribución de estigma a la enfermedad mental, de modo que el estigma parece incrementarse con la edad. Este resultado viene a corroborar los de Gaebel et al. (2002) y Angermeyer y Matschinger (2004), quienes utilizando como medida de estigma el deseo de distancia social hacia personas con enfermedad mental, constataron que una relación directa con la edad. Esta relación puede mediatizar los resultados encontrados respecto al hecho de tener hijos e incluso respecto al estado civil o situación de convivencia, ya que en ambos casos, aun detectándose diferencias significativas en la atribución de estigma entre los grupos, también se constataron diferencias significativas en edad.

Respecto al género, en el presente estudio no se constataron diferencias significativas en estigma, lo que está en consonancia con los resultados de Angermeyer y Matschinger (2004), si bien entra en contradicción con los datos de Gaebel et al. (2002), que, no obstante, ofrecen un panorama bastante confuso que dificulta la extracción de conclusiones acerca de la dirección del efecto.

No se han encontrado diferencias en los niveles de estigma en función del contacto con la enfermedad mental, ya sea evaluado con el nivel de familiaridad o considerando el hecho de vivir cerca de un centro de atención para personas con enfermedad mental. Este dato entra en clara contradicción con los resultados del estudio de Vezzoli et al. (2001), y lo que es más importante, con aquellos programas que basan la lucha contra el estigma en el contacto con personas que padecen enfermedad mental. Sin embargo, sí que resulta relevante para la determinación del estigma, el nivel de conocimiento sobre la enfermedad mental grave y persistente (siendo menor el estigma entre quienes tienen un mejor conocimiento), lo que viene a indicar que tal vez sea el conocimiento más que el mero contacto el que propicia la disminución y eventual desaparición del estigma. Si bien es cierto que se ha encontrado relación

entre un menor estigma y la participación en actividades de voluntariado con personas que padecen enfermedad mental, podría pensarse que ello se debe a ciertas actitudes previas que llevan a la persona a implicarse en este tipo de actividades, más que al contacto con la enfermedad mental que pueden suponer éstas.

En relación con ello, se ha detectado que el nivel de estigma disminuye a medida que aumenta el nivel educativo, algo ya constatado por Angermeyer y Matschinger (2004). Los mayores porcentajes de personas con estigma medio-alto se encuentran entre personas sin estudios, mientras que los más bajos estarían entre quienes han realizado estudios universitarios. Es más, al considerar la situación laboral, los menores niveles de estigma se identificaron entre estudiantes, que en este caso eran todos estudiantes universitarios, ya que la muestra estuvo constituida por personas mayores de 18 años. Cabe reseñar que los niveles de estigma fueron más altos entre quienes se encontraban parados o jubilados, o bien se dedicaban a las tareas del hogar, las cuales podrían relacionarse con posibles diferencias en edad y/o en nivel educativo.

Tal vez el resultado más inesperado es el que hace referencia a las diferencias en los niveles de estigma entre las personas que viven en la ciudad de Madrid y quienes residen en el resto de la Comunidad. En un principio se pensó que dicha diferencia podría relacionarse con un perfil sociodemográfico diferenciado, especialmente por lo que respecta a la edad; sin embargo, se constató que no existían dichas diferencia, lo que podría indicar diferencias en el estigma asociado a la enfermedad mental en función del carácter urbano o rural del lugar de residencia, o del tamaño del mismo. Hasta la fecha apenas existen comparaciones de este tipo; únicamente tenemos conocimiento de un dato ofrecido por el Instituto Andaluz de Salud Mental de Andalucía (1988), que indicaba que las personas que residían en zonas rurales mostraban una actitud global menos favorable hacia la enfermedad mental, y del trabajo de Vezzoli et al. (2001), quienes hallaron cierto contraste entre distintas zonas de un mismo ámbito urbano en Italia. Pero no existen datos comparativos sobre posibles diferencias entre ámbitos rurales, residenciales y urbanos, por lo que este resultado podría considerarse especialmente interesante.

## **8 ANÁLISIS COMPARATIVO DEL ESTIGMA EN PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE Y PERSISTENTE, FAMILIARES, PROFESIONALES DE LA ATENCIÓN SOCIAL Y POBLACIÓN GENERAL.**

---

Este capítulo está dedicado a analizar de forma comparativa el estigma asociado a la enfermedad mental grave y persistente entre los diferentes grupos de interés: las propias personas con enfermedad mental, los familiares, los profesionales que les atienden, y la población general. En primer lugar, se analizan comparativamente los diversos estudios cualitativos desarrollados en el presente trabajo. En segundo lugar, se ofrece un análisis comparativo de los estudios de carácter cuantitativo. El capítulo finaliza con un apartado de discusión de las principales conclusiones alcanzadas a partir de ambos tipos de análisis.

### **8.1 ANÁLISIS COMPARATIVO DE LOS ESTUDIOS CUALITATIVOS.**

---

A lo largo de este apartado se presentan los resultados extraídos al examinar de forma comparativa las opiniones, actitudes y experiencias de estigmatización procedentes de las narraciones en los distintos grupos de discusión que han participado en el estudio (personas con enfermedad mental, familiares y profesionales). El guión de los tres tipos de grupos de discusión siguió un esquema muy similar, con el propósito de plantear temas que permitieran examinar los diversos aspectos del estigma y comparar así las semejanzas y diferencias grupales ante las mismas cuestiones.

Los resultados que ahora se presentan se han estructurado en base a dos grandes temas, como son el estigma social de la enfermedad mental y el autoestigma. Dentro del primer apartado se abordan los siguientes puntos: el desconocimiento y la desinformación sobre las enfermedades mentales; el estereotipo de la peligrosidad; el rechazo y la discriminación social; el estigma en la familia; el estigma en el trabajo; el estigma en los profesionales; el estigma institucional; y el ocultamiento de la enfermedad mental. Y dentro del segundo apartado, relativo al autoestigma, se analizan los siguientes aspectos: el autoestigma de las personas con enfermedad

mental grave y persistente; el autoestigma de la familia; y el autoestigma de los profesionales.

#### **a) EL ESTIGMA SOCIAL DE LA ENFERMEDAD MENTAL.**

Las personas con enfermedad mental grave perciben claramente el efecto que el estigma social tiene sobre distintos ámbitos de su vida. Los estereotipos sociales, los prejuicios que éstos conllevan y las actitudes negativas hacia la enfermedad mental grave y duradera, en general, y las enfermedades mentales crónicas, en particular, dan lugar a comportamientos discriminatorios que impiden, frecuentemente, la plena integración social.

El estigma social que supone la enfermedad mental grave también es experimentado con frecuencia por los familiares de las personas que padecen esta enfermedad. En numerosas ocasiones ven cómo sus hijos, hijas u otros familiares con enfermedad mental son rechazados y apartados por una sociedad que no comprende y desconoce las características de estas personas y que se apoya en estereotipos basados en mitos e ideas erróneas. Además, comprueban que este rechazo hacia las personas con enfermedad mental se extiende a ellos, manifestándose en la no aceptación, la falta de comprensión y la negación de ayuda por parte de amigos y familiares.

Por su parte, los profesionales que trabajan en la rehabilitación psicosocial de las personas con enfermedad mental grave y persistente perciben claramente el estigma social que supone para una persona tener este tipo de problema. Para ellos, el estigma de la enfermedad mental es el principal problema para la integración en la sociedad de las personas con enfermedad mental grave y persistente.

#### **El desconocimiento y la desinformación sobre las enfermedades mentales**

Tanto las personas con enfermedad mental grave como sus familiares y los profesionales que les tratan, coinciden en señalar que la falta de información y el desconocimiento sobre la enfermedad mental es una de las causas principales del estigma existente en la sociedad respecto a estas personas.

Según la experiencia de los profesionales, el desconocimiento lleva a perpetuar una serie de ideas erróneas sobre la enfermedad mental que influyen en el estigma. Sin embargo, algunos familiares muestran cierta duda sobre si la falta de información de la sociedad sobre la enfermedad mental podría ser suficiente para explicar el rechazo o



más bien podría explicarse por una combinación de desconocimiento y la falta de recompensas que supone, en muchas ocasiones, el trato con estas personas.

Los tres grupos coinciden en señalar que las enfermedades mentales graves y duraderas no sólo son más desconocidas sino también peor aceptadas y comprendidas y, por lo tanto, provocan un mayor rechazo social que las enfermedades físicas, aunque éstas sean también potencialmente estigmatizadoras, como el cáncer o el SIDA. Las enfermedades mentales graves y persistentes tienen incluso una mayor carga de estigma que otras enfermedades mentales como la ansiedad, el estrés, la depresión o la anorexia. En este sentido, tanto los propios afectados como los profesionales creen que, específicamente la esquizofrenia es la que se asocia a la "locura" y, por ello, es la que soporta un mayor estigma.

Los profesionales y los familiares de las personas con enfermedad mental grave consideran que existen una serie de ideas erróneas sobre la enfermedad mental que se centran en las causas de la misma. Estos mitos parecen seguir presentes en la población general e incluso en los familiares y en las propias personas con enfermedad mental grave y persistente. La idea central es considerar a la personas con enfermedad mental o a sus familiares culpables de su problema, ya sea por haber llevado un determinado estilo de vida (en el caso de los afectados) o por la creencia popular de que los comportamientos familiares irregulares hacia los niños en la infancia son los responsables del desarrollo de enfermedades mentales en la edad adulta (en el caso de los familiares). En cualquier caso, este tipo de ideas es una de las principales fuentes de autoestigma, generando sentimientos de culpa y vergüenza, tanto en personas con enfermedad mental crónica como entre sus familiares.

Por otra parte, tanto los profesionales como las propias personas con enfermedad mental grave coinciden en que, en el mejor de los casos, la población general tiene un concepto idealizado de la enfermedad mental, relacionándola con la inteligencia, la genialidad y el excentricismo. Sin embargo, a menudo la enfermedad mental grave y duradera se suele confundir con la discapacidad intelectual, aplicándole los estereotipos sociales de este trastorno. Ambos coinciden en que esto apunta, una vez más, al desconocimiento social de lo que es la enfermedad mental y no refleja en absoluto la realidad de estas personas.

### **El estereotipo de la peligrosidad**

Las personas con enfermedad mental grave y persistente, sus familiares y los profesionales de la rehabilitación psicosocial coinciden en señalar la fuerte asociación

que existe en la sociedad entre esquizofrenia y violencia. De hecho el eje principal del estereotipo de “enfermo mental” es la peligrosidad hacia los demás, la violencia y la maldad, sustentado por la falta de información y potenciado por el tratamiento del problema que hacen los medios de comunicación.

La peligrosidad que se atribuye a las personas con enfermedad mental grave es, para los propios afectados y para las personas que dirigen su rehabilitación, exagerada y poco realista, ya que mientras que la sociedad cree que las personas con enfermedad mental grave tienen más probabilidades de agredir que de ser agredidos, ellos consideran que el peligro es mayor para ellos mismos que para los demás.

Según los profesionales, aunque la agresividad está presente en nuestra sociedad de forma generalizada, es peor aceptada y comprendida cuando se relaciona con la enfermedad mental. Además, genera miedo en las personas, incluso en la propias familias, especialmente cuando se une al desconocimiento sobre las enfermedades mentales, cómo manejarlas y cómo actuar ante ellas.

### **El rechazo y la discriminación social**

Las personas con enfermedad mental grave y persistente así como sus familiares y los profesionales que les atienden han tenido y tienen a menudo experiencias de rechazo social y discriminación en situaciones sociales.

Para las personas con enfermedad mental grave este rechazo se debe a la desinformación y la falta de comprensión que la sociedad tiene sobre la enfermedad mental, en general. Sus familiares viven con gran intensidad este rechazo social que, según ellos, lleva al aislamiento y la desesperanza. Para ambos, es la causa que les lleva a aislarse como grupo, evitando el contacto con personas que no padecen enfermedad mental y estableciendo relaciones sociales únicamente con otras personas que se hallan en sus mismas circunstancias en los propios centros de rehabilitación, por lo que, se crea una especie de gueto (según sus palabras), donde el aislamiento social se perpetúa.

Tanto los profesionales como los familiares comprueban a menudo cómo los que están alrededor de las personas con enfermedad mental grave y duradera (amigos, empleadores, familiares lejanos, etc.), cuando conocen esta situación, ponen en marcha comportamientos de rechazo, distanciamiento o prevención excesiva.

Las familias, además, comprueban que este rechazo que la sociedad parece tener hacia quienes padecen una enfermedad mental se extiende a aquellas personas

cercanas a ellos, es decir, a los familiares. El rechazo, se manifiesta de múltiples formas, pero la más frecuente es la falta de comprensión y la negación de ayuda por parte de amigos y familiares, que no aceptan o se niegan a ver la enfermedad.

### **El estigma en la familia**

Los familiares de las personas con enfermedad mental grave y persistente, como parte de la sociedad, también pueden tener actitudes negativas y asumir estereotipos distorsionados sobre la enfermedad mental. De hecho, en el estudio se comprobó que pueden manifestar comportamientos estigmatizadores hacia otras personas con el mismo problema pero que no son de su familia.

Los profesionales que participaron en este estudio creen que, en muchas ocasiones, los familiares pueden llegar a ser agentes estigmatizadores para las personas con enfermedad mental, dificultando la integración al no dejarles hacer tareas del hogar, buscando para ellos empleos protegidos o impidiéndoles una mayor autonomía en tareas de tipo instrumental.

De hecho, en el análisis efectuado de las narrativas obtenidas durante las discusiones de grupo efectuadas, se constató diversas manifestaciones de estigma como sentimientos de negación, incompreensión y rechazo al conocer el diagnóstico, actitudes de sobreprotección excesiva en relación a las actividades de la vida diaria y el empleo, percepción de falta de responsabilidad y actitudes de miedo ante la posible peligrosidad.

Sin embargo, los familiares parecen ser conscientes de estos comportamientos estigmatizadores y creen que el problema es que les faltan estrategias para evitar la manipulación y promover la autonomía e independencia de las personas que cuidan.

Por otro lado, es evidente que la convivencia con las personas con enfermedad mental grave y persistente supone una carga física, emocional, económica y social para sus cuidadores, manifestada claramente en las afirmaciones de los familiares que se analizaron para este trabajo. Los problemas de convivencia que se producen día a día en los hogares donde hay una persona con enfermedad mental grave y la constatación de las limitaciones, que evidentemente existen, en situaciones de estrés mantenido, hacen que sea difícil luchar contra comportamientos estigmatizadores, aunque se reconozcan.

Finalmente, estereotipos menos negativos pero igualmente irreales están presentes también entre los familiares que afirman que las personas con enfermedad mental

grave son más cariñosos, sensibles e inteligentes que las personas que no padecen esta enfermedad, creándose, de esta forma, un estereotipo de comportamiento familiar, que claramente generaliza las características de estas personas y sin considerar diferencias individuales.

### **El estigma en el trabajo**

Tantos los profesionales que les atienden como los propios afectados consideran que en el ámbito laboral existe estigma hacia la enfermedad mental grave y persistente, a consecuencia de los estereotipos negativos sobre la enfermedad, especialmente los relativos a la incompetencia, la falta de competitividad y el temor a la posible conflictividad. El estigma en el área del trabajo conduce, en la mayoría de las ocasiones, a conductas de discriminación en la contratación, por lo que las personas con enfermedad mental grave experimentan muchas dificultades o imposibilidad para encontrar un trabajo ordinario, sin la ayuda de las instituciones. Otras veces, el estigma se manifiesta en que la mayoría de las quejas sobre su trabajo por parte de los empleadores y compañeros se deben a conductas que nada tienen que ver con lo laboral, como las miradas o las actitudes.

Por otro lado, la incapacidad laboral es uno de los temas que más preocupan a los familiares que consideran que el trabajo es fundamental para la rehabilitación de las personas con enfermedad mental grave y persistente.

Aunque tanto las personas con enfermedad mental grave como sus familiares y los profesionales están de acuerdo en afirmar que el estigma y el rechazo social se manifiestan de forma especialmente visible en las dificultades para conseguir un empleo, los puntos de vista de cada uno de estos grupos son distintos en cuanto a esta cuestión. Así, las limitaciones son más reconocidas y señaladas por los propios afectados y sus familiares y menos por los profesionales que les atienden en su rehabilitación.

Las personas con enfermedad mental grave y duradera reconocen sus limitaciones de cara a conservar un trabajo competitivo, por lo que consideran que la forma de empleo más asequible es el empleo protegido en los centros especiales de empleo, que generalmente tiene una baja remuneración, lo que parece preocupar tanto o más que la dificultad de encontrar empleo.

Sus familiares creen que la capacidad para el trabajo de las personas con enfermedad mental grave es muy limitada. De esta forma creen que sólo algunos podrían trabajar en la empresa ordinaria y que la mayoría no podría realizar un trabajo de ocho horas.

Además, existen entre los familiares actitudes ambivalentes con respecto al trabajo y la incapacidad, porque si bien consideran que las personas con enfermedad mental grave deben tener un trabajo que les ayude en su rehabilitación, parece que en pocos casos este trabajo puede llegar a tener las características de un trabajo ordinario, que permita a los trabajadores un mantenimiento digno, lo que preocupa a los padres de cara al futuro. Esto lleva a muchos de ellos a intentar la posibilidad de conseguir una declaración de incapacidad laboral que lleve asociado una pensión futura para sus hijos o hermanos. Sin embargo, la incapacidad laboral supone para los afectados una barrera de primer orden en la rehabilitación.

Los profesionales de la rehabilitación psicosocial afirman, por su parte, que, desde el punto de vista laboral, suele equipararse la enfermedad mental grave y persistente a la discapacidad intelectual, por lo que se les relega, a menudo a trabajos por debajo de sus posibilidades casi exclusivamente de tipo manipulativo. Además, a pesar de las dificultades que implica encontrar un trabajo en una empresa ordinaria, cuando esto ocurre, los profesionales creen que el trato que se les proporciona en este tipo de empresas puede llegar a ser mejor que en los centros especiales de empleo no específicos para personas con enfermedad mental.

### **El estigma en los profesionales**

Actitudes negativas como la deshumanización, el paternalismo y las bajas expectativas sobre la rehabilitación parecen ser frecuentes entre los profesionales de la atención a las personas con enfermedad mental grave y persistente, según los estudios realizados con profesionales de distintos países (Angell, Cooke, y Kovac, 2005). Sin embargo, no se hallaron este tipo de actitudes estigmatizadoras entre los profesionales de la atención psicosocial que participaron en este estudio. De hecho, no sólo no aparecieron expresiones, opiniones o comportamientos de paternalismo sino que se puso de manifiesto la dificultad en conseguir que las personas asistentes a los centros de rehabilitación hicieran valer sus derechos.

También es frecuente hallar en la literatura especializada que la creencia por parte de los familiares de que los profesionales les responsabilizan de la enfermedad mental de sus hijos o hermanos es la principal causa de la tradicional tensión existente entre los profesionales y los familiares de las personas con enfermedad mental crónica (Terkelsen, 1990). En el estudio realizado, esta afirmación no apareció de forma explícita en el discurso de los familiares, pero sí pudo comprobarse que las fricciones con algunos profesionales de la salud mental se producen con cierta frecuencia. Los

familiares relatan situaciones de desavenencia, especialmente con los psiquiatras, a los que acusan de realizar tratamientos poco sensibles y basados exclusivamente en la medicación. A pesar de lo cual consideran que no todos los profesionales son iguales.

Algunos familiares coincidieron en señalar que, más que el psiquiatra, los profesionales que más estigma manifiestan son los médicos de la asistencia primaria, que, incluso, suelen estigmatizar a los psiquiatras, adjudicándoles las características negativas de sus pacientes.

Por su parte, entre el grupo de profesionales hay quien considera que, entre algunos de los especialistas que atienden a las personas con enfermedad mental crónica, puede existir, a veces, mayores prejuicios que entre la población general. El estigma puede nacer, en este caso, de que sólo ven una realidad parcial (la sintomatología) y no todo el proceso rehabilitador.

Los profesionales de la intervención psicosocial que participaron en este estudio, como ya se ha dicho, no mostraron actitudes estigmatizadoras, si bien si se hallaron algunos signos de estigma en el uso del lenguaje. Aún teniendo una conciencia clara de los efectos que la mala utilización del lenguaje y la adjudicación de etiquetas, puede llegar a provocar en las personas con enfermedad mental grave y persistente, los profesionales admitieron utilizar, en ocasiones, expresiones que podrían considerarse estigmatizadoras. Muchos de ellos afirmaron además que aunque de forma no intencionada, en alguna ocasión, la forma de hablar sobre las personas con enfermedad mental grave y persistente asistentes a los centros les ha ocasionado problemas diversos.

### **El estigma institucional**

Los servicios de atención social a las personas con enfermedad mental grave y crónica de la Comunidad de Madrid son valorados muy positivamente tanto por las personas con enfermedad mental grave y persistente, como por sus familias y los profesionales que trabajan en ellos.

Las personas con enfermedad mental grave y persistente que utilizan los servicios opinan que la calidad del apoyo que reciben en los centros de rehabilitación es muy buena. Los familiares valoran muy favorablemente la dedicación de los profesionales

de los Centros de Rehabilitación Psicosocial y la importante labor de los Centros de Rehabilitación Laboral y los profesionales muestran actitudes muy positivas hacia la Rehabilitación Psicosocial. Sin embargo, esta actitud positiva hacia los servicios no impide que tanto los familiares como los profesionales, lógicamente, creen que los recursos de atención son, aún, insuficientes.

Los familiares parecen considerar que sería mejor contar con un mayor número de profesionales especializados, como psiquiatras y psicólogos, y que los recursos de atención domiciliaria o residencias temporales deberían potenciarse para ayudar a aliviar la carga de las familias.

### **El ocultamiento de la enfermedad mental**

El tema del ocultamiento de la enfermedad mental grave y persistente fue uno de los que más narrativas generó por parte de todos los participantes en los distintos grupos de discusión que se organizaron para este trabajo. Tanto para los profesionales de la atención social, como para las personas con enfermedad mental y para sus familiares, ocultar la presencia de este problema de forma total (a todos los que les rodean) o parcial (a unas personas y no a otras) es algo frecuente. Sin embargo, en todos los grupos, surgieron durante el debate dudas sobre si esto es lo más conveniente a largo plazo para todos.

La mayoría de las personas con enfermedad mental grave y persistente ocultan su problema a las personas que les rodean, en mayor o menor medida y en algunos casos, se defiende como una cuestión de privacidad, aunque más bien parece una consecuencia del temor al rechazo social. El ocultamiento facilita, desde el punto de vista de los propios afectados, la vida diaria y permite, según ellos, no verse afectado por el estigma, sobre todo, en algunos ámbitos importantes de la vida como el empleo.

Los familiares admiten, en su mayoría que ocultan la enfermedad, aunque, en muchos casos, se trata de un ocultamiento parcial, es decir, sólo se revela la verdad a personas muy cercanas. En este caso, el ocultamiento parece deberse no sólo al estigma social, sino también a los sentimientos auto-estigmatizadores de culpa y vergüenza, que surgen de las creencias erróneas sobre las causas de la enfermedad mental. Para los familiares, la enfermedad mental es un tema tabú, del que no gusta hablar en público porque está determinado por la asociación que existe entre ésta y los comportamientos violentos.

Los profesionales, que también llevan a cabo ocultamientos totales o parciales sobre su profesión y lugar de trabajo, entienden, respetan y, en algunos casos, animan a las

personas a que no revelen su condición de enfermedad mental grave, especialmente cuando se trata de buscar o mantener un empleo. Según los profesionales, decir que se tiene una enfermedad mental grave y duradera no es necesario para la mayoría de estas personas, y no conlleva ningún beneficio ni para ellas ni para los profesionales que intentan lograr la rehabilitación. Muy al contrario, evita, al menos a corto plazo, el estigma social y preserva la intimidad de las personas, porque decirlo implica enfrentarse a prejuicios previos y barreras difíciles de superar.

El ocultamiento de la enfermedad mental como forma de evitar el estigma social, no sólo lo utilizan las personas con enfermedad mental grave, sus familias y los profesionales, sino que, de las narrativas de estos dos últimos grupos que participaron en el estudio, se desprende que también existe un riesgo a nivel institucional. Los profesionales creen que la Administración no realiza el esfuerzo suficiente para informar sobre la enfermedad mental, ni sobre los servicios existentes para su tratamiento y rehabilitación, lo que, en cierta forma puede responder a una política que intenta evitar el rechazo social provocado por el estigma y que afecta, especialmente, a la localización de los nuevos centros. A pesar de la difusión que se realiza, sería necesario que la Comunidad de Madrid realice una campaña de publicidad a gran escala, sobre todo teniendo en cuenta el esfuerzo considerable y muy valorado por los profesionales, que se ha realizado en estos últimos años para aumentar los recursos destinados a la rehabilitación psicosocial.

Parece, por tanto, que ocultar la enfermedad mental es una forma de evitar el estigma, aunque esta actitud conlleva importantes consecuencias, que pueden, por el contrario, llegar a favorecerlo.

Este nivel moderado de información repercute, a juicio de los profesionales, en un escaso conocimiento sobre las posibilidades de rehabilitación de estas personas y los recursos que hay disponibles para ello. Y esto no ocurre solamente entre la población general, sino también entre los propios implicados y sus familiares. Durante la investigación cualitativa, se pudo comprobar cómo los propios usuarios de los centros de rehabilitación así como sus familiares desconocían la amplitud de la Red de Atención Social a las personas con enfermedad mental grave y crónica de la Comunidad de Madrid y de otras comunidades, que muchas personas con enfermedad mental grave y sus familiares, que no utilizan los servicios de la red, todavía parecen desconocer la existencia de ésta.

En las personas con enfermedad mental grave y persistente y sus familiares el ocultamiento también tiene efectos negativos a largo plazo. En los afectados, porque



conduce a la desconfianza y, con frecuencia, se vive con el temor a ser descubierto. Además, se aprende a anticipar un rechazo que, en muchas ocasiones, no llega a ocurrir, impidiendo que se revele la condición de “persona con enfermedad mental” a personas del entorno, que, como algunos de los propios afectados comprueban a menudo, no muestran actitudes tan negativas como ellos esperaban. Especialmente si la revelación se hace a través del acercamiento afectivo y poco a poco, dándose a conocer primero como persona y no como “enfermo”. En los familiares, el ocultamiento de la enfermedad lleva a juzgar como inapropiadas e interpretar de forma especialmente suspicaz las preguntas de los demás, aún a riesgo de que sean bien intencionadas. Y aunque los familiares se quejan del escaso interés de la gente, que prefiere no preguntar para no saber, detrás de esta afirmación puede sospecharse que los demás perciben, más o menos veladamente, los intentos de ocultamiento.

#### **b) EL AUTOESTIGMA.**

Como se ha comentado en capítulos previos, se llama autoestigma a las consecuencias de aplicar el estigma asociado a la enfermedad mental grave y persistente a uno mismo (Angell et al., 2005). El autoestigma en las personas con enfermedad mental grave les lleva a experimentar baja autoestima, ver disminuida su autoeficacia y perder la confianza en el futuro (Corrigan, 1998; Holmes y River, 1998).

Los familiares de las personas con enfermedad mental crónica también experimentan este tipo de estigma, que puede considerarse iatrogénico, absorbiendo mensajes de culpabilidad de los profesionales y la sociedad, en general, y cuya consecuencia suele ser los sentimientos de vergüenza y culpa hacia la enfermedad mental de sus allegados (Lefley, 1989).

Los profesionales que atienden en la rehabilitación a las personas con enfermedad mental grave y persistente también experimentan el autoestigma, que suele manifestarse a través de comportamientos de ocultamiento de su trabajo y la percepción de la insuficiente consideración social del mismo, que puede relacionarse con la falta de recursos.

#### **El autoestigma de las personas con enfermedad mental grave y persistente**

Parece existir un grado importante de autoestigma entre las personas con enfermedad mental grave. El análisis cualitativo de las narrativas de las personas con enfermedad

mental que participaron en este trabajo muestra comportamientos autoestigmatizadores, como la dificultad en aceptar y asumir la condición de persona con enfermedad mental grave, el auto-aislamiento como consecuencia del rechazo y la percepción de incapacidad que surge como consecuencia de la conciencia de limitaciones en las actividades de la vida diaria y la autocrítica exagerada propias de este trastorno.

Los familiares creen que éstos se perciben a sí mismos como disminuidos e inferiores, se sienten fracasados y pueden llegar a sentirse inseguros y temerosos de sus propios comportamientos.

Según los familiares, el autoestigma en las personas con enfermedad mental grave, se manifiesta a través de una serie de autolimitaciones en aspectos como el trabajo, la negativa a la asistencia a la rehabilitación, la baja autoestima o el retraimiento en las relaciones interpersonales, así como en el rechazo a la enfermedad, la baja autoestima y la falta de expectativas de recuperación.

### **El autoestigma de la familia**

Los familiares de las personas con enfermedad mental grave y persistente que conviven con ellos pueden presentar autoestigma, manifestado a través de sentimientos de vergüenza y culpabilidad y conductas de ocultamiento de la enfermedad a terceros.

La principal fuente de autoestigma entre los familiares es la atribución sobre las causas de la enfermedad mental. La cultura popular mantiene la creencia de que los comportamientos familiares irregulares hacia los niños en la infancia son los responsables del desarrollo de enfermedades mentales en la edad adulta. Los familiares, especialmente los padres absorben estos estereotipos y aparece el estigma de la culpa y la vergüenza. Aunque es difícil conseguir que los familiares de las personas con enfermedad mental admitan este tipo de actitudes. En el estudio realizado, algunos familiares reconocieron haber pensado que determinadas situaciones familiares y factores hereditarios, podrían haber sido la causa del problema.

Si bien los sentimientos de culpa y vergüenza están en el origen del autoestigma familiar, el ocultamiento de la enfermedad mental es su consecuencia más evidente. Como anteriormente se ha señalado, los familiares de estas personas reconocen, de forma mayoritaria, que ocultan la enfermedad de sus hijos o hermanos, ya sea de forma total o parcial. Sin embargo, muchos familiares se dan cuenta de que esta

actitud contribuye a perpetuar el desconocimiento de la enfermedad por parte de la sociedad y los mitos y estereotipos asociados a ella, por lo que creen que sería deseable hablar de forma abierta sobre ello, sin embargo el temor que suscita decir a los que les rodean que tienen en casa a un familiar con una enfermedad mental grave y duradera, es enorme y tienen miedo de caer en un mayor aislamiento social.

### **El autoestigma de los profesionales**

El estigma de la enfermedad mental también afecta a los profesionales, que pueden llegar a sentirse, ellos mismos, estigmatizados por el contacto con las personas con enfermedad mental. El ocultamiento del tipo de trabajo que se realiza puede considerarse un signo de autoestigma. La mayoría de los profesionales de los servicios sociales participantes en este estudio, reconocieron que evitaban a menudo, al menos de forma parcial, dar información sobre su trabajo, para no exponerse al rechazo que esto parecía producir en muchas personas. Sin embargo, debe advertirse a este respecto que éste es un aspecto sobre el que los profesionales se mostraron preocupados y flexibles.

Percibir que, como profesional, se está menos considerado que otros profesionales en otras áreas de la intervención, puede ser una manifestación de autoestigma. Según Corrigan y Kleinlein (2005) los profesionales aseguran que los servicios relacionados con la enfermedad mental grave y persistente reciben menores recursos como consecuencia del estigma de la enfermedad mental, aunque no hay datos empíricos que lo avalen.

## **8.2 ANÁLISIS COMPARATIVO DE LOS ESTUDIOS CUANTITATIVOS.**

---

En este apartado se presentan los resultados obtenidos tras la comparación de los datos correspondientes a los diferentes grupos incluidos en el estudio. Puesto que las diferentes baterías de evaluación compartían muchos de los cuestionarios, ello ha permitido efectuar comparaciones estadísticas en diversas variables de interés.

Los resultados se han organizado en los siguientes puntos: conocimientos sobre la enfermedad mental, atribuciones, actitudes estigmatizadoras asociadas a diversas condiciones de salud, y estigma sobre la familia. A continuación se describen los principales hallazgos en cada una de estas áreas.

### a) Conocimientos sobre la enfermedad mental.

Para establecer diferencias intergrupos (en concreto, entre población general, familiares y profesionales) en el conocimiento sobre enfermedad mental, se calcularon los chi-cuadrado sobre los porcentajes de personas que respondían acertadamente a cada una de las preguntas del cuestionario de nivel de conocimientos, y se realizó un análisis de varianza (ANOVA) de un factor sobre las puntuaciones totales en el mismo.

Los resultados de estos análisis, que aparecen en la Tabla 8.1, ponen de manifiesto la existencia de diferencias significativas entre los tres grupos en la puntuación total del cuestionario, que es significativamente mayor en profesionales que en los otros dos grupos (ambas  $p < .001$ ), sin que existan diferencias entre las puntuaciones totales de la muestra de población general y la de familiares de personas con enfermedad mental. Así mismo, los chi-cuadrado alcanzaron significación estadística para todos los ítems excepto el último, referido a las posibilidades de tratamiento actual para personas con enfermedad mental grave y persistente. En los restantes ítems, el nivel de conocimiento de los profesionales aparece como claramente superior, a excepción del ítem 5, referente a la cronicidad de la enfermedad mental, en el que el número de profesionales que se muestran de acuerdo con la afirmación es menor que en los otros tres grupos, lo que puede reflejar la controversia sobre la cronicidad de la enfermedad mental y la necesidad de un tratamiento de por vida.

**Tabla 8.1 Descriptivos del cuestionario de nivel de conocimiento sobre la enfermedad mental en los tres grupos (población general, familiares y profesionales de la atención social) y comparaciones entre ellos.**

	Población General (n = 439)	Familiares (n = 51)	Profesionales (n = 110)	Chi-cuadrado (g.l. = 2)
Entre las denominadas enfermedades mentales crónicas se halla la discapacidad intelectual (% aciertos)	43,6	42,0	91,0	81,82*
Los enfermos mentales crónicos no pueden trabajar debido a los síntomas de su enfermedad (% aciertos)	80,7	51	100	58,42*
Un enfermo mental crónico no tiene conciencia de lo que le ocurre (% aciertos)	68,2	56,9	98,2	46,91*
Las personas con enfermedad mental crónica son incapaces de manejar su patrimonio económico de forma independiente o sin supervisión. (% aciertos)	51,4	28,6	100	106,62*
Las personas con enfermedad mental crónica necesitan llevar un tratamiento de por vida para poder controlar su enfermedad (% aciertos)	90,5	95,9	78,2	15,93*
Las enfermedades mentales crónicas son hereditarias, ya que son genéticas (% aciertos)	71,4	71,7	93,2	21,59*
Las experiencias en la infancia y los problemas familiares son las principales causas de las enfermedades mentales crónicas. (% aciertos)	70,4	91,7	90,7	26,16*
Actualmente, las enfermedades mentales crónicas se controlan o se	84,5	90,2	90	2,97

curan con una combinación de fármacos y terapia psicosocial (% aciertos)				
				F(2,594)
Nivel de conocimiento sobre la enfermedad mental (0-8)	5,55	5,10	7,13	63,19*
Media (DT)	(1,46)	(1,66)	(1,13)	

\* $p < .001$

Puesto que los datos mostraban claras diferencias, por otro lado esperables, entre los profesionales de la atención social y los otros dos grupos, se procedió a realizar nuevos análisis de chi-cuadrado excluyendo a los profesionales (i.e. comparando únicamente los datos de la muestra de población general y los de la muestra de familiares). En este caso las diferencias alcanzaron la significación estadística en tres ítems:

- Ítem 2 (“Los enfermos mentales crónicos no pueden trabajar debido a los síntomas de su enfermedad”), en el que hubo más respuestas correctas en la población general que en familiares (chi-cuadrado (1) = 23,23,  $p < .001$ ).
- Ítem 4 (“Las personas con enfermedad mental crónica son incapaces de manejar su patrimonio económico de forma independiente o sin supervisión”), en el que nuevamente la población general tuvo más respuestas correctas que los familiares (chi-cuadrado (1) = 9,17,  $p < .005$ ).
- Ítem 7 (“Las experiencias en la infancia y los problemas familiares son las principales causas de las enfermedades mentales crónicas”), en el que los porcentajes de acierto fueron mayores entre familiares que en población general (chi-cuadrado (1) = 9,76,  $p < .005$ ).

#### **b) Cuestionario de Atribución (AQ-27).**

Para establecer las posibles diferencias entre los grupos en las actitudes, afectos, conductas... relacionados con una persona con enfermedad mental, se realizaron ANOVAs de un factor (con cuatro niveles, correspondientes a los cuatro grupos en los que se aplicó la prueba) sobre las puntuaciones de los distintos factores del cuestionario. En todos los casos las diferencias intergrupos fueron significativas (véase

Tabla 8.2). Las pruebas post hoc (Scheffé) revelaron que, específicamente, las diferencias intergrupo significativas por pares para cada factor fueron las siguientes:

- Responsabilidad: significativamente mayor en personas con enfermedad mental grave y persistente que en los otros tres grupos, que no presentan diferencias significativas entre ellos.
- Piedad: significativamente menor en profesionales de la atención social que en los otros tres grupos. Además es mayor en familiares que en población general.
- Ira: significativamente menor en profesionales de la atención social que en los otros tres grupos, que no presentan diferencias significativas entre ellos.
- Peligrosidad: significativamente menor en profesionales de la atención social que en los otros tres grupos, y significativamente mayor en población general que en el resto. Sin diferencias entre familiares y personas con enfermedad mental grave y persistente.
- Miedo: significativamente menor en profesionales de la atención social que en los otros tres grupos, que no presentan diferencias significativas entre ellos.
- Ayuda: significativamente menor en población general que en los otros tres grupos, y significativamente mayor en profesionales que en personas con enfermedad mental grave y persistente, sin diferencias entre familiares y profesionales de la atención social o entre familiares y personas con enfermedad mental grave y persistente.
- Coacción: significativamente menor en profesionales de la atención social que en los otros tres grupos, que no se diferencian entre ellos.
- Segregación: significativamente menor en profesionales de la atención social que en los otros tres grupos, que no se diferencian entre ellos.
- Evitación: significativamente menor en profesionales de la atención social y personas con enfermedad mental grave y persistente que en familiares y población general.

**Tabla 8.2 Descriptivos, media y desviación típica (entre paréntesis), de los resultados del AQ-27 en los cuatro grupos (población general, familiares, profesionales de la atención social y personas con enfermedad mental grave y persistente de los servicios de atención social de la Comunidad de Madrid) y comparaciones entre ellos.**

Rango 3-27	Población General (n = 439)	Familiares (n = 51)	Profesionales (n =110)	Personas con enfermedad mental grave y persistente (n =108)	F(3,709)
Responsabilidad	8,72 (3,72)	8,08 (4,36)	9,50 (4,10)	11,18 (4,73)	12,65*
Piedad	17,60 (4,72)	20,69 (4,94)	15,30 (3,37)	18,51 (4,96)	17,71*
Ira	7,85 (3,83)	7,84 (4,53)	4,44 (2,19)	7,78 (4,37)	26,24*
Peligrosidad	11,11 (5,46)	8,69 (5,02)	4,96 (2,48)	8,68 (4,67)	49,28*
Miedo	9,05 (5,53)	8,14 (5,90)	3,96 (1,83)	7,63 (5,14)	30,34*
Ayuda	20,22 (4,90)	22,29 (4,79)	24,01 (2,70)	21,68 (5,07)	20,60*
Coacción	21,48 (4,04)	20,80 (5,14)	14,92 (4,73)	20,53 (4,72)	66,85*
Segregación	10,11 (5,93)	10,04 (6,25)	4,54 (2,10)	9,47 (5,76)	32,18*
Evitación	14,12 (6,28)	14,41 (7,28)	8,94 (5,39)	11,05 (6,76)	24,71*

\* $p < .001$

**c) Actitudes estigmatizadoras asociadas a diversas condiciones de salud (PDAQ).**

Para establecer las posibles diferencias entre población general, profesionales de la atención social y familiares en las actitudes estigmatizadoras asociadas a diversas condiciones de salud, se realizaron ANOVAs de un factor (con tres niveles, correspondientes a los tres grupos en los que se aplicó la prueba) sobre las puntuaciones de las distintas condiciones recogidas en el PDAQ. En todos los casos las diferencias intergrupos fueron significativas (véase

Tabla 8.3). Las pruebas post hoc (Scheffé) revelaron que, específicamente, las diferencias intergrupo significativas por pares para cada factor fueron las siguientes:

- Psicosis: significativamente menor en profesionales de la atención social que en los otros dos grupos (que no se diferencian entre ellos).

- Adicción a la cocaína: significativamente menor en profesionales de la atención social que en los otros dos grupos (que no se diferencian entre ellos).
- Discapacidad intelectual: significativamente menor en profesionales de la atención social que en los otros dos grupos (que no se diferencian entre ellos).
- SIDA: significativamente menor en profesionales de la atención social que en los otros dos grupos, y significativamente menor en familiares que en población general.
- Depresión: significativamente menor en profesionales de la atención social que en los otros dos grupos (que no se diferencian entre ellos).
- Cáncer: significativamente menor en profesionales de la atención social que en población general. El grupo de familiares no se diferencia significativamente de ninguno de los otros dos grupos.

**Tabla 8.3 Descriptivos, media y desviación típica (entre paréntesis), de los resultados del PDAQ en los tres grupos (población general, familiares y profesionales de la atención social) y comparaciones entre ellos.**

Rango 6-49	Población General (n = 439)	Familiares (n = 51)	Profesionales (n = 110)	F(2,598)
Psicosis	17,96 (4,91)	17,49 (4,60)	12,15 (4,30)	67,40*
Adicción a la cocaína	21,40 (5,77)	19,80 (5,25)	15,21 (5,23)	55,43*
Discapacidad intelectual	17,35 (4,89)	16,76 (4,90)	14,73 (4,58)	13,68*
SIDA	20,08 (5,65)	17,51 (4,87)	14,05 (4,96)	56,83*
Depresión	14,34 (4,68)	14,29 (4,27)	11,15 (4,05)	23,47*
Cáncer	15,08 (4,81)	14,53 (3,70)	13,18 (3,93)	8,52*

\* $p < .001$

#### d) Estigma sobre la familia (FSQ).

Para establecer las posibles diferencias entre familiares, profesionales de la atención social y población general, en cuanto a las actitudes estigmatizadoras hacia la familia de una persona con enfermedad mental, se realizaron ANOVAs de un factor (con tres niveles, correspondientes a los tres grupos en los que se aplicó la prueba) sobre las puntuaciones de distintos ítems del FSQ y sobre la puntuación total. Las diferencias intergrupos fueron significativas para tres ítems, pero no para la puntuación total (véase



Tabla 8.4). Las pruebas post hoc (Scheffé) revelaron que, específicamente, las diferencias intergrupo significativas por pares para cada ítem fueron las siguientes:

- Culpa sobre la recaída: significativamente mayor en profesionales de la atención social que en los otros dos grupos, que no se diferenciaron entre ellos.
- Evitación social: significativamente mayor en familiares que en los otros dos grupos, y también mayor en población general que en profesionales de la atención social.
- Pena: significativamente mayor en familiares que en los otros dos grupos, y también mayor en población general que en profesionales de la atención social.

**Tabla 8.4 Descriptivos, media y desviación típica (entre paréntesis), de los resultados del FSQ en los tres grupos (población general, familiares y profesionales de la atención social) y comparaciones entre ellos.**

Rango 1-7	Población General (n = 439)	Familiares (n = 51)	Profesionales (n =110)	F(2,598)
Culpa aparición	1,86 (1,26)	1,63 (1,27)	2,01 (1,32)	1,83
Contaminación	6,06 (1,19)	5,88 (1,67)	6,13 (0,88)	0,85
Culpa recaída	2,61 (1,47)	2,22 (1,76)	3,36 (1,50)	13,69*
Vergüenza	1,31 (0,68)	1,39 (1,22)	1,18 (0,51)	2,21
Incompetencia	1,69 (1,22)	1,54 (1,35)	1,90 (1,20)	1,53
Evitación social	1,59 (1,15)	2,38 (2,35)	1,21 (0,53)	16,50*
Pena	4,69 (1,84)	5,76 (1,70)	3,32 (1,72)	37,25*
<b>PUNTUACIÓN TOTAL (7-49)</b>	<b>19,78 (4,65)</b>	<b>20,39 (5,50)</b>	<b>18,92 (4,62)</b>	1,98

\* $p < .001$

### 8.3 DISCUSIÓN.

El análisis cualitativo de las opiniones, actitudes y experiencias de las personas con enfermedad mental grave y persistente, sus familiares y los profesionales de la atención social que les tratan, revela que estos grupos coinciden en muchos aspectos, especialmente en sus opiniones sobre la presencia de estereotipos y estigma en la

sociedad, pero manifiestan perspectivas divergentes en otros temas, como las posibilidades de autonomía personal y laboral de las personas que padecen una enfermedad mental.

Los tres grupos opinan, por ejemplo, que la falta de información y el desconocimiento sobre la enfermedad mental crónica en la sociedad es una de las principales causas del estigma social. Consideran que las enfermedades mentales graves y duraderas y, especialmente la esquizofrenia, no sólo son más desconocidas, sino también peor aceptadas y comprendidas, provocando así un mayor rechazo social que otras enfermedades mentales y que algunas enfermedades físicas. Otro aspecto que comparten los diferentes grupos de discusión de personas con enfermedad mental, sus familiares y los profesionales de la rehabilitación psicosocial es la percepción de que existe en la sociedad una fuerte asociación entre esquizofrenia y violencia. Todos ellos consideran que la peligrosidad hacia los demás constituye el eje principal del estereotipo de “enfermo mental”.

Las personas con enfermedad mental grave y duradera, los familiares y los profesionales de la atención social también coinciden al señalar que a menudo han tenido experiencias de rechazo social y discriminación en situaciones sociales. En general, defienden el ocultamiento como una cuestión de privacidad, aunque parece más bien una consecuencia del temor al rechazo social y para evitar, al menos a corto plazo, el estigma social. Todos los grupos expresan sus dudas acerca de si el ocultamiento es lo más conveniente a largo plazo.

No obstante, también hay opiniones en las que estos grupos difieren, especialmente en relación a las posibilidades para desarrollar un empleo. Aunque todos están de acuerdo en afirmar que el estigma y el rechazo social se manifiestan de forma especialmente visible en las dificultades para conseguir un trabajo, las propias personas con enfermedad mental y sus familiares reconocen y señalan más limitaciones que los profesionales que les atienden en su rehabilitación psicosocial.

Si pasamos al análisis de los datos cuantitativos, destaca el hecho de que el nivel de conocimiento acerca de la enfermedad mental crónica entre la población general es intermedio. De hecho, los familiares no se diferencian apenas de la población general en estos aspectos. La población general muestra un mejor conocimiento que los familiares en algunas cuestiones, como la capacidad de las personas con enfermedad mental para trabajar o para manejar su patrimonio, mientras que los familiares muestran un conocimiento más correcto acerca de las causas de la enfermedad. Estos datos sugieren que los familiares de las personas con enfermedad mental grave y

persistente, como parte de la sociedad, también parecen tener creencias erróneas y estereotipos distorsionados sobre la enfermedad mental.

Asimismo resultan interesantes los datos obtenidos acerca del estereotipo de peligrosidad de las personas con enfermedad mental. Los datos cuantitativos revelan que este estereotipo está presente, si bien en menor grado, entre las personas más próximas a la enfermedad. Los análisis estadísticos indican que la percepción de peligrosidad es significativamente menor en profesionales de la atención social que en los otros tres grupos (personas con enfermedad mental, familiares y población general). Además, es significativamente mayor en población general que en el resto de grupos.

En conclusión, podemos señalar que el análisis comparativo de los datos procedentes de los distintos grupos arroja dos resultados especialmente destacables. Por un lado, los profesionales de la atención social se diferencian visiblemente del resto de los grupos (ya sean personas con enfermedad mental, familiares o población general), manteniendo una visión más optimista y positiva sobre las posibilidades de autonomía personal y recuperación de las personas con enfermedad mental grave y persistente. Muestran elevados niveles de conocimiento sobre el tema y bajos niveles de estigma, claramente diferenciados de los otros grupos, y en concordancia con investigaciones previas (e.g., Instituto Andaluz de Salud Mental de Andalucía, 1988; Kingdon, Sharma, Hart, y Campaign, 2004; Lauber, Anthony, Adjacic-Gross, y Rössler, 2004) .

El segundo resultado destacable es que no se han constatado las diferencias esperadas entre familiares y población general. Es decir, su relación y su continuo contacto con una persona con enfermedad mental no parecen traducirse necesariamente en un mejor conocimiento sobre el tema, ni en un menor nivel de estigma. Estos datos coinciden con los encontrados por otros autores (Magliano, De Rosa, Fiorillo, Malangone, Guarneri et al., 2004; Magliano, De Rosa, Fiorillo, Malangone, y Maj, 2004; Ruiz, Serrano, y Serrano, 1988). Las familias ocupan un papel clave en el cuidado y mantenimiento en la comunidad de las personas con enfermedad mental, pero el efecto que tienen sobre la vida familiar todos los problemas derivados de la enfermedad y el estigma social existente pueden conducir a un importante grado de desgaste y sobrecarga para las familias. Este hecho sugiere la conveniencia de potenciar las estrategias personales y grupales de afrontamiento al estigma de todas las personas afectadas, así como de optimizar los canales y los mensajes informativos para los familiares acerca de la enfermedad mental, especialmente en lo referente a las posibilidades de autonomía e independencia y

opciones de rehabilitación y tratamiento existentes y disponibles en la Comunidad de Madrid.

## **9 EJE V: ESTIGMA ASOCIADO A LA ENFERMEDAD MENTAL EN LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN.**

---

Los medios de comunicación social (prensa escrita, radio y televisión) tienen cada vez mayor presencia en los hogares españoles por lo que gran parte del conocimiento y de la imagen que se tiene sobre la enfermedad mental viene dada y conformada a través de ellos. La salud mental sería uno más de los temas en los cuales los medios han adoptado el papel de emisor fundamental de la información (Cuenca, 2003). Por ejemplo, según el trabajo realizado por la Robert Wood Johnson Foundation acerca de las actitudes de la sociedad norteamericana hacia personas con enfermedad mental (1990), los medios de comunicación representan la fuente principal de conocimiento para un 90% de la población.

Los medios de comunicación de masas son poderosas herramientas (de hecho, se les considera “el cuarto poder”) que influyen en la sociedad creando opiniones y favoreciendo determinadas actitudes e ideologías. Esta capacidad de influir en las personas tiene consecuencias negativas, como las maniobras que en ocasiones han llevado a cabo determinados poderes para conseguir su control, pero también conlleva otras muy positivas, como su utilización como vía de difusión de campañas de prevención y sensibilización orientadas a intentar solucionar problemas presentes en la sociedad. De hecho, el informe de la Organización Mundial de la Salud del año 2001, dedicado específicamente a la salud mental, enfatiza el relevante papel que juegan los medios de comunicación en la promoción de la salud mental y la necesidad de desarrollar campañas de sensibilización y educación del público que permitan reducir la estigmatización y la discriminación (Organización Mundial de la Salud, 2001).

En este capítulo se aborda el quinto eje del estudio, que focaliza su atención en la presencia de la enfermedad mental en los medios de comunicación y su posible estigmatización. En primer lugar, se presenta el estudio cualitativo llevado a cabo. A continuación se describe el estudio de medios de comunicación realizado para examinar el tratamiento que se otorga a la enfermedad mental en los medios y la posible presencia de tendencias estigmatizadoras. En tercer y último lugar, se incluye un apartado de discusión de las principales conclusiones alcanzadas a partir de ambos estudios.

## **9.1 ESTUDIO CUALITATIVO.**

---

El estudio que se detalla a continuación ha empleado un enfoque cualitativo para examinar el fenómeno del estigma en los medios de comunicación. Tras describir la metodología de las dos técnicas empleadas en el estudio (entrevista en profundidad y grupos de discusión), se presentarán los resultados obtenidos a través de cada una de ellas. Finalmente, se señalarán las conclusiones más destacadas del estudio y se discutirán sus principales implicaciones.

### **9.1.1 Metodología.**

Para recoger datos que aportasen a la investigación realizada aspectos cualitativos que completasen y ayudasen a comprender el fenómeno del estigma en los medios de comunicación, se utilizó una doble metodología de tipo cualitativo. En primer lugar, se realizó una entrevista con una persona que conociera en profundidad la forma en que los medios de comunicación tratan las noticias sobre discapacidad mental, que sirvió para enmarcar el tema del estigma desde el punto de vista de los responsables de la comunicación. En segundo lugar, se planteó el tema del tratamiento que recibe la enfermedad mental crónica por parte de los medios de comunicación social en los diferentes grupos de discusión organizados en este estudio.

#### **a) Entrevista en profundidad.**

##### ***Desarrollo de la entrevista en profundidad con un periodista especializado en temas de discapacidad.***

La entrevista en profundidad se llevó a cabo con un periodista especializado en temas relacionados con la discapacidad, colaborador de distintos medios de comunicación.

Esta entrevista duró aproximadamente 1 hora y media y fue realizada por dos entrevistadoras pertenecientes al grupo de investigación del presente estudio. La actitud mostrada por el entrevistado fue muy positiva y colaboradora durante toda la entrevista, siendo de gran interés para esta investigación la información aportada por este profesional en el transcurso de la misma.

Las entrevistadoras tomaron notas durante la entrevista, para lo que se pidió la conformidad al entrevistado.

***Temas tratados en el transcurso de la entrevista.***

Las preguntas realizadas fueron generales y tenían un formato abierto, especialmente al principio de la misma, aunque también se utilizaron preguntas más específicas y cerradas hacia el final de la entrevista.

Las preguntas efectuadas fueron:

- ¿Ayudan los medios de comunicación a transmitir el estigma de la enfermedad mental grave y persistente?
- ¿Cuáles son los principales estereotipos de las personas con enfermedad mental grave y persistente presentes en los medios de comunicación?
- ¿Existen diferencias entre el tratamiento informativo de este tipo de discapacidad y otras como las discapacidades físicas?
- ¿Cuáles son los principales errores que cometen los medios de comunicación cuando tratan temas relacionados con la enfermedad mental o hablan de personas que padecen una enfermedad mental?
- ¿Existe desconocimiento entre los profesionales de la comunicación sobre las enfermedades mentales?
- ¿Tienen los periodistas actitudes estigmatizadoras hacia las personas con enfermedad mental grave y persistente?
- ¿Cuáles son los principales obstáculos para la integración de las personas con enfermedad mental grave y persistente?
- ¿Existen diferencias entre medios en el tratamiento de las noticias sobre este tema?
- ¿Qué acciones podrían llevarse a cabo en los medios de comunicación en contra de la estigmatización?

### ***Análisis cualitativo.***

Las notas tomadas durante la entrevista sirvieron para confrontar la información obtenida y realizar un análisis cualitativo de la misma.

El análisis efectuado es simplemente una ordenación de los datos y opiniones de las personas entrevistadas, donde no se emiten juicios de valor ni se exponen palabras textuales, dado el carácter personal de la misma.

### **b) Grupos de discusión.**

#### ***Desarrollo de los grupos de discusión.***

En todos los grupos de discusión realizados para esta investigación se plantearon preguntas sobre medios de comunicación. Es decir, el papel de los medios de comunicación fue discutido en los cinco grupos de discusión realizados: dos grupos con personas con enfermedad mental grave y persistente, dos con familiares de estas personas y uno con profesionales de la red de recursos de atención social para personas con enfermedad mental grave y crónica de la Comunidad de Madrid.

Como ya se ha comentado en otros apartados de este trabajo (ver apartado 4.2.2, apartado 5.2.1, y apartado 6.2.1), los participantes en los grupos de discusión fueron seleccionados con la ayuda de los responsables de los distintos centros participantes, de acuerdo con los criterios previamente dados por el equipo investigador.

Un resumen de las características de los grupos de discusión en los que se recabaron datos sobre el tratamiento de la enfermedad mental grave y persistente en los medios de comunicación, puede consultarse en la Tabla 9.1.



**Tabla 9.1 Resumen de las características de los grupos de discusión.**

<b>Tipo de grupo</b>	<b>Lugar</b>	<b>Participantes</b>	<b>Género</b>	<b>Fecha de reunión</b>
Personas con enfermedad mental grave y persistente	FEMASAM	6 personas	4 varones 2 mujeres	21/6/2005
Familiares	CRL Nueva Vida	7 personas	3 varones 4 mujeres	7/6/ 2005
	FEMASAM	8 personas	0 varones 8 mujeres	6/7/2005
	CRPS Martínez Campos	8 personas	1 varón 7 mujeres	11/10/2005
Profesionales	CRPS Martínez Campos	7 personas	2 varones 5 mujeres	14/10/2005
Personas con enfermedad mental grave y persistente	FEMASAM	6 personas	4 varones 2 mujeres	21/6/2005
	CRL Nueva Vida	7 personas	3 varones 4 mujeres	7/6/ 2005

En cada uno de los grupos hubo dos moderadoras, y una ayudante encargada de los aspectos relacionados con el acondicionamiento de los participantes, la grabación de la sesión y la toma de notas sobre las distintas intervenciones.

Debe destacarse que en todos los grupos el nivel de participación y el interés de los asistentes por los contenidos propuestos en la discusión fueron notables. Todos se mostraron esperanzados en que su participación en este tipo de investigaciones sirviera para que las personas con enfermedad mental grave y persistente fueran más entendidas y aceptadas por la sociedad, y se interesaron especialmente por los resultados del estudio.

#### ***Temas tratados: guión de los grupos de discusión.***

En apartados anteriores de este trabajo se ha expuesto el guión seguido en cada uno de los grupos de discusión realizados. Como ya se ha comentado, se pretendió plantear temas que permitieran estudiar los distintos aspectos del estigma social y el autoestigma, intentando profundizar en los estereotipos sociales, los prejuicios y las experiencias de discriminación. Uno de los temas tratados en cada uno de estos grupos fue el papel de los medios de comunicación en relación con el estigma de la enfermedad mental.

Se plantearon, por tanto, cuestiones relativas a los medios de comunicación, como son las siguientes:

¿Cómo muestran los medios de comunicación a las personas con enfermedad mental grave y persistente?

¿Qué imagen se da de ellos?

¿Esa imagen se ajusta a la realidad?

¿Recuerdan algún caso reciente en los medios de comunicación? ¿Cuál era la noticia?

Además de los comentarios suscitados por estas cuestiones, se analizaron también las intervenciones que, durante el transcurso de los debates, aparecieron sobre los medios de comunicación, cuando se hablaba de otros temas relacionados con el estigma.

### ***Análisis cualitativo.***

Las reuniones de grupos fueron grabadas y transcritas, para poder ser analizadas según su contenido y categorizadas inductivamente, de forma que formaran una tipología de las opiniones, actitudes y experiencias de estigmatización procedentes de las narraciones de los participantes en los grupos de discusión, como aconseja la metodología de análisis cualitativo (Huberman y Miles, 1994).

Las transcripciones se analizaron en función de las categorías siguientes:

- a) El estigma en los medios de comunicación según las personas con enfermedad mental grave y persistente.
- b) El estigma en los medios de comunicación según los familiares de las personas con enfermedad mental grave y persistente.
- c) El estigma en los medios de comunicación según los profesionales de la red de recursos de atención social.

Se seleccionaron bloques relevantes de texto que representaran las distintas experiencias y afirmaciones discutidas en los grupos y se les asignó un código que reflejara su contenido original lo más fielmente posible, es decir, utilizando paráfrasis, y que sirviera de base para formar categorías. El sistema de codificación así construido se fue revisando constantemente durante el análisis, sumando las categorías con contenidos similares y añadiéndose cualquier paráfrasis que apareciera durante el análisis.

El sistema de categorización resultante fue estipulado y la asignación de los bloques de texto a las categorías particulares fue discutida en el equipo de trabajo. De esta forma, después de este proceso, las experiencias de estigmatización fueron sumadas en categorías genéricas según su tipo y el lugar en que se hallaron, dentro del discurso.

Las transcripciones de los grupos de discusión realizados con personas con enfermedad mental grave y persistente, fueron codificadas de manera deductiva para obtener el sistema de codificación aplicado a los otros dos grupos, que sirvieron para dar diferentes perspectivas al mismo problema. De esta forma, la codificación se utilizó para organizar los datos en patrones que sirvieran de base a las interpretaciones, siguiendo las directrices de Silverman (2000) y Knodel (1993).

En todos los casos se incluye un breve comentario del contenido de la categoría y ejemplos representativos de las opiniones y experiencias de los participantes sobre los temas propuestos, a través de fragmentos textuales de sus intervenciones, seleccionadas por su representatividad dentro de los comentarios realizados durante las discusiones.

Debe tenerse en cuenta que el análisis realizado es exclusivamente de carácter cualitativo, como corresponde a la utilización de la metodología de grupos de discusión, por lo que se han evitado en todo momento las referencias cuantitativas que pudieran ser malinterpretados dado el escaso número de participantes en los grupos. Por todo ello, los datos expuestos deben considerarse de forma complementaria y clarificadora de los resultados obtenidos con metodología y análisis cuantitativo.

### **9.1.2 Resultados obtenidos a través de la entrevista en profundidad con un periodista especializado en temas de discapacidad.**

#### ***¿Ayudan los medios de comunicación a transmitir el estigma de la enfermedad mental grave y persistente?***

- El tratamiento en los medios de comunicación sobre la enfermedad mental, como el de la discapacidad en general, es malo.

#### ***¿Cuáles son los principales estereotipos de las personas con enfermedad mental grave y persistente presentes en los medios de comunicación?***

- Existe una imagen violenta de ellos, que genera temor en los demás.
- Hay una gran ignorancia y desconocimiento respecto a la enfermedad mental

#### ***¿Existen diferencias entre el tratamiento informativo de la enfermedad mental, este tipo de discapacidad, y otras como las discapacidades físicas?***

- La gente diferencia dos grupos de personas con discapacidad: las que presentan una discapacidad obvia y aquellos cuya discapacidad no es obvia. Cuando la discapacidad es evidente, los demás se sienten a salvo, cuando no lo es, suscita reacciones más acusadas (“hay algo que no encaja”).
- En ocasiones se han producido comportamientos antisociales de una violencia que no se da con otros tipos de discapacitados y que obedece al desconocimiento y al temor.

***¿Cuáles son los principales errores que cometen los medios de comunicación cuando tratan temas relacionados con la enfermedad mental o hablan de personas que padecen una enfermedad mental?***

- En ocasiones se utiliza la enfermedad mental para explicar cosas difícilmente explicables.
- El lenguaje utilizado para referirse a estas personas también es negativo.
- Además, se utilizan términos médicos en lenguaje común sin conocer su significado, pero siempre con un sentido negativo (esquizofrénico, obsesivo...).
- Resulta discriminatoria la selección de imágenes para ilustrar las noticias (imágenes que transmiten emociones negativas, como soledad, tristeza, desamparo, etc.)
- Las noticias sobre enfermedad mental hacen referencia fundamentalmente a sucesos o son conmisericordiosas.
- No hay portadas sobre discapacidad y menos aún sobre salud mental.
- Las asociaciones de personas con discapacidad y las instituciones no saben cómo tratar a los medios de comunicación. Por ejemplo, mandan noticias continuamente sin diferenciar entre lo importante y no lo que no lo es.

***¿Existe desconocimiento entre los profesionales de la comunicación sobre las enfermedades mentales?***

- Hay una cierta simplificación histórica que considera tres tipos de enfermedades: enfermedades físicas, mentales y sensoriales. Y no se profundiza más.

- No se establecen diferencias entre distintas enfermedades mentales; se equipara enfermedad mental a esquizofrenia. Otras enfermedades mentales (depresión, anorexia,...) se incluyen en el ámbito de la salud.

***¿Cuáles son los principales obstáculos para la integración de las personas con enfermedad mental grave y persistente?***

- Generan reacciones de temor.
- La gente desconoce que una persona con esquizofrenia puede llevar una vida normal

***¿Existen diferencias entre medios en el tratamiento de las noticias sobre este tema?***

- A mayor ámbito geográfico del medio, menor tratamiento de la discapacidad.
- La radio es la que más y mejor trata la discapacidad. Sin embargo, el tratamiento sigue siendo escaso.
- La prensa lo trata poco y siempre desde el punto de vista de la salud o en sucesos.
- Existe una idea preconcebida de que la televisión es incompatible con la imagen de la discapacidad. Sólo se trata el tema en programas de sucesos. Además existe lo que podríamos llamar una perversión en el tratamiento de personas con enfermedad mental grave y persistente en programas de entretenimiento.

***¿Qué acciones podrían llevarse a cabo en los medios de comunicación en contra de la estigmatización?***

- Deben hacerse campañas de sensibilización proporcionando información e indicando la posibilidad de que cualquiera padezca una enfermedad mental en algún momento de su vida.
- Para conseguir un mayor impacto en los periodistas sería necesaria una mayor toma de conciencia de ellos en la importancia del tema.
- No basta con crear una guía de estilo (las disponibles son poco útiles); es necesario crear una que sea realmente útil (en formato, comprensión, etc.), y además difundirla, que la conozcan.

### 9.1.3 Resultados obtenidos a través de los grupos de discusión.

#### a) El estigma en los medios de comunicación según las personas con enfermedad mental grave y persistente.

La mayor parte de las personas con enfermedad mental crónica que han participado en los grupos de discusión coinciden en señalar que los medios de comunicación son una vía muy importante para evitar la transmisión del estigma y para mejorar la imagen social que en general se tiene de las personas con enfermedad mental.

*“No sé, yo pienso que los medios de comunicación no nos ayudan”.*

*“En coloquios, en la televisión, se habla continuamente de esquizofrénicos que asesinan, de psicópatas sádicos... Yo por ejemplo me ha pasado de decir a amigos “Soy esquizofrénico”, entonces a lo mejor creen que eres peligroso, ¿no?”.*

*“Siempre en Sucesos: “Un esquizofrénico ha matado a su abuela y la ha tirado por la ventana”. La película de Hitchcockt, sin ir más lejos y lo justifican todo diciendo “No, es que tiene una enfermedad mental”. Y yo también la tengo, y no hago esas cosas”.*

El papel de los medios de comunicación parece fundamental para crear y perpetuar estereotipos de las personas con enfermedad mental grave y persistente.

Las personas con enfermedad mental piensan que los medios de comunicación deberían ayudar más a una correcta transmisión de lo que es la enfermedad mental.

*“A mí me gustaría que mostraran la realidad que hay actualmente”.*

*“En los medios de comunicación debería haber más psicólogos, más psiquiatras, gente cualificada,...”.*

**b) El estigma en los medios de comunicación según los familiares de las personas con enfermedad mental grave y persistente.**

Los familiares también consideran a los medios de comunicación como la vía principal para difundir imágenes adecuadas sobre la enfermedad mental y desearían un esfuerzo de los mismos en esta dirección.

*“Para los medios, según lo están poniendo, el esquizofrénico es sinónimo de asesino. Si la sociedad tuviera la información de que según las estadísticas son menos asesinos que la media...”*

*“La gente ha pensado siempre que eran unos inútiles, y unos incapaces (...) y unos minusválidos. Y es en estas últimas décadas cuando se asocia esquizofrenia a violencia, cuando, en realidad, hay otras muchas formas de enfermedad mental y no enfermedad mental, que en un momento determinado son tan peligrosos como un esquizofrénico. Yo creo que hay modas también. O sea, en las enfermedades también hay modas. Y la moda de la esquizofrenia como individuos capaces de producir un terror individual en un momento determinado, yo francamente creo que es muy reciente.”*

Algunos familiares relatan ejemplos recientes de cómo es tratado el tema en los medios de comunicación y cómo les afecta:

*“Hace unos días me dieron uno de esos periódicos que reparten por las mañanas. Y en los tres salía distinta noticia pero igual tratada: [titulares que relacionan esquizofrenia con acciones violentas]. Y sigue igual, sigue siendo el mismo estigma de la persona agresiva y esquizofrénica”.*

*“El otro día, precisamente, vi un debate. Entonces se hablaba de [acto violento que implicaba a una persona con enfermedad mental]. Se decía “Y es esquizofrénico, es esquizofrénico”... Tenemos muchísimos casos que con una medicación hacen una vida normal.”*

*“Yo creo que en esto se debería de hablar pues como eso que se ha utilizado siempre en los juicios, ¿no? De enajenación mental, sea transitoria, sea crónica, sea como sea. Y no poner una etiqueta de una enfermedad determinada, dado que los problemas de salud mental son tan amplios”.*

Además se comenta entre los familiares que esta forma de tratar el tema de la enfermedad mental no puede justificarse por el desconocimiento social del mismo, ya que es obligación de los profesionales de los medios de comunicación informarse antes de publicar las noticias.

**c) El estigma de la enfermedad mental en los medios de comunicación según los profesionales de la red de atención social para personas con enfermedad mental grave y crónica de la Comunidad de Madrid.**

Mayoritariamente, los profesionales de la red de atención social para personas con enfermedad mental grave y crónica valoran de forma negativa el tratamiento que las enfermedades mentales graves y persistentes tienen en los medios de comunicación. Las opiniones aquí recogidas reflejan cómo estos profesionales entienden que el estigma de la enfermedad mental es propagado por los medios, perpetuando estereotipos y prejuicios negativos, en su mayoría:

*“El último caso [se cita un caso con amplio seguimiento en los medios]. La primera noticia, cuando yo creo que todavía no estaba en absoluto confirmado el tema, era que era un enfermo mental que era violento. Y todavía no se sabía. Lamentablemente, en ese sentido los medios de comunicación nos hacen un flaco favor. Siempre salimos con ese tipo de noticias. Digo salimos porque me incluyo como parte. Ellos, los familiares, las asociaciones de familiares, y luego, pues todos los profesionales que trabajamos en ello. Creo que no nos beneficia para nada esa imagen que están extendiendo”.*



*“Yo creo que, en líneas generales, los medios de comunicación a la enfermedad mental le hace bastante mal. Y es más, este año con lo de la celebración de El Quijote, que podían haber aprovechado para dar a conocer al primer enfermo mental que aparece en los libros, que es Don Quijote, todo lo contrario, no lo han podido utilizar. Y era una buena oportunidad para poder valorar lo que es la enfermedad mental, ¿no? Don Quijote era una persona con una enfermedad mental y es un best seller, se vende por doquier”.*

Las críticas sobre el tratamiento de la enfermedad mental en los medios de comunicación se dirigieron, especialmente a la televisión y a la prensa escrita:

*“La prensa escrita yo creo que es diferente a la televisión y a la radio, porque no hay tanta inmediatez. Alguien de repente se puede preparar un artículo. Aunque generalmente, a pesar de esto, en las columnas de las noticias, aunque tú tengas todo el artículo bien entendido, bien expresado, analizado y tal, donde ponen la noticia ésta en mayúscula, los titulares, lo que la gente ve cuando hojea un periódico, no cuando se pone a leerlo, es igual que en televisión, lo llamativo, lo estrambótico”.*

*“No se miden las palabras, no se preocupan por saber qué significa realmente eso, le ponen nombres a lo que no es. Utilizan los tópicos a nivel de etiquetas, de decir “Tiene esquizofrenia”, y a lo mejor de esquizofrenia nada de nada. Hay poco interés... no sé si hay o no interés, pero la realidad en la práctica cuando tú lees algo o escuchas algo, sabiendo de este tema, es que están muy mal informados, o la información que tienen no la utilizan bien, no se asesoran. Entonces claro, las noticias que dan son...”*

Según los profesionales de atención social, la forma de tratar las noticias es tan inadecuada en la mayoría de las ocasiones, que cuando no es así, llama especialmente la atención:

*“Yo creo que esos casos son esporádicos. Y además cuando hacen alguna noticia positiva sobre la enfermedad mental es en un reportaje a las 11 de la noche, que no anuncian nunca, eso en cuanto a la televisión”.*

*“La televisión es así, de vez en cuando alguien capta la atención sobre lo positivo de la enfermedad mental, en una franja horaria que prácticamente nadie ve, y muy de vez en cuando”.*

Los profesionales de atención social destacaron que, en muchas ocasiones, la causa de este tratamiento informativo por parte de los medios de comunicación es el desconocimiento del tema, aunque también se consideró que, en parte, se trataba más bien de un problema ético:

*“¿Quién tiene la culpa del desconocimiento? Porque claro, nosotros conocemos cosas de la enfermedad mental. Un periodista se supone que no tiene por qué saberlo y ellos también se pueden quejar de que nosotros tratamos con desconocimiento otra cosa. ¿Quién tiene la culpa de ese desconocimiento? Que yo no les justifico ni mucho menos, pero a la hora de hacer una noticia, que la traten así es por desconocimiento, ellos, a lo mejor, no tienen por qué saber. Que podrían molestarse en saber más y todo lo que tú quieras, pero...”*

*“Yo creo que la responsabilidad en este caso es múltiple. Hay una parte de desconocimiento y que los periodistas se agarran a modelos estereotipados que son los que están socialmente establecidos”.*

Se recogieron, también, algunas propuestas sobre cómo actuar ante este problema:

*“Yo creo que una labor es informar a los medios de comunicación, educar a los medios de comunicación. Pero no solamente a los medios de comunicación, sino también a todos los organismos intermedios que hay. Hay muchos organismos intermedios que tratan el tema de las minusvalías, de la*

*discapacidad, que también tienen sus modelos muy arraigados, donde está la enfermedad mental y trabajan con minusvalías”.*

*“Precisamente ahora en [institución cultural] hay varias jornadas de ética y periodismo y de cómo efectivamente están dando estas noticias. Yo creo que realmente ahí, los que trabajamos en esto, las asociaciones de familiares y, por supuesto, las propias personas que están realmente afectadas, son las que tenemos que hacer este trabajo. Y la administración también, importantísimo. Ha salido un guía de [de una asociación nacional], que es una guía práctica, de cómo los periodistas deberían hablar de estos temas, esto ya salió el año pasado. Son cosas que van haciendo en este sentido”.*

*“Creo que hay en el interior de estos profesionales una corriente que está intentando reflexionar, en un análisis crítico de “Bueno, ¿hacia dónde vamos?”. Y en ese sentido, los propios ciudadanos y sobre todo los que estamos más concienciados en la línea de trabajar con estas personas, pues debemos escribir una carta al director, llamar por teléfono, en la línea de “Bueno señores, ¿qué estamos haciendo que se nos está yendo la olla? Vamos a ver, ¿cómo pueden dar la noticia de esta manera?”. Creo que ahí tenemos todos una responsabilidad también”.*

De cualquier forma, la mayoría de los profesionales estaban de acuerdo en que sería deseable que la enfermedad mental grave y persistente estuviera presente en los medios de comunicación, pero de forma positiva, a través de la exposición de ejemplos de integración, donde se mostrasen modelos reales de los problemas que tienen las personas en esta circunstancia y que si no es así, es mejor no estar presente en los medios de comunicación, en absoluto:

*“Mejor nada que reforzar el estigma social que ya existe”.*

#### **9.1.4 Conclusiones del estudio cualitativo.**

A lo largo de este apartado se expondrán las principales conclusiones extraídas a partir del estudio cualitativo. Para reflejar los puntos de vista de los diferentes grupos analizados, las conclusiones se han estructurado en tres epígrafes: el estigma en los medios de comunicación según las personas con enfermedad mental grave y persistente, según los familiares, y según los profesionales de la red de atención social.

##### **a) El estigma en los medios de comunicación según las personas con enfermedad mental grave y persistente.**

La mayor parte de las personas con enfermedad mental grave y persistente que han participado en los grupos de discusión coinciden en señalar a los medios de comunicación de masas como vía principal de transmisión del estigma social hacia la enfermedad mental crónica. Presentan a las personas con enfermedad mental como peligrosas y sólo se habla del tema en la sección de sucesos para justificar comportamientos.

La opinión de las personas afectadas es que los medios de comunicación no reflejan de forma adecuada la realidad de la enfermedad mental y que la forma de tratar este tema ayuda a perpetuar los estereotipos, incluso cuando pretenden mostrar aspectos presuntamente positivos.

##### **b) El estigma en los medios de comunicación según los familiares de las personas con enfermedad mental grave y persistente.**

Para los familiares, el estigma social hacia las personas con enfermedad mental grave y persistente se ve potenciado y amplificado por la forma en que se trata el tema de la enfermedad mental en los medios de comunicación, generalmente como sinónimo de violencia y peligrosidad.

Aunque, en general, esto es válido para todos los medios, se matizaron ciertas diferencias entre por ejemplo, la televisión, menos reflexiva debido en gran medida a su inmediatez, y la prensa escrita, algo más prudente en sus apreciaciones.

Según los familiares de las personas con enfermedad mental grave y persistente, algunos ejemplos recientes sirven para ejemplificar el tratamiento informativo sobre

este tema. Se utiliza el adjetivo “esquizofrénico” considerando que explica, en sí mismo, el comportamiento del que comete un delito.

Asimismo, parece igualmente inadecuado para este grupo la utilización de términos relacionados con la enfermedad mental grave y persistente en el lenguaje común, como el adjetivo “esquizofrénico” aplicado a cosas o situaciones, siempre con connotaciones negativas.

La mayoría de los familiares de personas con enfermedad mental grave y persistente consideran que desde un punto de vista ético no es aceptable que cuando se habla de personas que han cometido un delito, se publique la enfermedad que padecen y se especifiquen diagnósticos, que no deben hacerse públicos. Esta práctica no ocurre cuando las personas de las que habla una noticia tienen otro tipo de enfermedades.

**c) El estigma de la enfermedad mental en los medios de comunicación según los profesionales de la red de atención social para personas con enfermedad mental grave y crónica de la Comunidad de Madrid.**

Los profesionales que trabajan en la atención social de las personas con enfermedad mental grave y crónica, valoran de forma muy negativa el tratamiento que las enfermedades mentales crónicas tienen en los medios de comunicación, entendiendo que esta forma de tratar las noticias no beneficia, en absoluto, ni a los afectados, ni a sus familiares ni a las personas que trabajan en su recuperación e integración social. Así, el estigma de la enfermedad mental es propagado por los medios, perpetuando estereotipos y prejuicios negativos.

Para este grupo, las noticias sobre enfermedad mental o sobre personas con enfermedad mental, reproducen modelos extremos basados en aspectos muy negativos, relacionados con la violencia o aspectos, que aunque positivos, son poco realistas. La enfermedad mental se utiliza para justificar el comportamiento, generalmente violento, de las personas, lo que no se hace cuando se trata de otro tipo de enfermedades.

Las críticas sobre el tratamiento de la enfermedad mental en los medios de comunicación se dirigieron, especialmente a la televisión y a la prensa escrita. La televisión trata, sobre todo, de captar la atención y lo que más capta la atención es la tragedia. En la prensa escrita, se preparan más los contenidos, aunque luego los titulares también tratan de captar la atención de la misma forma.

Según estos profesionales, la forma de tratar las noticias es muy inadecuada. No se miden las palabras, se utilizan términos de forma errónea y se utilizan tópicos y etiquetas. Y cuando no es así, llama especialmente la atención, aunque esta situación es esporádica y en televisión suele coincidir con espacios emitidos en franjas horarias que prácticamente nadie ve.

Algunas propuestas ante este problema fueron: educar a los medios de comunicación y a organismos intermedios, concienciar a los ciudadanos para ejercer protestas ante esta situación (escribir cartas al director, llamar por teléfono) y redactar guías de estilo, como la de algunas asociaciones, que se reconoce como una iniciativa positiva, pero con escasa repercusión. Asimismo, se considera que las instituciones públicas deberían analizar adecuadamente esta situación y crear campañas sólidas a largo plazo, bien elaboradas por empresas de marketing o publicidad.

La mayoría de estos profesionales creen que sería deseable que la enfermedad mental crónica estuviera presente en los medios de comunicación de forma positiva, a través de la exposición de ejemplos de integración, donde se mostrasen modelos reales de los problemas que tienen las personas en esta circunstancia. Si no es de esta manera, los profesionales de la red de recursos de atención social creen que es mejor no estar presente en los medios de comunicación en absoluto, dado que el tratamiento inadecuado de la información sólo contribuye a consolidar más el estigma.

#### **9.1.5. Discusión.**

Para finalizar el estudio cualitativo, a lo largo de este apartado se irán señalando las conclusiones más relevantes del mismo y se procederá a su discusión.

#### **El tratamiento de la enfermedad mental grave y persistente en los medios de comunicación es inadecuado.**

Tanto las personas con enfermedad mental grave y persistente como sus familiares, los profesionales que los atienden e incluso el periodista especializado en discapacidad consultado, están de acuerdo en señalar que el tratamiento que los medios de comunicación dan a la enfermedad mental crónica es inadecuado. Todos coinciden en que los medios de comunicación son la principal vía de transmisión del estigma social hacia la enfermedad mental crónica, ayudando a perpetuar estereotipos y prejuicios negativos.

**La imagen que dan los medios de comunicación de las personas con enfermedad mental está relacionada con la violencia y la peligrosidad.**

Tanto las personas con enfermedad mental grave y persistente como sus familiares, los profesionales que los atienden e incluso el periodista especializado en discapacidad consultado, creen que los medios de comunicación ofrecen una imagen violenta de la enfermedad mental crónica, presentando a las personas con este problema como peligrosas.

Los periodistas parecen estar convencidos de la peligrosidad de las personas con enfermedad mental, porque, como miembros de la sociedad, comparten la imagen negativa de las personas con enfermedad mental y la transmiten.

**Los medios de comunicación tienen una forma estigmatizadora de tratar las noticias sobre la enfermedad mental grave y persistente.**

Cuando los medios de comunicación tratan el tema de la enfermedad mental, lo hacen utilizando expresiones que, según todos los grupos consultados, ayudan a mantener el estigma de la enfermedad mental o incluso, lo potencian.

Según las personas con enfermedad mental grave y persistente y sus familiares, en algunos titulares se utiliza el adjetivo “esquizofrénico” considerando que explica, en sí mismo, el comportamiento del que comete un delito. En la misma línea, tanto las personas con enfermedad mental persistente, como sus familiares y los profesionales de la red de recursos de atención social piensan, opinan que se utilizan los diagnósticos de las enfermedades mentales para justificar comportamientos, generalmente violentos. Lo cual no se hace cuando se trata de otro tipo de enfermedades.

La mayoría de los familiares de personas con enfermedad mental grave y persistente consideran que, desde un punto de vista ético, no es aceptable que cuando se habla de personas que han cometido un delito, se publique la enfermedad que padecen y se especifiquen diagnósticos, que no deben hacerse públicos. Esta práctica no ocurre cuando las personas de las que habla una noticia tienen otro tipo de enfermedades.

Según los profesionales de la red de atención social, la forma de tratar las noticias es muy inadecuada. No se miden las palabras, se utilizan términos de forma errónea y se utilizan tópicos y etiquetas. Y cuando no es así, llama especialmente la atención,

aunque esta situación es esporádica y en televisión suele coincidir con espacios emitidos en franjas horarias de baja audiencia.

Para el periodista consultado, las noticias sobre enfermedad mental hacen referencia fundamentalmente a sucesos o son conmovedoras, y se suele incluir la enfermedad mental en el enunciado de la noticia o en el propio titular. De este modo se estigmatiza y se transmite negatividad. También resulta discriminatoria la selección de imágenes para ilustrar las noticias (imágenes que transmiten emociones negativas, como soledad, tristeza, desamparo, etc.).

Un dato interesante que aporta el profesional de la comunicación es que no suele haber portadas en los medios sobre temas de discapacidad y menos aún sobre salud mental, si no están relacionadas con delitos graves.

### **En los medios de comunicación se utiliza el lenguaje de forma inadecuada.**

Los familiares de las personas con enfermedad mental grave y persistente se quejan de la utilización de términos relacionados con la enfermedad mental crónica en el lenguaje común, como el adjetivo “esquizofrénico” aplicado a cosas o situaciones, siempre con connotaciones negativas

El profesional de la comunicación consultado cree que se suelen utilizar términos médicos en el lenguaje común sin saber que significan, pero siempre con un sentido negativo (esquizofrénico, obsesivo...).

### **Cuando se pretende mostrar aspectos positivos de la enfermedad mental se utilizan estereotipos irreales.**

La opinión de las personas afectadas y de los profesionales de la rehabilitación es que los medios de comunicación no reflejan de forma adecuada la realidad de la enfermedad mental y que la forma de tratar este tema ayuda a crear y perpetuar estereotipos, incluso cuando pretenden mostrar aspectos presuntamente positivos, mostrando la enfermedad mental de forma irreal y no de manera seria y cualificada.

### **Existen algunas diferencias entre los medios en la forma de tratar la enfermedad mental grave y persistente.**

A través del análisis de las transcripciones de los grupos de discusión y de la entrevista en profundidad efectuado, se ha comprobado que tanto las personas con



enfermedad mental grave y persistente como sus familiares, los profesionales de la red de recursos de atención social e incluso el periodista especializado en temas de discapacidad, encuentran diferencias en el tratamiento que cada uno de los distintos medios le dispensan a la enfermedad mental crónica.

Los familiares están de acuerdo con esta idea, ya que consideran que la televisión es más primaria y menos reflexiva, mientras que la prensa escrita es algo más prudente en sus apreciaciones porque queda constancia de lo que se dice.

El profesional de la comunicación consultado afirma que, en general, a mayor ámbito geográfico del medio, menor tratamiento de la discapacidad y que, con respecto a las diferencias entre los medios, la radio es la que más y mejor trata la discapacidad, aunque de forma escasa (a nivel nacional sólo hay dos programas). La prensa no sabe tratar la discapacidad, en general, y por eso trata poco el tema y siempre desde el punto de vista de la salud o en sucesos. Además considera este asunto minoritario y negativo. La televisión, por su parte, es la peor con diferencia. Existe una idea preconcebida de que la televisión es incompatible con la imagen de la discapacidad. Simplemente, no aborda la enfermedad mental o sólo se trata el tema en programas de sucesos. Además existe lo que podríamos llamar una participación inadecuada de personas con enfermedad mental grave y crónica en programas de entretenimiento.

### **Los medios desconocen muchos aspectos de la enfermedad mental.**

El periodista especializado en temas de discapacidad consultado comentó, durante la entrevista en profundidad realizada, que existe una gran ignorancia y desconocimiento respecto a la enfermedad mental en los medios de comunicación. De hecho, en el ámbito periodístico todavía se utiliza la simplificación histórica que considera tres tipos de enfermedades: físicas, mentales y sensoriales, y no se suelen establecer diferencias entre distintas enfermedades mentales, equiparándose enfermedad mental a esquizofrenia mientras que otras enfermedades mentales, como la depresión o la anorexia, se incluyen en el ámbito de la salud. Por otra parte, como ocurre con la población general, los profesionales de la comunicación desconocen que una persona con esquizofrenia puede llevar una vida normal.

Este problema se ha tratado de solventar con la publicación de los llamados libros de estilo. Sin embargo, los libros de estilo creados hasta el momento no se utilizan, en parte porque no se han difundido de manera adecuada, ya que, en general, se desconocen, y en parte porque son difíciles de entender y utilizar.

Para los familiares y los profesionales de la red de recursos de atención social, la causa del inadecuado tratamiento informativo por parte de los medios de comunicación también puede ser el desconocimiento del tema, pero ambos grupos creen que es obligación de los profesionales de los medios de comunicación informarse antes de publicar las noticias, por lo que se considera que se trata, fundamentalmente, de un tema moral o ético.

**Deben realizarse campañas de sensibilización, implicar a las administraciones y crear una guía de estilo que verdaderamente sea útil y se conozca bien.**

Se recogen en este apartado algunas de las propuestas realizadas por los profesionales de la red de recursos de atención social y el periodista especializado en temas de discapacidad, para luchar contra el estigma de la enfermedad mental crónica en los medios de comunicación.

Para ambos, parece obvio que deben realizarse campañas de sensibilización proporcionando información e indicando la posibilidad de que cualquiera puede padecer una enfermedad mental en algún momento de su vida. Para ello, se considera que las instituciones públicas deberían analizar adecuadamente esta situación y crear campañas sólidas a largo plazo, bien elaboradas por empresas de marketing o publicidad. Según la opinión del profesional de la comunicación consultado, es imprescindible, además, la implicación de las administraciones y que el tema pase a formar parte de la agenda política, si se pretende que los periodistas reaccionen ante el problema.

Ambos están de acuerdo en que las guías de estilo pueden ser un medio para evitar el tratamiento inadecuado del tema en los medios de comunicación, pero coinciden en señalar que no basta con crearlas sino que es necesario difundirlas bien para que todos los periodistas las conozcan (cosa que parece que no ocurre en la actualidad). Además se pide que sean útiles en cuanto a formato y comprensión.

Otra de las propuestas es concienciar a los ciudadanos para que tomen iniciativas activas de protesta ante esta situación, como escribir cartas al director o llamar por teléfono a los programas de radio o televisión.

La mayoría de los profesionales de atención psicosocial creen que sería deseable que la enfermedad mental crónica estuviera presente en los medios de comunicación de forma positiva, a través de la exposición de ejemplos de integración, donde se mostrasen modelos reales de los problemas que tienen las personas en esta circunstancia. Si no es de esta manera, estos profesionales creen que es mejor no

estar presente en los medios de comunicación en absoluto, dado que el tratamiento inadecuado de la información sólo contribuye a consolidar más el estigma.

## **9.2 ESTUDIO DE MEDIOS DE COMUNICACIÓN**

---

En este estudio se ha analizado el tratamiento que se otorga a la enfermedad mental grave y persistente en los medios de comunicación y la posible presencia en ellos de tendencias estigmatizadoras. A pesar de la multiplicidad de soportes y formatos, todavía es posible agrupar en dos grandes áreas los contenidos mediáticos que perpetúan o que contribuyen a reducir el estigma en la enfermedad mental (Cuenca, 2003): la ficción o entretenimiento y la información. Si bien la influencia de los medios en la sociedad se ejerce a través de todos sus contenidos, tanto explícitos como implícitos, esta investigación ha centrado su interés en el género informativo. Por ello se han seleccionado para el estudio los espacios informativos de las cadenas de radio y televisión de más audiencia, y los periódicos de información general de mayor tirada. Se trata de una primera aproximación, no queriendo esto decir que otros programas y medios escritos no centrados específicamente en las noticias diarias no tengan capacidad de influir en las personas, ni que la temática y problemática de la enfermedad mental grave y persistente no aparezca en ellos.

### **9.2.1 Metodología.**

A lo largo de este apartado se detallan los principales aspectos metodológicos del estudio de medios de comunicación. En primer lugar, se expone el procedimiento de muestreo que se ha empleado, consistente en la selección de los medios de comunicación, la determinación del período de muestreo, la definición de las unidades básicas de análisis (unidad informativa), y la descripción de los contenidos incluidos en el muestreo. En segundo lugar, se describe el plan de análisis de los datos, basado en tres tipos de análisis: clasificación de las unidades informativas, análisis de frecuencias y, finalmente, análisis de los contenidos.

### 9.2.1.1. Procedimiento de muestreo.

Este punto se ha desglosado en varios subapartados para exponer con mayor claridad el procedimiento de muestro seguido. En primer lugar, se aborda cómo se ha realizado el muestreo de los medios de comunicación. A continuación se describe el período temporal de muestreo. En tercer lugar, se define la unidad informativa de análisis en el estudio. Para finalizar, se detallan los contenidos incluidos en el muestreo.

#### a) Selección de medios.

El presente estudio intenta analizar las informaciones que llegan mayoritariamente a los ciudadanos, por lo que se han seleccionado los tres medios de comunicación más utilizados por éstos para informarse y que son los siguientes: los periódicos, la radio, y la televisión. Estos medios cuentan, respectivamente, y según la *Encuesta General de Medios* correspondiente al período comprendido entre abril de 2004 y marzo de 2005 (Asociación para la Investigación de Medios de Comunicación, 2005) con 15.208.000 lectores diarios, 20.452.000 oyentes al día, y 33.152.000 espectadores diarios en España. En el estudio no se ha incluido Internet ya que este medio contó con 6.583.000 usuarios el último día de la realización de la citada encuesta, cifra que se encuentra lejos de las correspondientes a los tres medios anteriores.

Para el análisis de la **prensa** escrita, se han incluido los tres periódicos de información general con mayor número de lectores diarios en el territorio nacional: *El País* (2.192.000 lectores/día), *El Mundo* (1.387.000 lectores/día), y *ABC* (852.000 lectores/día). Tal y como se ha señalado en capítulos previos, el foco de interés de este estudio es el ámbito de la Comunidad de Madrid, por lo que se han analizado las ediciones correspondientes a Madrid.

En el caso de la **radio**, se han considerado cuatro emisoras en el análisis de sus informativos para este estudio: la *Cadena SER*, la *COPE*, *Onda Cero* y *Radio Nacional de España (RNE)*. De éstas, las tres primeras encabezan el ranking de audiencia con 5.036.000, 1.987.000 y 1.823.000 oyentes diarios en España según los datos de la *Encuesta General de Medios* correspondientes al período comprendido entre abril de 2004 y marzo de 2005 (Asociación para la Investigación de Medios de Comunicación, 2005). En este informe no figura *RNE* ya que se retiró de la asociación que lleva a cabo el estudio en abril de 2003 pero, dado que los datos de la última encuesta en que sí participó la situaba en tercer lugar (con 1.695.000 oyentes), por detrás de la *SER* y de *Onda Cero*, se ha creído conveniente incluirla.

Para seleccionar los informativos objeto de estudio de estas emisoras, el equipo de investigación se puso en contacto con cada una de ellas con objeto de averiguar cuáles eran los de mayor audiencia y, dado que muchos de estos programas son bastante extensos, la franja horaria con más oyentes. Dichos programas y segmentos temporales fueron los escogidos y a éstos se les añadió el programa *El Foro*, de la Cadena SER, por ser el informativo específico de Madrid con mayor audiencia en esta Comunidad.

La Tabla 9.2 muestra un resumen de las cadenas de radio, los programas incluidos y el horario de los mismos.

**Tabla 9.2. Cadenas de radio, programas analizados, días de emisión y franja horaria seleccionada.**

Cadena	Programa	Días de emisión	Horario
SER	<i>Hoy por Hoy</i>	Lunes a viernes	7-8:30 horas
	<i>Matinal SER</i>	Fines de semana	8-9 horas
	<i>El Foro</i>	Lunes a viernes	19-20 horas
COPE	<i>La mañana</i>	Lunes a domingo	7-8:30 horas
Onda Cero	<i>La brújula</i>	Lunes a viernes	20-20:30 + 22-22:30 horas
		Sábado	23-23:30 horas
		Domingo	22:30-23:30 horas
RNE 1	<i>España a las 8</i>	Lunes a domingo	8-9 horas
		Fines de semana	8-8:15

Para la selección de las cadenas de **televisión** que formarían parte del estudio se siguió un proceso similar al utilizado en el caso de las emisoras de radio, esto es, se acudió a la *Encuesta General de Medios* (Asociación para la Investigación de Medios de Comunicación, 2005) y en función de sus datos de audiencia de abril 2004–marzo 2005 se incluyeron las siguientes cadenas televisivas: *Tele 5* (23,8 %), *Antena 3* (23,3 %) y *TVE 1* (21,9 %). Además de estas tres cadenas, se consideró necesario incluir también en este estudio a *Telemadrid* ya que, aunque sus datos hablan de un 2,0 % de cuota de pantalla, no hay que olvidar, en primer lugar, que estos porcentajes son calculados para la totalidad del territorio nacional, y en segundo lugar, que la Comunidad de Madrid es el ámbito de interés en esta investigación.

De igual manera que en el caso de la radio, el equipo de investigación se puso en contacto con las distintas cadenas para identificar los informativos de mayor audiencia, que resultaron ser, en todos los casos, los informativos de la noche.

A estos cuatro noticiarios se añadieron otros dos programas, *Sucedió en Madrid* y *Gente*, que versan, en su totalidad o de forma parcial, sobre noticias de sucesos. Se

consideró conveniente incluirlos debido a que estudios previos sobre los estereotipos de la enfermedad mental grave y persistente muestran que ésta aparece con frecuencia ligada a sucesos violentos y truculentos, y que esta asociación puede contribuir poderosamente a la estigmatización de los pacientes con enfermedades mentales graves y persistentes (Francis et al., 2001; Ward, 1997). El programa *Sucedió en Madrid*, que se emite en *Telemadrid*, es de emisión semanal y aborda, en forma de reportajes, los sucesos y noticias más importantes ocurridos en Madrid en la semana anterior. Por su parte, el programa *Gente*, el cual es emitido de lunes a viernes en *TVE 1*, sigue un formato de magazine y está dividido en dos partes: una primera, que se ocupa de la crónica de sucesos y otros temas de carácter social, y una segunda parte, dedicada a crónicas de sociedad. Sólo la primera de ellas fue considerada de interés para el estudio.

Un resumen de las cadenas de televisión, programas y horario de los mismos puede verse en la Tabla 9.3.

**Tabla 9.3: Cadenas de televisión, programas analizados, días de emisión y hora de inicio.**

Cadena	Programa	Días de emisión	Hora de inicio
<i>Tele 5</i>	<i>Noticias</i>	Lunes a domingo	20:30 horas
<i>Antena 3</i>	<i>Noticias</i>	Lunes a domingo	21 horas
<i>TVE 1</i>	<i>Telediario</i>	Lunes a domingo	21 horas
	<i>Gente</i>	Lunes a viernes	20 horas
<i>Telemadrid</i>	<i>Telenoticias</i>	Lunes a domingo	20:30 horas
	<i>Sucedió en Madrid</i>	Lunes	23 horas

#### **b) Período muestreado.**

Este estudio se ha realizado sobre las informaciones transmitidas por los medios de comunicación durante dos semanas seguidas completas (14 días). Este período de tiempo se considera suficientemente representativo, por lo que permite extraer conclusiones fiables sobre cuál es la tendencia habitual respecto a la enfermedad mental en dichos medios.

Para escoger estas dos semanas se consideró necesario que perteneciesen a un período informativo "normal", esto es, que no correspondieran a períodos habituales de vacaciones ni incluyeran días festivos. Con esta medida se pretendía asegurar al máximo que los periodistas que cubrían las informaciones eran aquéllos que llevan a cabo esta labor la mayor parte del año, evitándose así distorsiones derivadas de posibles visiones distintas aportadas por profesionales ocasionales.

Otro requisito en la elección consistió en que durante los días de muestreo no estuviese previsto ningún acontecimiento informativo de gran impacto susceptible de monopolizar las informaciones restando protagonismo a otros sucesos noticiables.

Finalmente fue necesario imponer un criterio de orden práctico referido a las posibilidades de los miembros del equipo investigador para realizar las grabaciones de los programas de radio y televisión (ya que únicamente fue posible obtenerlas a partir de las cadenas en el caso de una sola emisora).

Con todas estas limitaciones, se puede decir que la elección de los días sobre los que se realizó el análisis de las posibles tendencias estigmatizadoras de los medios de comunicación constituye un período de conveniencia suficientemente representativo de la realidad informativa de nuestro entorno.

El período finalmente elegido fue del lunes 11 al domingo 24 de abril de 2005, ambos inclusive. Durante estas dos semanas hubo dos sucesos que acapararon gran parte de los contenidos de la prensa. Éstos fueron, por una parte, la muerte del príncipe Rainiero III de Mónaco y, por otro, el complicado proceso sucesorio abierto tras la muerte del Papa Juan Pablo II.

Los días, medios y programas muestreados quedan reflejados en la Tabla 9.4.

**Tabla 9.4: Medios y días muestreados.**

Medio	Periódico /Programa	L 11	M 12	X 13	J 14	V 15	S 16	D 17	L 18	M 19	X 20	J 21	V 22	S 23	D 24	
Periódicos	<i>El País</i>	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
	<i>El Mundo</i>	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
	<i>ABC</i>	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
Radio	SER	<i>Hoy por Hoy</i>	x	x	x	x	x			x	x	x	x			
		<i>Matinal SER</i>						x	x						x	x
		<i>El Foro</i>	x	x	x	x	x			x		x	x	x		
	COPE	<i>La mañana</i>	x	x	x	x	x	x	x	x	∅	x	x	x	∅	∅
	Onda Cero	<i>La brújula</i>	∅	x	x	x	x	∅	∅	∅	x	x	x	x	∅	∅
	RNE 1	<i>España a las 8</i>	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Tele 5	<i>Noticias</i>	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Antena 3	<i>Noticias</i>	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
TV	TVE 1	<i>Telediario</i>	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
		<i>Gente</i>							x		x					
	Telemadrid	<i>Telenoticias</i>	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
	<i>Sucedió en Madrid</i>	x							x							

Sombreado: No hubo emisión del programa.

x: Informaciones disponibles.

∅: No se dispone de los contenidos por cambios en la emisión o problemas en la grabación.

**c) Unidad informativa.**

La unidad de análisis que se ha utilizado en este estudio es la “unidad informativa”, entendiéndose por tal cualquier texto oral o escrito precedido de titular. Esto implica que se han tomado en consideración tanto noticias como entrevistas, artículos de opinión (caso de la prensa escrita), crónicas, etc. El concepto de unidad informativa permite incorporar las diversas tipologías informativas que se ofrecen en los medios de comunicación.

El principal parámetro de medida empleado ha sido la frecuencia de unidades informativas. Para complementar el análisis, en el caso de la radio y la televisión, se ha considerado también el tiempo empleado por las unidades informativas.

**d) Contenidos incluidos en el muestreo.**

Los periódicos y los informativos de radio y televisión presentan algunas diferencias que es necesario señalar. Aparte de diferencias obvias como que en los primeros el canal es únicamente visual, en la radio es exclusivamente sonoro, y en televisión es tanto auditivo como visual, existen otras diferencias importantes. En un periódico, el número de unidades informativas diario es bastante más elevado que en los otros dos medios, los cuales tienen una extensión más limitada, y aparecen informaciones que en ningún caso se asoman a la radio o televisión. Además, éstas aparecen claramente adscritas a secciones, no siempre iguales pero sí muy similares en los distintos rotativos. También hay que destacar que sus editoriales y artículos de opinión no tienen paralelismo exacto en radio y televisión.

Por otro lado, los informativos de radio apenas incluyen entre sus contenidos unidades informativas relacionadas con el deporte, ya que es habitual que en las distintas cadenas haya programas específicos deportivos, a diferencia de lo que ocurre con los periódicos generalistas y en los informativos de televisión, que suelen dedicarle amplios espacios al deporte.

Una vez señalados estos matices diferenciales entre los distintos medios, se presentan los contenidos específicos de prensa, radio y televisión incluidos en el estudio.



## **Prensa**

De los tres periódicos seleccionados se analizaron prácticamente todos sus contenidos, con las únicas salvedades de: publicidad y anuncios, cartas de los lectores, cartelera, programación de televisión, pasatiempos, cotización de bolsa, esquelas, información meteorológica y suplementos especiales. Una vez descartados éstos, en la Tabla 9.5 se reflejan el número total de páginas y de unidades informativas analizadas.

**Tabla 9.5: Recuento del número de páginas y de unidades informativas de los contenidos de la prensa escrita incluidos en el análisis.**

Periódico	Páginas	Unidades informativas
<i>El País</i>	985	2.529
<i>El Mundo</i>	998	2.473
<i>ABC</i>	1.150	2.530
<b>Total</b>		<b>3.133</b>
<b>Total</b>		<b>7.532</b>

## **Radio**

Todos los contenidos de los programas de radio seleccionados para el estudio fueron objeto de análisis, prescindiendo únicamente de las cuñas publicitarias y la información meteorológica. El total estimado de minutos analizados de emisiones, una vez descontada la publicidad y la información meteorológica, fue de 3.079,34 minutos, como puede observarse en la Tabla 9.6 (junto con su desglose por programas).

**Tabla 9.6: Minutos de emisiones analizados (por programa y en total) en radio.**

Cadena	Programa	Minutos
<i>SER</i>	<i>Hoy por Hoy</i> (laborables)	537,00
	<i>Matinal SER</i> (fines de semana)	225,48
<i>COPE</i>	<i>El Foro</i>	341,37
	<i>La mañana</i>	860,73
<i>Onda Cero</i>	<i>La brújula</i>	479,16
<i>RNE I</i>	<i>España a las 8</i>	635,60
<b>TOTAL</b>		<b>3.079,34</b>

Para la estimación en el caso de *La Brújula* (*Onda Cero*), *El Foro* y *Hoy por Hoy* (ambos de la *Cadena SER*), programas sin emisión durante los fines de semana, se cronometraron dos días y el resultado de la medición se extrapolaron a la totalidad de

días de emisión. En el caso de *La Mañana (COPE)* y *España a las Ocho (RNE 1)*, programas ambos diarios, se midió su duración durante dos días de entre semana y uno de fin de semana, y con este resultado se estimó el tiempo empleado la totalidad de los días de emisión. En el caso de *Matinal SER (SER)*, programa sólo de fin de semana, se cronometró una de sus emisiones y el resultado se extrapola a las cuatro totales. En todos los casos, los días cronometrados que sirvieron de base para la estimación de la duración total fueron seleccionados aleatoriamente.

### **Televisión**

Los informativos de televisión seleccionados se analizaron en su práctica totalidad, con la única excepción de la previsión meteorológica y prescindiendo, como en los otros dos medios, de los cortes publicitarios. Un resumen de las cadenas, programas y estimación de los minutos estudiados figura en la Tabla 9.7.

**Tabla 9.7: Estimación de los minutos de emisiones analizadas (por programas y total) en televisión.**

<b>Cadena</b>	<b>Programa</b>	<b>Minutos</b>
<i>Tele 5</i>	<i>Noticias 20,30 horas</i>	504,18
<i>Antena 3</i>	<i>Noticias 21 horas</i>	598,09
<i>TVE 1</i>	<i>Telediario 21 horas</i>	638,67
<i>Telemadrid</i>	<i>Telenoticias 20,30 horas</i>	430,68
<b>TOTAL 1</b>		<b>2.171,62</b>
<i>TVE 1</i>	<i>Gente</i>	44,01
<i>Telemadrid</i>	<i>Sucedió en Madrid</i>	69,26
<b>TOTAL 2</b>		<b>113,27</b>
<b>TOTAL (1+2)</b>		<b>2.284,89</b>

Para la estimación de los minutos de emisión analizadas se procedió como en el caso de la radio, esto es, se cronometraron un número determinado de programas, descontando publicidad e información meteorológica, y el resultado se extrapola a la totalidad. En el caso de los informativos de *Tele 5*, *Antena 3*, *TVE 1* y *Telemadrid* se midió su duración durante dos días laborables y dos de fin de semana (elegidos al azar), mientras que para los programas *Gente* y *Sucedió en Madrid* se cronometró una emisión de cada uno (escogida también al azar) y el resultado se extrapola a la otra.

#### **9.2.1.2. Análisis de datos.**

Una vez expuesto el procedimiento de muestreo seguido en el estudio, en este segundo punto metodológico se aborda el plan de análisis de los datos. Para

profundizar en el análisis de la información recogida se ha considerado preciso efectuar tres tipos de análisis descriptivos: clasificación de las unidades informativas, análisis de frecuencias y análisis de los contenidos. A continuación se describe en cada uno de ellos.

#### a) Clasificación de las unidades informativas.

Para la determinación de los criterios de selección de las unidades informativas se utilizó como punto de referencia fundamental la prensa. Los contenidos de los periódicos fueron sometidos a un análisis con el fin de seleccionar todas aquellas unidades informativas que incluyesen en su texto palabras o expresiones psicológicas y/o psiquiátricas, o bien palabras o expresiones del lenguaje común habitualmente utilizadas para referirse a la salud mental de las personas. Para este fin, se elaboró por parte del equipo investigador un listado inicial lo más exhaustivo posible de términos y expresiones susceptibles de aparecer en las unidades informativas de los distintos diarios y en función de esa lista de 368 términos se procedió a hacer una primera selección y se incluyeron también otras unidades informativas que no estaban inicialmente pero que sí eran de interés. Las unidades informativas resultantes de esta selección inicial fueron escrutadas posteriormente para descartar aquéllas que finalmente no se ajustasen plenamente a los objetivos propuestos. Con los criterios de selección ya ajustados se procedió al análisis de los informativos de radio y televisión.

Finalmente, el total de informaciones seleccionadas fueron clasificadas en las cinco categorías que se presentan en la Tabla 9.8, junto con su descripción.

**Tabla 9.8: Categorías de las unidades informativas.**

Categoría	Descripción
0	<b>Sin relación</b> (unidades informativas, únicamente de los periódicos, inicialmente seleccionadas pero descartadas en un segundo momento de análisis).
A	Unidades informativas que incluyen <b>términos o expresiones psicológicas aplicadas a situaciones u objetos.</b>
B	Unidades informativas que incluyen <b>términos o expresiones psicológicas aplicados a personas o grupos</b> y unidades informativas sobre <b>salud mental general.</b>
C	Unidades informativas que incluyen <b>términos o expresiones relacionadas con enfermedad mental grave y persistente</b> (las que hacen referencia a la esquizofrenia y otros cuadros psicóticos así como a sus síntomas) <b>aplicadas a situaciones u objetos.</b>
D	Unidades informativas que incluyen <b>términos o expresiones relacionadas con enfermedad mental grave y persistente</b> (las que hacen referencia a la esquizofrenia y otros cuadros psicóticos así como a sus síntomas) <b>aplicadas a personas o grupos</b> y unidades informativas sobre <b>enfermedad mental crónica.</b>

Las categorías anteriormente descritas fueron concebidas como categorías de distinto rango y han sido presentadas siguiendo un orden ascendente. Dado que muchas de las unidades informativas analizadas podían ser incluidas en más de una categoría, cuando se produjo esta circunstancia se optó por encuadrarlas en la de mayor rango.

#### **b) Análisis de frecuencias.**

Una vez establecida la clasificación de las unidades informativas en función de las categorías anteriormente descritas, se ha diseñado un análisis descriptivo de frecuencias, tanto a nivel global como en función del medio de comunicación:

- (a) Análisis de frecuencias global: Se analiza el número de unidades informativas asignadas a cada una de las categorías, especificando el número correspondiente a cada periódico, programa de radio y programa de televisión.
- (b) Análisis de frecuencias en prensa: Se analiza el número de unidades informativas asignadas a cada una de las categorías y su porcentaje tanto de forma global como separadas por categorías y periódicos.
- (c) Análisis de frecuencias en radio: En este caso se analiza el tiempo dedicado a las unidades informativas asignadas a cada una de las categorías y el porcentaje que suponen sobre el total de minutos de cada programa y sobre el total de tiempo de radio analizado.
- (d) Análisis de frecuencias en televisión: Se analiza el tiempo dedicado a las unidades informativas asignadas a cada una de las categorías y el porcentaje que suponen sobre el total de minutos de cada programa y sobre el total de tiempo de televisión analizado.

#### **c) Análisis de contenidos.**

El tercer paso en el análisis de la información recogida implica examinar el contenido específico de las unidades informativas de las categorías C y D, es decir, de las unidades informativas que incluyen términos o expresiones relacionados con enfermedad mental crónica y que, por ello, suponen el principal foco de interés en este estudio.

Para realizar este análisis de contenidos se ha establecido el siguiente esquema de análisis:

- (a) Análisis de los términos empleados: Se determinarán cuáles son los términos o expresiones relacionados con la enfermedad mental grave y persistente que incluyen dichas unidades informativas.
- (b) Análisis de secciones: Se examinará en qué sección se ubican estas unidades informativas. Puesto que en el caso de la radio y la televisión las unidades informativas no aparecen claramente adscritas a una u otra sección, este análisis únicamente se efectuará con las informaciones de los periódicos.
- (c) Análisis temático de las unidades informativas: Se analizará el tipo de temas que se tratan en las unidades informativas que contienen términos o expresiones relacionados con la enfermedad mental grave y persistente.
- (d) Análisis de jueces: El último tipo de análisis de contenido consiste en la valoración de las unidades informativas por parte de jueces, en cuanto a la calidad de la información de cada unidad informativa (si contiene información errónea sobre la enfermedad mental), al uso de estereotipos (si la unidad informativa está ligada a alguno/s de los estereotipos más habitualmente asociados a la enfermedad mental grave y persistente), y a si la unidad informativa resulta estigmatizadora.
- (e) Para ello se ha contado con la colaboración de nueve jueces independientes, todos ellos licenciados en Psicología y especializados en salud mental, y sin relación con este estudio. Los jueces fueron reunidos y se les facilitó una copia de las unidades informativas pertenecientes a las categorías C y D (en el caso de prensa escrita los textos completos y, en el de radio y televisión, transcripciones literales de los fragmentos seleccionados), debidamente numeradas. En la hoja de instrucciones figuraban una breve definición del concepto de estigma y los estereotipos frecuentemente asociados a éste, y cada juez debía valorar seis aspectos de cada unidad informativa en un formato de respuesta Sí/No: la presencia de información errónea sobre la enfermedad mental, la presencia del estereotipo de peligrosidad, del estereotipo de responsabilidad, del estereotipo de impredecibilidad, del estereotipo de incompetencia, y si la unidad informativa resultaba estigmatizadora.

## **9.2.2 Resultados.**

A continuación se presenta el conjunto de resultados obtenidos en el presente estudio de medios de comunicación. Siguiendo el esquema trazado en el apartado de análisis de datos, se describen primero los resultados obtenidos a través del análisis de frecuencias y, en segundo lugar, los resultados derivados del análisis de los contenidos de las unidades informativas.

### **9.2.2.1. Resultados del análisis de frecuencias.**

#### **a) Frecuencias globales.**

Los primeros resultados que van a presentarse son los referidos a las frecuencias de las unidades informativas asignadas a cada una de las categorías anteriormente descritas (véase Tabla 9.9). Debe señalarse que no se presenta un total global de unidades informativas para todos los medios, debido a que la categoría 0 sólo se aplicó a los periódicos (unidades informativas inicialmente seleccionadas pero descartadas en un segundo momento de análisis). La suma total de unidades informativas en prensa es de 625 unidades informativas, considerando todas las categorías. La cifra se sitúa en 409 unidades informativas si excluimos aquellas pertenecientes a la categoría 0. En radio, las unidades informativas consideradas suman 50 y en televisión la cifra es de 57 unidades informativas.

Tabla 9.9: Número de unidades informativas de cada categoría.

			Categoría de la unidad informativa					Total
			0	A	B	C	D	
<b>PRENSA</b>		<i>El País</i>	99	61	36	43	33	272
		<i>El Mundo</i>	30	27	31	48	36	172
		<i>ABC</i>	87	24	25	28	17	181
<b>RADIO</b>	<i>Cadena SER</i>	<i>Hoy por Hoy Matinal</i>	-	0	5	2	3	10
		<i>El Foro</i>	-	3	4	3	0	10
	<i>Cadena COPE</i>	<i>La mañana</i>	-	0	9	5	6	20
	<i>Onda Cero</i>	<i>La Brújula</i>	-	0	2	1	2	5
	<i>RNE 1</i>	<i>España a las 8</i>	-	1	2	0	2	5
<b>TV</b>	<i>Tele 5</i>	<i>Noticias 20:30 h.</i>	-	2	1	1	4	8
	<i>Antena 3</i>	<i>Noticias 21 h.</i>	-	3	4	2	7	16
	<i>TVE 1</i>	<i>Telediario 21 h.</i>	-	0	7	0	5	12
		<i>Gente</i>	-	0	2	0	0	2
	<i>Telemadrid</i>	<i>Noticias 20:30 h.</i>	-	4	8	1	2	15
		<i>Sucedió en Madrid</i>	-	0	1	1	2	4
<b>Total</b>			<b>216</b>	<b>125</b>	<b>137</b>	<b>135</b>	<b>119</b>	

Como muestra la tabla, el mayor número de unidades informativas se engloba dentro de la categoría B, esto es, aparecen términos o expresiones psicológicas aplicados a personas o grupos y unidades informativas sobre salud mental general (137 unidades informativas) y dentro de la categoría C, donde aparecen términos o expresiones relacionadas con enfermedad mental grave y persistente aplicadas a situaciones u objetos (135 unidades informativas).

Si atendemos a las categorías comunes en prensa, radio y televisión (A, B, C y D) podemos observar que el número de unidades informativas en prensa resulta bastante superior al de los otros dos medios de comunicación. Puesto que el método para el análisis de las unidades informativas difiere de unos medios a otros, a continuación se presentan en apartados distintos los datos correspondientes a prensa, radio y televisión.

#### b) Frecuencias en prensa.

Para facilitar la comprensión de los datos presentados, en la Tabla 9.10 se reflejan los pasos seguidos en el proceso de selección y clasificación de las informaciones sometidas a análisis en la prensa. Como se puede ver, el porcentaje de unidades informativas que incluyen algún término psicológico y/o psiquiátrico o palabras del lenguaje común habitualmente utilizadas para referirse a la salud mental de las

personas es del 5,43% (409 unidades informativas). En muchos casos, los términos que aparecen en la unidad informativa, aunque propios del ámbito psicológico o psiquiátrico, no están relacionados directamente con la enfermedad mental grave y persistente. Si se tienen en cuenta únicamente las unidades informativas que incluyen términos o expresiones relacionadas con enfermedad mental crónica (las que hacen referencia a la esquizofrenia y otros cuadros psicóticos así como a sus síntomas) el porcentaje se sitúa en un 2,72%, lo que supone 205 unidades informativas. Si atendemos al reparto por periódicos, puede apreciarse que *El Mundo* y *El País* incluyen un mayor número de este tipo de unidades informativas que el *ABC*.

Tabla 9.10: Evolución del proceso de selección y clasificación de las unidades informativas en prensa escrita. Número de unidades informativas y porcentaje (entre paréntesis) sobre el total de ese periódico y sobre la totalidad de las unidades informativas de los tres periódicos.

	Paso 1º		Paso 2º		Paso 3º		Paso 4º	
	Nº informativas analizadas	unidades	Nº unidades inicial-mente categorías 0,A,B,C y D (%)	informativas seleccionadas:	Nº unidades de categorías A,B,C y D (%)	informativas de categorías C y D (%)	Nº unidades de categorías C y D (%)	
<i>El País</i>	2.529		272 (10,76)		173 (6,84)		76 (3,01)	
<i>El Mundo</i>	2.473		172 (6,96)		142 (5,74)		84 (3,40)	
<i>ABC</i>	2.530		181 (7,15)		94 (3,71)		45 (1,78)	
TOTAL	7.532		625 (8,30)		409 (5,43)		205 (2,72)	

En la Tabla 9.11 queda recogido el número de unidades informativas seleccionadas en cada una de la categorías, incluyendo aquellas que componen la categoría 0, esto es, las que fueron incluidas en un primer momento pero descartadas en un segundo análisis. También aparece calculado su porcentaje sobre el número total de unidades informativas analizadas en cada uno de los periódicos y en total. Como muestra la tabla, las unidades informativas correspondientes a estas cinco categorías representan un 8,30% sobre el total de unidades informativas analizadas en la prensa escrita. El mayor número de unidades informativas se engloba dentro de la categoría C, es decir, aparecen términos o expresiones relacionadas con enfermedad mental grave y persistente aplicadas a situaciones u objetos (119 unidades informativas), seguida de la categoría A, esto es, se incluyen términos o expresiones psicológicas aplicadas a situaciones u objetos (112 unidades informativas).



**Tabla 9.11: Número de unidades informativas en cada categoría y porcentaje (entre paréntesis) sobre el número total de unidades informativas analizadas en cada periódico y en total.**

PERIÓDICO (Nº unidades informativas analizadas)	Categoría de la unidad informativa					TOTAL (%)
	0 Número (%)	A Número (%)	B Número (%)	C Número (%)	D Número (%)	
<i>El País</i> (n=2.529)	99 (3,91)	61 (2,41)	36 (1,42)	43 (1,70)	33 (1,30)	272 (10,76)
<i>El Mundo</i> (n=2.473)	30 (1,21)	27 (1,09)	31 (1,25)	48 (1,94)	36 (1,46)	172 (6,96)
<i>ABC</i> (n=2.530)	87 (3,44)	24 (0,95)	25 (0,99)	28 (1,11)	17 (0,67)	181 (7,15)
<b>TOTAL</b> (n=7.532)	<b>216</b> <b>(2,87)</b>	<b>112</b> <b>(1,49)</b>	<b>92</b> <b>(1,22)</b>	<b>119</b> <b>(1,58)</b>	<b>86</b> <b>(1,14)</b>	<b>625</b> <b>(8,30)</b>

### c) Frecuencias en radio.

De forma paralela a como se ha hecho en el apartado anterior, en la Tabla 9.12 se reflejan los pasos seguidos en el proceso de selección y clasificación de las informaciones sometidas a análisis. Como se puede apreciar, el tiempo dedicado a unidades informativas que incluyen términos psicológicos y/o psiquiátricos o palabras del lenguaje común habitualmente utilizadas para referirse a la salud mental de las personas supone el 2,20% del tiempo informativo total. Si se tienen en cuenta únicamente las unidades informativas de las categorías C y D, esto es, las que incluyen términos relacionados con la enfermedad mental grave y persistente, suponen el 1,29% del tiempo informativo total.

**Tabla 9.12: Evolución del proceso de selección y clasificación de las unidades informativas de radio. Número de minutos y porcentaje (entre paréntesis) sobre el total de ese programa y sobre la totalidad del tiempo analizado de todos los programas.**

CADENA	PROGRAMA	Paso 1º		Paso 2º		Paso 3º	
		Nº analizados	minutos	Nº minutos de informativas A,B,C y D (%)	unidades	Nº minutos de informativas C y D (%)	unidades
SER	<i>Hoy por Hoy</i>	762,48		11,26	(1,48)	8,46	(1,11)
	<i>Matinal</i>						
	<i>El Foro</i>	341,37		23,47	(6,87)	4,82	(1,41)
COPE	<i>La mañana</i>	860,73		24,20	(2,81)	21,25	(2,47)
Onda Cero	<i>La Brújula</i>	479,16		3,13	(0,65)	2,40	(0,50)
RNE 1	<i>España a las 8</i>	635,60		5,76	(0,91)	2,81	(0,44)
	<b>TOTAL</b>	<b>3079,34</b>		<b>67,82</b>	<b>(2,20)</b>	<b>39,74</b>	<b>(1,29)</b>

En la Tabla 9.13 se presenta el tiempo dedicado a cada una de las categorías anteriormente descritas y el porcentaje que suponen sobre el total de minutos analizados de cada programa y sobre el total de tiempo de radio analizado. Hay que tener en cuenta que los programas *Hoy por Hoy* y *El Matinal*, de la *Cadena SER*, se consideran conjuntamente dado que el segundo es el equivalente al primero en los días de fin de semana. La tabla revela que el tiempo dedicado a las cuatro categorías establecidas representa un 2,20% del tiempo total de radio analizado. El mayor número de minutos corresponde a la categoría D (24,86 minutos), es decir, se trata de unidades informativas que incluyen términos o expresiones relacionadas con enfermedad mental grave y persistente aplicadas a personas o grupos y unidades informativas sobre enfermedad mental grave y persistente. En segundo lugar, aparecen las unidades informativas de la categoría B (23,75 minutos), es decir, donde se incluyen términos o expresiones psicológicas aplicados a personas o grupos y unidades informativas sobre salud mental general.

**Tabla 9.13: Minutos de unidades informativas de cada categoría, porcentaje sobre el tiempo total de cada programa, y porcentaje sobre el tiempo total analizado en radio (porcentajes entre paréntesis).**

CADENA	PROGRAMA (Nº minutos analizados)	Categoría de la unidad informativa				TOTAL Minutos (%)
		A Minutos (%)	B Minutos (%)	C Minutos (%)	D Minutos (%)	
SER	<i>Hoy por Hoy</i>	0,00	2,80	1,27	7,19	11,26
	<i>Matinal</i>	(0,00)	(0,37)	(0,17)	(0,94)	(1,48)
	(Minutos= 762,48)					
	<i>El Foro</i>	3,35	15,30	4,82	0,00	23,47
	(Minutos= 341,37)	(0,98)	(4,48)	(1,41)	(0,00)	(6,87)
COPE	<i>La mañana</i>	0,00	2,95	8,32	12,93	24,20
	(Minutos= 860,73)	(0,00)	(0,34)	(0,97)	(1,50)	(2,81)
Onda Cero	<i>La Brújula</i>	0,00	0,73	0,47	1,93	3,13
	(Minutos= 479,16)	(0,00)	(0,15)	(0,10)	(0,40)	(0,65)
RNE 1	<i>España a las 8</i>	0,98	1,97	0,00	2,81	5,76
	(Minutos= 635,60)	(0,15)	(0,31)	(0,00)	(0,44)	(0,91)
	<b>TOTAL</b>	<b>4,33</b>	<b>23,75</b>	<b>14,88</b>	<b>24,86</b>	<b>67,82</b>
	(Minutos= 3079,34)	<b>(0,14)</b>	<b>(0,77)</b>	<b>(0,48)</b>	<b>(0,81)</b>	<b>(2,20)</b>

Además de describir el tiempo dedicado a estas unidades informativas, resulta interesante examinar su número. En la Tabla 9.14 figuran tanto el número de unidades informativas de las categorías A, B, C y D como el número de unidades informativas pertenecientes específicamente a las categorías C y D. La tabla muestra que se contabilizaron 50 unidades informativas en radio con términos psicológicos y/o psiquiátricos o con palabras del lenguaje común habitualmente utilizadas para referirse a la salud mental de las personas. Si se tienen en cuenta únicamente las unidades informativas de las categorías C y D, esto es, las que incluyen términos relacionados con la enfermedad mental grave y persistente, aparecieron 24 unidades informativas

**Tabla 9.14: Número de unidades informativas y porcentaje (entre paréntesis) sobre el total de unidades informativas seleccionadas en radio.**

CADENA	PROGRAMA	Nº de unidades informativas A, B, C y D (%)	Nº de unidades informativas C y D (%)
SER	<i>Hoy por Hoy Matinal</i>	10	5
	<i>El Foro</i>	10	3
COPE	<i>La mañana</i>	20	11
<i>Onda Cero</i>	<i>La Brújula</i>	5	3
RNE 1	<i>España a las 8</i>	5	2
<b>TOTAL</b>		<b>50</b>	<b>24</b>

#### d) Frecuencias en televisión.

Para el análisis de las informaciones aparecidas en la televisión que incluyan en sus contenidos términos o expresiones relacionados con la psicología y/o la psiquiatría se ha utilizado, al igual que en el caso de la radio, el tiempo relativo dedicado a este tipo de unidades informativas. Van a presentarse por separado los datos correspondientes a los informativos de las cuatro cadenas muestreadas de los datos procedentes de los programas *Gente* y *Sucedió en Madrid*, ya que estos dos últimos no se ajustan a los noticiarios “al uso” sino que se pueden más bien considerar como programas de sucesos.

## **Informativos**

De modo similar a como se ha hecho en el caso de la prensa escrita y la radio, en la Tabla 9.15 se reflejan los pasos seguidos en el proceso de selección y clasificación de las unidades informativas de televisión. Puede verse que el tiempo total dedicado a las informaciones de las cuatro categorías es de 92,13 minutos, lo que supone un 4,24% de la totalidad del tiempo analizado. Si se tienen en cuenta únicamente las unidades informativas que incluyen términos relacionados con la enfermedad mental grave y persistente (categorías C y D), el tiempo es de 44,62 minutos (2,05%).

**Tabla 9.15: Evolución del proceso de selección y clasificación de las unidades informativas de los informativos de televisión. Número de minutos y porcentaje (entre paréntesis) sobre el total de ese programa y sobre la totalidad del tiempo analizado de todos los programa.**

Cadena	Programa	Paso 1°	Paso 2°	Paso 3°
		Nº minutos analizados	Nº minutos de unidades informativas A, B, C y D (%)	Nº minutos de unidades informativas C y D (%)
<i>Tele 5</i>	<i>Noticias 20:30 h.</i>	504,18	13,30 (2,64)	8,75 (1,73)
<i>Antena 3</i>	<i>Noticias 21 h.</i>	598,09	35,04 (5,86)	20,29 (3,39)
<i>TVE 1</i>	<i>Telediario 21 h.</i>	638,67	21,61 (3,38)	10,60 (1,66)
<i>Telemadrid</i>	<i>Telenoticias 20:30 h.</i>	430,68	22,18 (5,15)	5,38 (1,25)
<b>TOTAL</b>		2171,62	92,13 (4,24)	44,62 (2,05)

En la Tabla 9.16 se recogen las mediciones de los tiempos dedicados a unidades informativas que incluían entre sus contenidos términos psicológicos y/o psiquiátricos o palabras del lenguaje común habitualmente utilizadas para referirse a la salud mental de las personas, especificando los porcentajes sobre el total de minutos analizados de cada informativo y sobre el total de tiempo analizado. Como ya se ha comentado, el tiempo dedicado a las cuatro categorías establecidas representa un 4,24% del tiempo total analizado de informativos de televisión. El mayor número de minutos corresponde a la categoría B (41,54 minutos), es decir, unidades informativas que incluyen términos psicológicos aplicados a personas y unidades informativas sobre salud mental general, seguida por la categoría D (39,12 minutos), esto es, unidades informativas que incluyen términos relacionados con enfermedad mental crónica aplicados a personas y unidades informativas sobre enfermedad mental grave y persistente.

**Tabla 9.16: Minutos de unidades informativas de cada categoría, porcentaje sobre el tiempo total de cada programa, y porcentaje sobre el tiempo total analizado en informativos de televisión (porcentajes entre paréntesis).**

CADENA	PROGRAMA (Nº analizados)	Categoría de la unidad informativa					TOTAL Minutos (%)
		minutos	A Minutos (%)	B Minutos (%)	C Minutos (%)	D Minutos (%)	
<i>Tele 5</i>	<i>Noticias 20:30 h.</i> (Minutos=504,18)		1,82 (0,36)	2,73 (0,54)	1,43 (0,28)	7,32 (1,45)	13,30 (2,64)
<i>Antena 3</i>	<i>Noticias 21 h.</i> (Minutos=598,09)		3,75 (0,63)	11,00 (1,84)	3,77 (0,63)	16,52 (2,76)	35,04 (5,86)
<i>TVE 1</i>	<i>Telediario 21 h.</i> (Minutos=638,67)		0,00 (0,00)	11,01 (1,72)	0,00 (0,00)	10,60 (1,66)	21,61 (3,38)
<i>Telemadrid</i>	<i>Telenoticias 20:30 h.</i> (Minutos=430,68)		0,00 (0,00)	16,80 (3,90)	0,70 (0,16)	4,68 (1,09)	22,18 (5,15)
	<b>TOTAL</b> (Minutos=2.171,62)		5,57 (0,26)	41,54 (1,91)	5,90 (0,27)	39,12 (1,80)	92,13 (4,24)

Además de examinar el tiempo dedicado a las unidades informativas, resulta interesante analizar su número. En la Tabla 9.17 queda recogido tanto el número de unidades informativas pertenecientes a las cuatro categorías como el número de unidades informativas pertenecientes a las categorías C y D. En los informativos televisivos se contabilizaron 38 unidades informativas con términos psicológicos y/o psiquiátricos o con palabras del lenguaje común habitualmente utilizadas para referirse a la salud mental de las personas. Si únicamente se tienen en cuenta las unidades informativas de las categorías C y D, esto es, las que incluyen términos relacionados con la enfermedad mental grave y persistente, se contabilizaron 22 unidades informativas.

**Tabla 9.17: Número de unidades informativas y porcentaje (entre paréntesis) sobre el total de unidades informativas seleccionadas en informativos de televisión.**

Cadena	Programa	Nº de unidades informativas A, B, C y D (%)	Nº de unidades informativas C y D (%)
<i>Tele 5</i>	<i>Noticias 20:30 h.</i>	8	5
<i>Antena 3</i>	<i>Noticias 21 h.</i>	16	9
<i>TVE 1</i>	<i>Telediario 21 h.</i>	12	5
<i>Telemadrid</i>	<i>Telenoticias 20:30 h.</i>	2	3
	<b>TOTAL</b>	<b>38</b>	<b>22</b>

**“Gente” y “Sucedió en Madrid”**

Al igual que se ha hecho en las secciones anteriores, en la Tabla 9.18 se refleja el proceso seguido en la selección de las unidades informativas de los programas de televisión de *Gente* y *Sucedió en Madrid*. Como se puede ver, el tiempo que estos dos programas dedicaron a unidades informativas que incluyen términos relacionados con la psicología y/o psiquiatría o términos del lenguaje común habitualmente utilizados para referirse a la salud mental es de 25,46 minutos, lo que supone un 22,48% del tiempo total de emisión analizado. Si se tienen en cuenta únicamente las unidades informativas de las categorías C y D, esto es, las que abordan temas de enfermedad mental grave y persistente o contienen términos relativos a ella, su duración ha sido de 13,08 minutos, lo que supone un 11,55% del tiempo informativo total.

**Tabla 9.18: Evolución del proceso de selección y clasificación de las unidades informativas de los programas de televisión *Gente* y *Sucedió en Madrid*. Número de minutos y porcentaje (entre paréntesis) sobre el total de ese programa y sobre la totalidad del tiempo analizado de todos los programas.**

CADENA	PROGRAMA	Paso 1º		Paso 2º		Paso 3º	
		Nº analizados	minutos	Nº minutos de unidades informativas A, B, C y D (%)	informativas	Nº minutos de unidades informativas C y D (%)	informativas C y D
<i>TVE 1</i>	<i>Gente</i>	44,01		9,30 (21,13)		0,00 (0,00)	
<i>Telemadrid</i>	<i>Sucedió en Madrid</i>	69,26		16,16 (23,33)		13,08 (0,19)	
	<b>TOTAL</b>	<b>113,27</b>		<b>25,46 (22,48)</b>		<b>13,08 (11,55)</b>	

En la Tabla 9.19 se recogen las mediciones de los tiempos dedicados en *Gente* y *Sucedió en Madrid* a unidades informativas que incluían términos psicológicos y/o psiquiátricos o palabras del lenguaje común habitualmente utilizadas para referirse a la salud mental de las personas, especificando los porcentajes sobre el total de minutos analizados de cada programa y sobre el total de tiempo analizado. El tiempo dedicado a las cuatro categorías establecidas representa un 22,48% del tiempo total analizado de estos dos programas. El mayor número de minutos corresponde a la categoría B (12,38 minutos), es decir, unidades informativas que incluyen términos psicológicos aplicados a personas y unidades informativas sobre salud mental general, seguida por la categoría D (9,43 minutos), esto es, unidades informativas que incluyen términos

relacionados con enfermedad mental grave y persistente aplicados a personas y unidades informativas sobre enfermedad mental crónica

**Tabla 9.19: Minutos de unidades informativas de cada categoría, porcentaje sobre el tiempo total de cada programa, y porcentaje sobre el tiempo total analizado en los programas de televisión *Gente* y *Sucedió en Madrid* (porcentajes entre paréntesis).**

CADENA	PROGRAMA (Nº minutos analizados)	Categoría de la unidad informativa				TOTAL Minutos (%)
		A Minutos (%)	B Minutos (%)	C Minutos (%)	D Minutos (%)	
<i>TVE 1</i>	<b><i>Gente</i></b> (Minutos=44,01)	0,00 (0,00)	9,30 (21,13)	0,00 (0,00)	0,00 (0,00)	9,30 (21,13)
<i>Telemadrid</i>	<b><i>Sucedió en Madrid</i></b> (Minutos=69,26)	0,00 (0,00)	3,08 (4,45)	3,65 (5,26)	9,43 (13,61)	16,16 (23,33)
	<b>TOTAL</b> (Minutos=113,27)	0,00 (0,00)	12,38 (10,93)	3,65 (3,22)	9,43 (8,33)	25,46 (22,48)

Además de examinar el tiempo dedicado a las unidades informativas, resulta interesante analizar su número. En la Tabla 9.20 se recoge el número de unidades informativas pertenecientes a las cuatro categorías así como el número de unidades informativas pertenecientes a las categorías C y D. Puede observarse que en los programas de televisión *Gente* y *Sucedió en Madrid* aparecieron 6 unidades informativas que incluían términos psicológicos y/o psiquiátricos o palabras del lenguaje común habitualmente utilizadas para referirse a la salud mental de las personas. Si sólo se consideran las unidades informativas pertenecientes a las categorías C y D, se contabilizaron 3 unidades informativas, todas ellas en el programa *Sucedió en Madrid*.

**Tabla 9.20: Número de unidades informativas y porcentaje (entre paréntesis) sobre el total de unidades informativas seleccionadas en los programas de televisión *Gente* y *Sucedió en Madrid*.**

CADENA	PROGRAMA	Nº de unidades informativas A, B, C y D (%)	Nº de unidades informativas C y D (%)
<i>TVE 1</i>	<i>Gente</i>	2	0
<i>Telemadrid</i>	<i>Sucedió en Madrid</i>	4	3
	<b>TOTAL</b>	<b>6</b>	<b>3</b>

### **9.2.2.2. Resultados del análisis de contenidos.**

Los resultados obtenidos tras analizar el contenido de las unidades informativas de las categorías C y D se han estructurado en cuatro áreas: términos relacionados con la enfermedad mental grave y persistente empleados en dichas unidades informativas; secciones en las que se ubican las unidades informativas; temática de las unidades informativas; y valoración por parte de jueces de la calidad de la información, el uso de estereotipos y el estigma en cada unidad informativa. En los siguientes apartados se presentarán los principales resultados obtenidos en cada una de estas áreas.

#### **a) Términos empleados.**

El primer paso que se siguió para analizar los términos o expresiones relacionadas con la enfermedad mental grave y persistente que aparecen en las unidades informativas de las categorías C y D fue el de hacer un exhaustivo listado de los mismos. A partir de esta lista se recontaron las frecuencias con objeto de identificar aquellas palabras o expresiones que más habitualmente aparecen en los medios de comunicación. En la Tabla 9.21 se han recogido los términos o expresiones que han aparecido con mayor frecuencia en las unidades informativas de las categorías C y D, así como su número de apariciones. Únicamente figuran aquéllos con frecuencias de aparición superiores a 1.

Como puede observarse en la tabla, el término que visiblemente ha aparecido con mayor frecuencia en las unidades informativas de las categorías C y D es el de “loco/a/s” (107 ocasiones), aplicado tanto a objetos y situaciones como a personas. El segundo término más empleado es el de “locura” (48 ocasiones) y también aparece con cierta frecuencia el término “delirio” (28 ocasiones) y, en menor medida, “delirante” (18 ocasiones).



**Tabla 9.21: Términos o expresiones que han aparecido en las unidades informativas de las categorías C y D y frecuencias de aparición.**

<b>Término</b>	<b>N° apariciones</b>	<b>Término</b>	<b>N° apariciones</b>
loco/a/s	107	delirar (y formas verbales)	3
locura/s	48	alucinación/es	3
delirio/s	28	alucinar (y formas verbales)	3
delirante/s	18	clínica psiquiátrica	3
enloquecido/a/s	11	trastorno de personalidad	3
psicópata/s	11	alteración psíquica/psiquiátrica	3
cordura	10	trastornos psiquiátricos	3
disparate/s	8	paranoico/a	2
patología	8	desquiciado	2
irse/perder la cabeza	7	enajenado	2
lucidez	7	tarado	2
psicopático/a/s	7	chiflado	2
esquizofrenia	6	pirado	2
saber lo que se hace	6	orate	2
salud mental	6	insensato	2
enfermos mentales	6	desequilibrio psíquico/psiquiátrico	2
facultades mentales	5	insensatez	2
bipolar/es	5	estrambótico	2
alocado/a/s	4	lo que le pasó por la cabeza	2
esquizofrénico/a	4	sinrazón	2
histérico/a	4	cabal	2
demencia	4	despersonalización	2
enfermedad/es mental/es	4	autolesión	2
enloquecer (y formas verbales)	3	conducta alterada/rara	2
tocado	3	patológico	2
descerebrado	3	histeria	2
enajenación	3	psicosis	2
excéntrico	3	manicomio	2
disparatado	3	demente	2
lúcido/a	3	psicopatía	2
cuerdo/a	3	lobotomía	2
sensatez	3	incapacidad mental	2
sensato	3	trastorno mental	2
sano juicio	3	compulsiva	2
delirium	3		

Con el fin de profundizar en el análisis de la terminología empleada en estas unidades informativas, las 116 palabras o expresiones de listado inicial fueron agrupadas en 16 categorías tal y como queda reflejado en la Tabla 9.22.

**Tabla 9.22: Agrupación de términos aparecidos en las unidades informativas de las categorías C y D.**

Grupo	Términos y expresiones incluidos
1. Términos de la familia lingüística de locura	-loco/a/s, locura, locamente, -enloquecer, enloquecido/a/s -alocado/a/s
2. Términos diagnósticos relacionados con la enfermedad mental grave y persistente	-esquizofrenia, esquizofrénico -paranoico/a, paranoia -psicótico (brote, trastorno), psicosis
3. Términos relacionados con los síntomas positivos de la esquizofrenia	-delirar (y formas verbales), delirio, delirium, delirante -alucinación, alucinar - complejos de persecución
4. Términos relacionados con otros síntomas psicóticos	-estupor depresivo -despersonalización, alienada - disociar, ejercicio de desdoblamiento
5. Términos populares para la enfermedad mental crónica generalmente peyorativos	tarado, chiflado, sonaca, chalado, tocado, poseoso, pirado, pirado, crazy, orate, insensato, excéntrico, estrambótico, desquiciado, desequilibrado, trastornado, perturbado, enajenado, descerebrado
6. Sinónimos de enloquecer	irse/perder la cabeza, enajenarse, perder la salud mental
7. Sinónimos de locura/alocado	insensatez, sinrazón, disparate, disparatado, desvarío, enajenación
8. Antónimos de locura/loco	lúcido, lucidez, cordura, cuerdo, saber lo que se hace, cabal, sensatez, sano juicio, conservar el juicio, mentalmente competente, integridad psíquica, plenitud de facultades mentales, pleno uso de facultades mentales
9. Términos genéricos para designar enfermedad/enfermo mental	-desequilibrio, alteración, anomalía, problema/s, discapacidad, trastorno PSÍQUICO/PSIQUIÁTRICO/PSICOLÓGICO -problemas, enfermos, enfermedades, trastorno, incapacidad MENTAL/ES -deficiencias intelectuales
10. Términos relacionados con instituciones	-instituciones de salud mental -centro, clínica PSIQUIÁTRICO/A -manicomio
11. Términos relativos a los psicofármacos	narcoléptico, antipsicótico, neuroléptico, tranquilizantes, píldoras para dormir
12. Términos relacionados con procedimientos psiquiátricos	electroshock, lobotomía
13. Términos relacionados con las psicopatías (o trastornos de personalidad)	-psicopatía, psicopático, psicópata - trastorno antisocial de personalidad, trastorno de personalidad - alteración estructural de la personalidad
14. Términos relacionados con el tratamiento	tratamiento, asistencia, terapia PSIQUIÁTRICO/A
15. Otros términos relacionados con problemas psicológicos	-demente, demencia -episodio ciclotímico, trastorno bipolar -maníaco -obsesiones (neuróticas), obsesivamente, compulsiva -patológica, patología -ataques de desesperación -conducta alterada, conducta rara -histeria, histérico/a -autolesión -estado de shock
16. Otros	-salud mental, estado mental, facultades mentales -informes psíquicos -difícil saber lo que le pasó por la cabeza

Todas las unidades informativas catalogadas como pertenecientes a las categorías C y D han sido analizadas en función de las agrupaciones que se han señalado en la tabla anterior. El recuento de las unidades informativas que contienen términos de cada grupo (bien de uno o de varios), junto con el porcentaje correspondiente, se describe en la Tabla 9.23.

**Tabla 9.23: Frecuencias de unidades informativas de las categorías C y D con términos pertenecientes a cada agrupación y porcentajes (entre paréntesis) con respecto a cada categoría y en total.**

Grupo	Categoría C N=135 (%)	Categoría D N=119 (%)	Categorías C+D N=254 (%)
1. Términos de la familia lingüística de locura	59 (43,7)	58 (48,7)	117 (46,1)
2. Términos diagnósticos relacionados con la enfermedad mental crónica	13 (9,6)	3 (2,5)	16 (6,3)
3. Términos relacionados con los síntomas positivos de la esquizofrenia	37 (27,4)	4 (3,4)	41 (16,1)
4. Términos relacionados con otros síntomas psicóticos	4 (3,0)	1 (0,8)	5 (2,0)
5. Términos populares para la enfermedad mental crónica generalmente peyorativos	8 (5,9)	14 (11,8)	22 (8,7)
6. Sinónimos de enloquecer	2 (1,5)	6 (5,0)	8 (3,1)
7. Sinónimos de locura/alocado	7 (5,2)	2 (1,7)	9 (3,5)
8. Antónimos de locura/loco	17 (12,6)	13 (10,9)	30 (11,8)
9. Términos genéricos para designar enfermedad/enfermo mental	0 (0,0)	19 (16,0)	19 (7,5)
10. Términos relacionados con instituciones	1 (0,7)	4 (3,4)	5 (2,0)
11. Términos relativos a los psicofármacos	2 (1,5)	1 (0,8)	3 (1,2)
12. Términos relacionados con procedimientos psiquiátricos	1 (0,7)	2 (1,7)	3 (1,2)
13. Términos relacionados con las psicopatías (o trastornos de personalidad)	2 (1,5)	8 (6,7)	10 (3,9)
14. Términos relacionados con el tratamiento	2 (1,5)	2 (1,7)	4 (1,6)
15. Otros términos relacionados con problemas psicológicos	10 (7,4)	11 (9,2)	21 (8,3)
16. Otros	1 (0,7)	9 (7,6)	10 (3,9)

Tal y como indica la tabla anterior, los términos que más frecuentemente aparecen son aquéllos que han quedado encuadrados en la agrupación denominada “Términos de la familia lingüística de locura”. Este dato es así tanto para las unidades informativas de la categoría C (43,7%) como para las de la D (48,7%), y también si se consideran ambas conjuntamente (46,1%). Es decir, este tipo de palabras aparecen aplicadas tanto a situaciones u objetos como a personas o grupos. El siguiente grupo de palabras que aparece con mayor frecuencia (16,1% del total) es el agrupado como “Términos relacionados con los síntomas positivos de la esquizofrenia”. Si atendemos a los porcentajes específicos para cada categoría, resulta llamativo que generalmente estos términos no aparecen aplicados a personas ni en noticias dedicadas a la enfermedad mental grave y persistente (el porcentaje es de sólo un 3,4%), sino que aparecen mayoritariamente ligados a

situaciones u objetos (27,4%). El tercer grupo de palabras más habituales se refiere al grupo de “Antónimos de locura/loco”, cuya presencia es de un 11,8% considerando el total de unidades informativas. Este tipo de términos aparecen con una frecuencia bastante similar aplicados bien a situaciones y objetos (12,6%), o bien a personas y grupos (10,9%). Aunque en cuarto lugar por orden de frecuencia (8,7%), destaca el porcentaje de aparición de “Términos populares para la enfermedad mental crónica generalmente peyorativos”. En este caso, ese tipo de palabras y expresiones aparecen generalmente referidos a personas o grupos (11,8%), y no tanto a situaciones u objetos (5,9%). En conclusión, el análisis de la terminología empleada en este tipo de noticias revela que los términos empleados tienden a ser generales e inespecíficos, cuando no peyorativos. Con frecuencia se emplean como adjetivos, generalmente con contenido negativo. En muy contadas ocasiones se encuentran titulares con contenido positivo respecto a la enfermedad mental. En definitiva, se observa una tendencia a incluir términos técnicos relacionados con la enfermedad mental en el lenguaje cotidiano con significados negativos o como recurso literario o de estilo.

#### b) Ubicación por secciones.

Un segundo tipo de análisis de contenido que puede resultar interesante es el relativo a la sección en la que se ubican las unidades informativas que contienen términos o expresiones relacionados con la enfermedad mental grave y persistente. Dado que en el caso de la radio y la televisión las unidades informativas no aparecen claramente adscritas a una u otra sección, este análisis se ha realizado únicamente con las informaciones de los periódicos.

Los distintos periódicos manejan algunas secciones comunes, pero también hay otras idiosincrasias que no tienen un paralelismo exacto con las de otros rotativos. Las secciones de los distintos periódicos quedan recogidas en la Tabla 9.24.

**Tabla 9.24: Secciones de los distintos periódicos.**

SECCIÓN	<i>El País</i>	<i>El Mundo</i>	<i>ABC</i>
Cine	X		
Comunicación		X	X
Crónicas		X	
Cultura	X	X	X
Deportes	X	X	X
Documentos		X	
Domingo	X		
Economía	X	X	X
Espectáculos	X		X

Gente	X		X
Internacional <sup>1</sup>	X	X	X
Madrid	X	X	X
Nacional <sup>2</sup>	X	X	X
Opinión	X	X	X
Radio y Televisión <sup>3</sup>	X	X	X
Sábados			X
Salud		X	X
Sociedad <sup>4</sup>	X		X
Toros		X	X
Tribuna			X

X: Esa sección existe en dicho periódico.

<sup>1</sup> *El Mundo* llama a esta sección "Mundo".

<sup>2</sup> *El País* y *El Mundo* llaman a esta sección "España".

<sup>3</sup> En *El Mundo* esta sección es sólo de Televisión.

<sup>4</sup> *El País* incluye en esta sección las unidades informativas sobre Salud

Puede apreciarse que el número de secciones es muy elevado y, por tanto, complicado de manejar, y el hecho de no coincidir en los distintos periódicos dificulta la interpretación de los datos. Por ello se ha optado por agrupar dichas secciones en un número menor siguiendo un criterio de similitud (en algunos casos se han mantenido las originales). En la Tabla 9.25 se presentan las cinco secciones resultantes, aquí llamadas "Secciones agrupadas", junto con las secciones originales que las componen. También se recoge el número de unidades informativas de las categorías C y D de cada una de las secciones agrupadas y su correspondiente porcentaje.

**Tabla 9.25: Número de unidades informativas de las categorías C y D en prensa y porcentaje por sección agrupada (entre paréntesis) (n=205).**

Secciones agrupadas	Número de unidades informativas C (%)	Número de unidades informativas D (%)	Número de unidades informativas C y D (%)
<b>GENERALES</b>	38 (31,9)	40 (46,5)	78 (38,0)
- Madrid.	18 (15,1)	19 (22,1)	37 (18,0)
- Nacional.	10 (8,4)	10 (11,6)	20 (9,8)
- Internacional.	10 (8,4)	11 (12,8)	21 (10,2)
<b>CULTURA Y DEPORTES</b>	44 (37,0)	23 (26,7)	67 (32,7)
- Cultura, espectáculos, cine, toros, comunicación, radio y televisión.	33 (27,8)	15 (17,4)	48 (23,4)
- Deportes.	11 (9,2)	8 (9,3)	19 (9,3)
<b>OPINIÓN</b>	22 (18,5)	9 (10,5)	31 (15,1)
<b>SALUD Y SOCIEDAD</b>	4 (3,4)	6 (7,0)	10 (4,9)
<b>OTROS</b>	11 (9,2)	8 (9,3)	19 (9,3)
<b>TOTAL</b>	119 (100,0)	86 (100,0)	205 (100,0)

Esta tabla revela una distribución por secciones bastante indicativa. Aproximadamente el 70% de las unidades informativas que incluyen términos referidos a enfermedad mental grave y persistente aparecen publicadas en las secciones generales y de cultura y deportes. Se puede deducir un uso, al menos, excesivo, de este tipo de terminología (y muy frecuentemente, como se verá más adelante, con contenido estereotipado o estigmatizador). Las unidades informativas publicadas en salud o sociedad, secciones en principio más vinculadas a cuestiones sobre enfermedad mental, no llegan al 5%.

### c) Temática de las unidades informativas.

Un tercer análisis de interés consiste en examinar qué temas se tratan en aquellas unidades informativas que contienen términos o expresiones relacionados con la enfermedad mental grave y persistente. Tras revisar el conjunto de unidades informativas de las categorías C y D en prensa, radio y televisión para extraer los principales temas abordados en las mismas, se han identificado seis grandes áreas temáticas que se presentan en la Tabla 9.26.

**Tabla 9.26: Temática de las unidades informativas de las categorías C y D. Frecuencias y porcentajes (entre paréntesis) sobre el total de unidades informativas.**

Temática de la unidad informativa	Número de unidades informativas C (%)	Número de unidades informativas D (%)	Número de unidades informativas C y D (%)
<b>Enfermedad mental grave y persistente</b>	<b>0 (0,0)</b>	<b>6 (5,0)</b>	<b>6 (2,4)</b>
<b>Actos violentos y/o delictivos</b>	<b>1 (0,7)</b>	<b>38 (32,0)</b>	<b>39 (15,3)</b>
Una persona ha cometido un acto agresivo y se alude a presencia o ausencia de trastornos mentales	1 (0,7)	29 (24,4)	30 (11,8)
Se celebra un juicio y se alude a la presencia o ausencia de trastornos mentales	0 (0,0)	9 (7,6)	9 (3,5)
<b>Manifestaciones culturales y deportivas</b>	<b>57 (42,2)</b>	<b>36 (30,3)</b>	<b>93 (36,6)</b>
Argumento de una obra (literaria, teatral, cine...)	15 (11,1)	10 (8,4)	25 (9,8)
Estreno o crítica de una obra	16 (11,9)	4 (3,4)	20 (7,9)
Manifestación deportiva o taurina	12 (8,9)	8 (6,7)	20 (7,9)
Declaraciones de un artista o deportista	6 (4,4)	7 (5,9)	13 (5,1)
Cervantes y El Quijote	8 (5,9)	7 (5,9)	15 (5,9)
<b>Política</b>	<b>41 (30,4)</b>	<b>21 (17,6)</b>	<b>62 (24,4)</b>
Caso de un hospital	14 (10,4)	5 (4,2)	19 (7,5)
Euskadi y las elecciones vascas	10 (7,4)	3 (2,5)	13 (5,1)
Crisis política en Ecuador	2 (1,5)	8 (6,7)	10 (3,9)
Otras temas políticos	15 (11,1)	5 (4,2)	20 (7,9)
<b>Otros temas de actualidad</b>	<b>28 (20,7)</b>	<b>11 (9,2)</b>	<b>39 (15,4)</b>
Elección Papal	10 (7,4)	2 (1,7)	12 (4,7)
Minipisos 30 metros cuadrados	3 (2,2)	1 (0,8)	4 (1,6)
Otros temas	15 (11,1)	8 (6,7)	23 (9,1)

<b>Opinión</b>	<b>8 (5,9)</b>	<b>7 (5,9)</b>	<b>15 (5,9)</b>
<b>TOTAL</b>	<b>135 (100,0)</b>	<b>119 (100,0)</b>	<b>254 (100,0)</b>

El primer dato que cabe destacar de la tabla anterior es que, dentro del conjunto de unidades informativas con palabras o expresiones relacionadas con la enfermedad mental grave y persistente, únicamente 6 unidades informativas (el 2,4% del total de unidades informativas analizadas) abordan propiamente temas relacionados con la enfermedad mental. Generalmente, la temática de la unidad informativa tiene que ver con manifestaciones culturales y deportivas (36,6%) y con temas políticos (24,4%). También resulta interesante el porcentaje de unidades informativas que tratan acerca de actos violentos y delictivos (fundamentalmente, asesinatos) y en las cuales se alude a la presencia o ausencia de problemas mentales en la persona que lo cometió (15,3% de las unidades informativas). Parece relativamente frecuente que, al narrar un suceso violento, el hecho de padecer o no un trastorno mental cobre un protagonismo muy superior al que tomaría cualquier otra característica.

El análisis de la presencia de noticias en los medios analizados sugiere así que, mientras que el uso de términos y adjetivos relacionados con la enfermedad mental es relativamente frecuente, la inclusión de unidades informativas que abordan directamente la enfermedad mental no llega a una proporción de 1 cada 1800 unidades informativas en prensa. Dado el reducido número de unidades informativas que versan propiamente sobre temas relacionados con la enfermedad mental, todas ellas se recogen a continuación para ilustrar su contenido (se incluyen titulares y frases significativas). Si atendemos al medio de comunicación podemos observar que cuatro de estas noticias procedían de la prensa escrita y dos de ellas de informativos televisivos. Durante el período muestreado, los programas de radio no incluyeron ninguna noticia directamente relacionada con la enfermedad mental.

*(Ver ejemplos en Anexo I)*

#### **d) Valoración de los jueces.**

El último análisis de contenido efectuado es el relativo a la valoración de los contenidos de las unidades informativas pertenecientes a las categorías C y D por parte de nueve jueces independientes, todos ellos licenciados en Psicología y especializados en salud mental. Cada juez debía valorar seis aspectos de cada unidad informativa en un formato de respuesta Sí/No: la presencia de información errónea sobre la enfermedad mental, la presencia de estereotipos de peligrosidad, de responsabilidad, de impredecibilidad y de incompetencia, y si la unidad informativa resultaba estigmatizadora.

A continuación se presentarán los datos procedentes de estas valoraciones, que se han estructurado en dos grandes epígrafes: la asignación de valores en función de las evaluaciones de los jueces, y la presencia de estereotipos, estigma e información errónea en las unidades informativas.

### **Asignación de valores en función de las evaluaciones de los jueces.**

Como paso previo a los análisis y a la determinación de los valores de cada unidad informativa en cada una de las seis variables consideradas (esto es, estereotipos de peligrosidad, responsabilidad, impredecibilidad e incompetencia, estigma y presencia de información errónea) se calcularon los porcentajes de valoraciones positivas de cada juez para cada una de las variables (véase Tabla 9.27).

**Tabla 9.27 Porcentaje de unidades informativas que cada juez valora afirmativamente en cada una de las variables (n = 254).**

	JUEZ								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
<b>Estereotipo peligrosidad</b>	17,3	13,4	21,3	16,5	12,2	7,1	15	22,4	14,2
<b>Estereotipo responsabilidad</b>	13,4	1,6	11,8	6,7	5,5	0	1,6	4,7	3,1
<b>Estereotipo impredecibilidad</b>	18,9	11	54,7	25,2	14,6	2,4	9,8	33,9	24,8
<b>Estereotipo incompetencia</b>	16,9	26	27,2	14,6	3,9	2	11,4	22,8	25,2
<b>Estigma</b>	47,2	41,3	66,1	40,2	11,4	19	17	46,1	22,4
<b>Información errónea</b>	23,6	5,5	24,8	32,3	10,6	0	10,2	41,7	5,9

A la hora de establecer el criterio a seguir para calificar cada unidad informativa en cada una de las variables consideradas, se valoraron desde la opción más restrictiva y conservadora, en la que para calificar una unidad informativa como, pongamos por caso, estigmatizadora o no estigmatizadora, al menos 7 jueces habían de estar de acuerdo en que lo era o en que no lo era, calificando el resto de combinaciones como “dudosos o indeterminados”, hasta la opción más laxa, en la que se utilizaba como criterio el acuerdo mínimo de 5 jueces, lo que eliminaba la categoría de “dudosa”, quedando todas las unidades informativas asignadas a Sí o No (véase Tabla 9.28).



**Tabla 9.28 Porcentaje de unidades informativas calificadas afirmativamente en cada una de las variables según los distintos criterios (n = 254).**

	Al menos 7 acuerdos	Al menos 6 acuerdos	Al menos 5 acuerdos
<b>Estereotipo peligrosidad</b>	5,9	9,4	12,6
<b>Estereotipo responsabilidad</b>	0	0	0,8
<b>Estereotipo impredecibilidad</b>	2,8	4,7	9,1
<b>Estereotipo incompetencia</b>	0,4	1,6	5,9
<b>Estigma</b>	8,9	14,9	25
<b>Información errónea</b>	0,4	0,8	2,8

En función de los datos de la Tabla 9.28 y tomando como punto de referencia fundamental la variable “Estigma”, por considerarse la más representativa para este estudio y por suponer una valoración global que incluye en sí misma los demás factores evaluados, se calcularon los porcentajes de los distintos grados de acuerdo entre los 9 jueces para esta variable (véase

Tabla 9.29). Aunque inicialmente se propuso utilizar un criterio restrictivo y conservador (en concreto, calificar la unidad informativa como estigmatizadora o no estigmatizadora si al menos 7 jueces estaban de acuerdo en que lo era o en que no lo era respectivamente, calificando el resto de combinaciones como “dudosos o indeterminados”), los datos mostraron que, de ese modo, se asignaban a la categoría indeterminada prácticamente la mitad de las valoraciones. Al rebajar el criterio a “al menos 6 acuerdos” se mejoraba la situación, ya que quedaban calificadas como estigmatizadoras o no estigmatizadoras un 77% de las unidades informativas. Sin embargo, la pérdida de un 23% de las unidades informativas se consideró muy importante por lo que finalmente se optó por un criterio más laxo que partía de un acuerdo mínimo de cinco jueces. De este modo, si al menos cinco jueces valoraban afirmativamente una variable para una unidad informativa dada, se consideraba que en esa unidad informativa aparecía la variable. Y a la inversa, cuando al menos cinco jueces valoraban negativamente una variable para una unidad informativa, se consideraba que en la unidad informativa no aparecía la variable.

**Tabla 9.29 Porcentajes y frecuencias de acuerdos entre los nueve jueces en la variable Estigma (n = 254).**

	Número <sup>1</sup> (%)	Porcentaje acumulado
Acuerdo total	28 (11,3)	11,3
Acuerdo de 8 jueces	51 (20,5)	31,8
Acuerdo de 7 jueces	49 (19,7)	51,5
Acuerdo de 6 jueces	63 (25,4)	76,9
Acuerdo de 5 jueces	57 (23)	100

<sup>1</sup> La suma total de las unidades informativas incluidas en la tabla es 248 debido a que hubo 6 valores perdidos en esta variable. Los porcentajes presentados son los correspondientes a los datos válidos, esto es, 248.

### **Presencia de estereotipos, estigma e información errónea.**

Como puede verse en la Tabla 9.30, la presencia de estereotipos en las unidades informativas evaluadas fue irregular. El más frecuente fue el de peligrosidad (que afecta a casi un 13% de las unidades informativas), seguido del de impredecibilidad (9%). Más escasas fueron las unidades informativas que incluían estereotipos de incompetencia (6%), y especialmente las que hacían referencia a la posible responsabilidad de la persona con enfermedad mental sobre su situación (por debajo del 1%). También es bajo el número medio de estereotipos asignados (por debajo de 1). De hecho, la mayor parte de las unidades informativas (80%) no incluyen ningún estereotipo de los evaluados según los jueces; el 20% restante se distribuye prácticamente en su totalidad entre unidades informativas a las que los jueces asignaron uno o dos estereotipos. Únicamente hubo una unidad informativa a la que se asignaron tres estereotipos, y en ningún caso se asignaron los cuatro.

Frente a esto, la presencia de estigma o de actitudes estigmatizadoras fue bastante más frecuente, llegando a afectar a un 25% de las unidades informativas evaluadas. La presencia de información errónea fue sin embargo mucho más baja (en torno al 3%), si bien es de destacar que haya un 3% de unidades informativas sobre enfermedad mental que incluyan algún dato erróneo sobre la misma.

**Tabla 9.30: Descriptivos de la presencia de estereotipos, estigma e información errónea en las unidades informativas.**

	n = 254
<b>Presencia de: Número (%)</b>	
Estereotipo peligrosidad	32 (12,6)
Estereotipo responsabilidad	2 (0,8)
Estereotipo impredecibilidad	23 (9,1)
Estereotipo incompetencia	15 (5,9)
Estigma	62 (25)
Información errónea	7 (2,8)
<b>Número de estereotipos asignados Media (DT)</b>	0,28 (0,61)
<b>Número de estereotipos asignados Número (%)</b>	
Ningún estereotipo	202 (79,5)
Un estereotipo	33 (13)
Dos estereotipos	18 (7,1)

Tres estereotipos	1 (0,4)
Cuatro estereotipos	0 (0)

Seguidamente se recogen varios ejemplos de unidades informativas donde los jueces valoraron presentes los estereotipos analizados en el estudio (estereotipo de peligrosidad, responsabilidad, impredecibilidad e incompetencia), de unidades informativas valoradas como estigmatizadoras, y de unidades informativas que a su juicio incluían información errónea sobre la enfermedad mental.

(Ver ejemplos en Anexo II)

**Presencia de estereotipos, estigma e información errónea en función de las categorías de unidades informativas.**

Como puede verse en la Tabla 9.31, se calcularon los porcentajes de unidades informativas en las que se consideraron que estaban presentes cada uno de los cuatro estereotipos, estigmatización e información errónea, así como el número medio de estereotipos asignados a cada unidad informativa para cada una de las categorías de unidades informativas incluidas en la valoración de jueces (esto es, C y D).

**Tabla 9.31 Descriptivos de la presencia de estereotipos, estigma e información errónea en las unidades informativas en función de la categoría o tipo de unidad informativa (n = 254).**

	Unidades informativas categoría C (n = 119)	Unidades informativas categoría D (n = 135)
<b>Presencia de: (%)</b>		
Estereotipo peligrosidad	3	23,5
Estereotipo responsabilidad	---	1,7
Estereotipo impredecibilidad	3	16
Estereotipo incompetencia	5,2	6,7
Estigma	10,6	41,4
Información errónea	3	2,5
<b>Número de estereotipos</b>	0,11	0,48
Media (DT)	(0,34)	(0,77)

En general, la aparición de estereotipos fue más frecuente en las unidades informativas tipo D que en las C, e igualmente la presencia de estigmatización fue mucho más habitual en las unidades informativas tipo D. Sin embargo, la presencia de información errónea, aunque ligeramente superior en las unidades informativas tipo C, resulta bastante pareja. Cabe reseñar, la escasísima presencia del estereotipo de responsabilidad, que no aparecen en ninguna de las unidades informativas del tipo C y

tan sólo en un 1,7% de las del tipo D. En número medio de estereotipos asignados, es también muy bajo (por debajo de 1) para ambas categorías.

Para establecer posibles diferencias en función del tipo de unidad informativa, se calcularon los correspondientes chi-cuadrado y ANOVAs. Los resultados mostraron la presencia de diferencias significativas en dos de los estereotipos, en concreto el de peligrosidad (chi-cuadrado (1) = 24,3,  $p < .001$ ) y el de impredecibilidad (chi-cuadrado (1) = 12,99,  $p < .001$ ), ambos más frecuentes en las unidades informativas de la categoría D. Así mismo alcanzaron significación estadística las diferencias en presencia de estigma (chi-cuadrado (1) = 31,18,  $p < .001$ ), que también fue más frecuente (hasta cuatro veces más) en las unidades informativas de la categoría D. Finalmente, también fueron significativas las diferencias entre los números medios de estereotipos asignados a cada unidad informativa ( $F(1,252) = 25,37$ ,  $p < .000$ ), que igualmente fue mayor para las unidades informativas tipo D.

### ***Presencia de estereotipos, estigma e información errónea en función del medio de comunicación.***

La Tabla 9.32 refleja la asignación de estereotipos, estigmatización y utilización de información errónea acerca de la enfermedad mental para cada uno de los medios de comunicación, esto es, prensa, radio y televisión. Como puede observarse, los estereotipos de peligrosidad, responsabilidad e impredecibilidad fueron más frecuentes en las unidades informativas procedentes de la televisión (32%, 8% y 24%, respectivamente); es más, el estereotipo de responsabilidad sólo se da en unidades informativas de este medio, no apareciendo en ninguna de las de prensa o radio. También fue mayor el número medio de estereotipos asignados en las unidades informativas de televisión. En cambio, el estereotipo restante (i.e. el de incompetencia), así como el estigma y la información errónea fueron más frecuentes en las unidades informativas de radio (20,8%, 58,3% y 16,3%, respectivamente) que en las de los otros dos medios.

**Tabla 9.32 Descriptivos de la presencia de estereotipos, estigma e información errónea en las unidades informativas en función del medio de comunicación (n = 254).**

	Prensa (n = 205)	Radio (n = 24)	TV (n = 25)
<b>Presencia de: (%)</b>			
Estereotipo peligrosidad	8,8	25,0	32,0
Estereotipo responsabilidad	---	---	8,0
Estereotipo impredecibilidad	6,8	12,5	24,0
Estereotipo incompetencia	4,4	20,8	4,0

Estigma	19,6	58,3	36,0
Información errónea	1,5	16,7	---
<b>Número de estereotipos</b>	0,20	0,58	0,68
Media (DT)	(0,52)	(0,78)	(0,85)

Para establecer posibles diferencias estadísticas en función del medio de comunicación, se calcularon los correspondientes chi-cuadrado y ANOVAs. Los resultados mostraron diferencias significativas en función del medio para todas las variables consideradas. En el caso concreto del número de estereotipos asignados, las subsiguientes comparaciones pos hoc (prueba de Scheffé) revelaron que el número medio de estereotipos fue significativamente menor en las unidades informativas de prensa que en las de radio y televisión, sin que hubiera diferencias significativas entre estos dos medios.

***Presencia de estereotipos, estigma e información errónea en función del tipo de programa.***

En el caso de los programas de televisión, se consideró relevante establecer diferencias entre las unidades informativas aparecidas en los informativos generales y aquellas otras que procedían de programas específicos de sucesos. Si bien las conclusiones se ven limitadas por el tamaño muestral (sólo había tres unidades informativas procedentes de programas de sucesos), como puede verse en la Tabla 9.33, hay una cierta tendencia a una mayor presencia de estereotipos, de estigma y de información errónea en los programas de sucesos, si bien en ningún caso aparecieron en las unidades informativas procedentes de estos programas ni el estereotipo de responsabilidad, ni el de incompetencia.

Para establecer la significación estadística de las diferencias, y dado el pequeño tamaño muestral de los grupos se optó por la aplicación de pruebas no paramétricas (Kolmogorov-Smirnov). En ningún caso las diferencias encontradas alcanzaron la significación estadística.

**Tabla 9.33** Descriptivos de la presencia de estereotipos, estigma e información errónea en las unidades informativas de televisión en función del tipo de programa (informativos vs. programas de sucesos) (n = 25).

	<b>Informativos (n = 22)</b>	<b>Programas de sucesos (n = 3)</b>
<b>Presencia de: (%)</b>		
Estereotipo peligrosidad	27,3	66,7
Estereotipo responsabilidad	9,1	---

Estereotipo impredecibilidad	18,2	66,7
Estereotipo incompetencia	4,5	---
Estigma	31,8	66,7
Información errónea	31,8	66,7
<b>Número de estereotipos</b>	0,59	1,33
Media (DT)	(0,85)	(0,58)

**Presencia de estereotipos, estigma e información errónea en función del medio concreto.**

En la Tabla 9.34 se presentan los datos referentes a la asignación de estereotipos, estigma e información errónea en los distintos periódicos. Lo primero que debe destacarse es el hecho de que las aparentes diferencias en ningún caso llega a niveles de significación estadística, es decir, posiblemente se deben a lo reducido de la muestra más que a tendencias de los propios medios. Como puede observarse, uno de los estereotipos, el de responsabilidad, no apareció en ninguna de las unidades informativas de prensa evaluadas. En cuanto a los tres restantes aparecen con mayor frecuencia. El número medio de estereotipos fue bajo en los tres diarios. En cuanto a la valoración global de estigma y la presencia de información errónea se observan pequeñas diferencias entre los distintos medios, aunque bien pudieran deberse a circunstancias específicas del período muestreado y no a tendencias generales de las líneas de cada diario.

**Tabla 9.34 Descriptivos de la presencia de estereotipos, estigma e información errónea en las unidades informativas de prensa escrita en función del periódico (n = 205).**

	<i>El País</i> (n = 76)	<i>ABC</i> (n = 45)	<i>El Mundo</i> (n = 84)
<b>Presencia de: (%)</b>			
Estereotipo peligrosidad	13,2	6,7	6,0
Estereotipo responsabilidad	---	---	---
Estereotipo impredecibilidad	7,9	4,4	7,1
Estereotipo incompetencia	2,6	8,9	3,6
Estigma	20,0	25,6	16,0
Información errónea	1,3	4,4	---
<b>Número de estereotipos</b>	0,24	0,20	0,17
Media (DT)	(0,56)	(0,51)	(0,49)

En la Tabla 9.35 se presentan los datos referentes a la asignación de estereotipos, estigma e información errónea en las distintas emisoras de radio. De nuevo las aparentes diferencias no alcanzan niveles significativos (Kruskal-Wallis). Si bien las conclusiones están muy limitadas por el tamaño muestral (el número de unidades

informativas oscila entre 2 y 11 en las distintas emisoras), los datos indican, que uno de los estereotipos, el de responsabilidad, no apareció en ninguna de las unidades informativas de radio evaluadas. En cualquier caso, es de destacar que en todas las emisoras, el estigma estuvo presente en al menos la mitad de las unidades informativas en las que se hacía referencia a la enfermedad mental.

**Tabla 9.35** Descriptivos de la presencia de estereotipos, estigma e información errónea en las unidades informativas de radio en función de la emisora (n = 24).

	<i>SER</i> (n =8)	<i>COPE</i> (n =11)	<i>Onda Cero</i> (n = 3)	<i>RNE</i> (n = 2)
<b>Presencia de: (%)</b>				
Estereotipo peligrosidad	12,5	18,2	33,3	100
Estereotipo responsabilidad	---	---	---	---
Estereotipo impredecibilidad	12,5	---	33,3	50,0
Estereotipo incompetencia	12,5	36,4	---	---
Estigma	50,0	54,5	66,7	100
Información errónea	12,5	27,3	---	---
<b>Número de estereotipos</b>	0,37	0,54	0,67	1,5
Media (DT)	(0,74)	(0,69)	(1,15)	(0,71)

Finalmente, por lo que respecta a las unidades informativas de televisión se observa la misma tendencia a la no existencia de diferencias significativas (Kruskall-Wallis) (véase

Tabla 9.36). Cuando se hizo una valoración global de estigma, los jueces consideraron que en algunos medios más de la mitad de las unidades informativas referentes a enfermedad mental evaluadas incluían algún tipo de estigmatización. Por último, en ningún caso se constató la presencia de información errónea sobre la enfermedad mental.

**Tabla 9.36** Descriptivos de la presencia de estereotipos, estigma e información errónea en las unidades informativas de televisión en función de la cadena (n = 25).

	<i>TVE</i> (n =5)	<i>Telemadrid</i> (n =6)	<i>Antena 3</i> (n = 9)	<i>Tele 5</i> (n = 5)
<b>Presencia de: (%)</b>				
Estereotipo peligrosidad	---	33,3	44,4	40,0
Estereotipo responsabilidad	---	16,7	11,1	---
Estereotipo impredecibilidad	---	50,0	22,2	20,0
Estereotipo incompetencia	---	16,7	---	---
Estigma	---	50,0	55,6	20,0
Información errónea	---	---	---	---
<b>Número de estereotipos</b>	0	1,17	0,78	0,60

Media (DT)	(0)	(0,75)	(0,97)	(0,89)
------------	-----	--------	--------	--------

Ante la posibilidad de los datos pudieran verse afectados por la inclusión de unidades informativas procedentes de programas de sucesos en una de las cadenas (concretamente, en *Telemadrid*), se realizaron nuevos cálculos eliminando estas unidades informativas (n=3). No obstante, una vez realizado este ajuste, los datos (véase Tabla 9.37) reflejan la misma tendencia que antes de eliminarlos.

**Tabla 9.37 Descriptivos de la presencia de estereotipos, estigma e información errónea en las unidades informativas de televisión en función de la cadena (n = 25).**

	<i>TVE</i> (n=5)	<i>Telemadrid</i> (n=3)	<i>Antena 3</i> (n=9)	<i>Tele 5</i> (n=5)
<b>Presencia de: (%)</b>				
Estereotipo peligrosidad	---	---	44,4	40,0
Estereotipo responsabilidad	---	33,3	11,1	---
Estereotipo impredecibilidad	---	33,3	22,2	20,0
Estereotipo incompetencia	---	33,3	---	---
Estigma	---	33,3	55,6	20,0
Información errónea	---	---	---	---
<b>Número de estereotipos</b>	0	1,0	0,78	0,60
Media (DT)	(0)	(1,0)	(0,97)	(0,89)

### 9.2.3. Conclusiones del estudio de medios de comunicación.

Los resultados del estudio de los medios de comunicación realizado indican que existe una escasa presencia de noticias relacionadas con la enfermedad mental grave y persistente en todos los medios de comunicación (aproximadamente 1 de cada 1800 en la prensa escrita). Esta escasez de noticias es más patente en algunos medios como la televisión (especialmente en informativos) y es menor en la prensa. Así, de todas las unidades informativas analizadas en las dos semanas que duró el muestreo realizado en prensa, radio y televisión, apenas 254 unidades informativas contenían algún término relacionado con la enfermedad mental crónica y de éstas tan sólo 6 eran noticias sobre el tema. Un análisis de la temática de estas noticias ofrece, además, una perspectiva no muy positiva sobre el tratamiento informativo de la enfermedad mental grave y persistente en las pocas ocasiones que suceden. Dos noticias relacionaban la enfermedad mental crónica con el uso de drogas, una con delitos de violación, una con prisiones y dos eran denuncias de mala práctica y escasez de medios de tratamiento.



En contraste con el dato anterior, hay, sin embargo, un abuso de los términos relacionados con la enfermedad mental grave y persistente en los medios de comunicación para referirse a situaciones o cosas y un mal uso de los mismos para referirse a las personas que padecen este trastorno. Por ejemplo, en la prensa, donde existen secciones de noticias definidas, si se analizan las unidades informativas que incluyen términos relativos a enfermedad mental crónica, se comprueba que éstas se hallan mayoritariamente ubicadas en secciones generales o de Cultura y Deportes y menos en Salud y Sociedad, como sería esperable. Así, por secciones, los términos relativos a enfermedad mental grave y persistente se hallaron sobre todo en secciones de Cultura y Deportes, cuando se trataba de adjetivos aplicados a situaciones o cosas; en secciones donde se hablaban de actos violentos y/o delictivos, cuando se trataba de adjetivos aplicados a personas y en secciones de Nacional o Local, como adjetivos empleados indiferentemente para calificar tanto a personas como a situaciones o cosas.

En general, muchos de los términos utilizados en los medios de comunicación son incorrectos, muy peyorativos y éticamente inaceptables. Algunos ejemplos son: enfermo mental, enloquecido, esquizofrénico, tocado, descerebrado, tarado, chiflado, enajenado (todos ellos hallados en los medios analizados). Aunque los que más aparecen en relación con la enfermedad mental grave y persistente son los derivados de la palabra "loco" (locura, enloquecer, etc.) y su antónimo, por contraste (lúcido, cordura, plenitud de facultades mentales, etc.).

Un 25% de las unidades informativas analizadas en este trabajo resultaron estigmatizadoras. El estereotipo de peligrosidad seguido del de impredecibilidad fueron los más frecuentes en los medios de comunicación estudiados. Sin embargo, se halló que la información aportada en estas unidades informativas no contenía demasiada información errónea. Los estereotipos y el estigma fueron especialmente frecuentes cuando las noticias hablaban o se referían a personas.

Por tipo de medios, en la prensa se halló menos presencia de estereotipos que en radio y televisión. La peligrosidad, la responsabilidad y la impredecibilidad son estereotipos más frecuentes en televisión que en otros medios.

El análisis realizado por medios concretos, indica que las aparentes diferencias observadas entre ellos pudieran deberse en mayor medida a circunstancias específicas del periodo muestreado, ciertamente reducido, que a tendencias generales de cada medio, ya que en ningún caso se alcanzan niveles de significación estadística.

## **9.2.4 DISCUSIÓN.**

---

Los medios de comunicación son, sin duda, una de las fuentes principales de conocimientos sobre la enfermedad mental que tienen hoy día los ciudadanos en casi todo el mundo, al menos en los países occidentales. Algunas importantes instituciones y numerosas investigaciones, realizadas en distintos países, refrendan este dato (Cutcliffe y Hannigan, 2001; Organización Mundial de la Salud, 2001; Robert Wood Johnson Foundation, 1990). Es por ello, por lo que se considera que los estereotipos, las actitudes y los prejuicios negativos frecuentemente asociados a la enfermedad mental grave y persistente que conforman lo que llamamos “Estigma” están presentes, de una manera u otra, en las informaciones y contenidos transmitidos por la Prensa, la Radio, la Televisión y otros medios de comunicación. Existen numerosos estudios que han tratado de identificar de que forma se trasmite el estigma de la enfermedad mental grave y persistente a través de los medios, casi todos ellos se han realizado fuera de nuestras fronteras y muy pocos se han centrado en diversos medios de comunicación al mismo tiempo (Francis et al., 2004; Francis et al., 2005).

El objetivo del estudio de medios encuadrado en este trabajo era determinar el tratamiento que los medios de comunicación con mayor implantación en la Comunidad de Madrid, realizan de la enfermedad mental grave y persistente e identificar posibles informaciones estigmatizadoras, que estuvieran contribuyendo a fomentar ideas erróneas, estereotipos negativos y prejuicios inadecuados de las personas con este tipo de enfermedades en nuestra Comunidad.

Los resultados obtenidos no se diferencian mucho de los hallados a través de otros trabajos de investigación realizados en otros contextos culturales y lingüísticos, aunque presentan también algunas matizaciones especialmente interesantes en nuestro entorno.

A pesar del aumento del número de informaciones relacionadas con la enfermedad mental grave y persistente en los últimos años y la disminución del tratamiento estigmatizador de los medios de comunicación, referida por el programa “La esquizofrenia abre sus puertas” (Cuenca, 2003), nuestro trabajo halla que el número de noticias sobre enfermedad mental grave y persistente en la Comunidad de Madrid es muy escaso, no llegando ni siquiera a 1 de cada 1800 noticias, mientras que el uso de términos relacionados con enfermedad mental es todavía abusivo, incorrecto y éticamente inaceptable. El tipo de términos utilizados y la forma en que se utilizan para

calificar a personas, situaciones y cosas, fomenta los estereotipos negativos de peligrosidad, impredecibilidad e irresponsabilidad, tradicionalmente asociados a las personas con enfermedad mental grave y persistente, lo que ayuda considerablemente a perpetuar el estigma social de la enfermedad mental.

Como otros muchos estudios realizados en todo el mundo (Angermeyer y Schulze, 2001; Barnes, 1993; Coverdale et al., 2002; Philo, 1994; Wahl, Word y Richards, 2002), en éste se halló que en los medios de comunicación la enfermedad mental grave y persistente sigue asociándose a violencia y peligrosidad (el estereotipo más frecuente en los medios), irresponsabilidad e impredecibilidad. Así, el 25% de las unidades informativas analizadas en este trabajo resultaron estigmatizadoras.

En este sentido, los resultados obtenidos a través del estudio de medios vienen a confirmar la percepción de las personas con enfermedad mental grave y persistente, sus familiares y los profesionales que los atienden en la red de recursos de atención social, ya que, como se puso de manifiesto mediante el análisis de las narrativas obtenidas a través de los grupos de discusión realizados, todos ellos coincidían en que el tratamiento de la enfermedad mental grave y persistente en los medios de comunicación era muy inadecuado, ayudando a perpetuar estereotipos negativos y fomentando el estigma. Además, todos ellos consideraban que la imagen que se da en los medios de comunicación de las personas con enfermedad mental crónica está relacionada con la violencia y la peligrosidad.

Otra de las quejas frecuentes de profesionales, familiares y personas con enfermedad mental grave y persistente es la utilización inadecuada de términos relacionados con la enfermedad mental empleados para referirse a personas, situaciones o cosas fuera del ámbito temático de la salud mental, siempre con connotaciones negativas, porque la imagen distorsionada de las personas con enfermedad mental se transmite a través de expresiones y enfoques que fomentan el estigma, incluso cuando no se habla directamente de ello. Los resultados del estudio de medios realizado señalan en esta dirección, hallándose una cantidad considerable de términos muy peyorativos o vulgares en todos los medios analizados, cuyo principal exponente es la palabra "loco" y sus diferentes derivaciones (locura, enloquecido, etc.). En general, es frecuente encontrar el empleo de términos coloquiales negativos o peyorativos para referirse a la enfermedad mental en medios de comunicación en otros estudios realizados fuera de nuestras fronteras (Lawson y Fouts, 2004; Signorielli, 1989; Wahl, Wood, Zaveri, Drapalski, y Mann, 2003).

A tenor de todo lo anterior podría pensarse que en los medios de comunicación analizados, la información que se ofrece al público sobre la enfermedad mental grave y persistente y las personas que la padecen, es claramente errónea. Sin embargo, el análisis efectuado a través del sistema de jueces independientes, estableció que había poca información de este tipo. Este resultado es muy parecido al hallado por Nairn y cols. (2001) en un estudio sobre 50 artículos en Nueva Zelanda, cuya principal conclusión es que aunque no se hallaron informaciones imprecisas ni erróneas, el tono general de las noticias sobre enfermedad mental grave y persistente es negativo. Esto es exactamente lo mismo que ocurre en este trabajo.

El análisis pormenorizado por tipo de medios estableció que estereotipos como la peligrosidad, la responsabilidad y la impredecibilidad son más frecuentes en Televisión que en otros medios como la Prensa, confirmando así la opinión de los profesionales, los familiares y las propias personas con enfermedad mental consultadas durante los grupos de discusión. De todas formas debe tenerse en cuenta que las diferencias entre distintos medios y entre cada uno de los periódicos, emisoras de radio y cadenas de televisión no fueron significativas, por lo que no debe entenderse que existen medios donde el tratamiento informativo de este tema es mejor, ya que los diferentes análisis efectuados ponen de manifiesto, de manera muy clara, que la enfermedad mental crónica es un tema que, primero, interesa poco a los medios y, segundo, su tratamiento informativo es relativamente pobre y muchas veces inadecuado.

Para finalizar deben tomarse en consideración algunas cuestiones. La primera es que, en el caso de radio y televisión, el estudio se ha centrado en espacios de tipo informativo, excluyendo, por tanto, espacios de ficción y entretenimiento. La segunda cuestión hace referencia a la prensa escrita. El estudio se ha centrado en los tres periódicos de información general con mayor número de lectores diarios en el territorio nacional y no se han incluido los periódicos de distribución gratuita. Pero en los grupos de discusión aparecieron muchos comentarios acerca de su difusión entre el público general y de la habitual presencia en ellos de contenidos estigmatizadores. A pesar del menor número de lectores y de la imposibilidad para contar con datos de consumo, quizá habría resultado interesante analizar también este tipo de prensa gratuita.

## **10 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES FINALES.**

---

En los capítulos anteriores se han ido destacando algunas de las principales conclusiones que pueden establecerse o hacia las que apuntan los datos recogidos en el presente trabajo. De esta forma, en este punto final solamente resta destacar para su mejor ordenamiento, los puntos considerados esenciales en cada uno de los distintos ámbitos abordados a lo largo del estudio. Para concluir se hace una breve reflexión sobre las posibles vías de acción para conseguir unos resultados más eficaces en la lucha contra el estigma de la enfermedad mental crónica y persistente en Madrid. Algunas de estas acciones ya se están desarrollando o existen planes al respecto, sin embargo, parece relevante incluirlas junto a aquellas otras más novedosas o en un momento anterior de desarrollo.

En virtud de los resultados expuestos en los capítulos anteriores se pueden establecer las siguientes conclusiones generales del estudio:

- Las **personas con enfermedad mental** consideran que existe un gran desconocimiento de la enfermedad mental y un fuerte estigma centrado en los estereotipos de peligrosidad e incompetencia. Es más, se han llegado a sentir discriminados por el hecho de sufrir una enfermedad mental en distintas áreas de funcionamiento.
- Ello lleva a estas personas a anticipar el rechazo por parte de los demás, lo que les lleva por un lado al ocultamiento de la enfermedad, y por otro al aislamiento respecto a los demás. Estas dos formas de comportamiento se relacionan con las dos dificultades fundamentales que encuentran estas personas: las dificultades laborales y las referentes a las relaciones sociales, especialmente con pares.
- Hay que tener en cuenta que las personas con enfermedad mental participantes en el estudio, tenían altos niveles de funcionamiento, un buen seguimiento de los tratamientos, y una percepción positiva de sus propias capacidades y posibilidades de autonomía personal.
- Por su parte, los **familiares de personas con enfermedad mental** presentan un nivel de conocimiento sobre la enfermedad mental similar al de la población

general. Es decir, su continuo contacto con personas con enfermedad mental no parece traducirse en una mejora de su conocimiento sobre el tema, ni en un menor estigma. De hecho, los familiares no se diferencian apenas de la población general en estos aspectos.

- La lógica preocupación por el bienestar y el futuro de sus familiares, les lleva en ocasiones a reacciones de sobreprotección, y a la aparición de sentimientos de piedad, pena y compasión hacia la persona enferma.
- Tienen estereotipos, reacciones negativas y comportamientos evitativos respecto a otras personas con enfermedad mental que no son su familiar, y otros familiares. Incluso se detectan algunas reacciones de este tipo hacia su propio familiar con enfermedad mental.
- La estrategia de afrontamiento al estigma más frecuente entre los familiares es el ocultamiento total o parcial de la enfermedad mental.
- Los **profesionales de los servicios de atención social que trabajan en contacto directo con personas con enfermedad** mental muestran elevados niveles de conocimiento sobre el tema, y bajos niveles de estigma, claramente diferenciados de otros grupos (ya sean personas con enfermedad mental, familiares o población general).
- En general muestran una visión positiva de las posibilidades de autonomía personal y recuperación de las personas con enfermedad mental.
- Hay que tener en cuenta que los profesionales que participaron en el estudio se encontraban altamente satisfechos con su trabajo y con su relación y dedicación a esta población. No obstante, perciben que la administración debería hacer un esfuerzo para publicitar y difundir los recursos que pone en funcionamiento para la rehabilitación de esta población.
- La **población general** de la Comunidad de Madrid parece disponer de un nivel de conocimiento intermedio y no muestra, en términos generales, altos niveles de estigma sobre la enfermedad mental grave. Cabe reseñar, no obstante, que existe cierta confusión entre enfermedad mental y discapacidad intelectual, que lleva a que se atribuyan a las personas con enfermedad mental características propias del retraso. Así, por ejemplo, se les tiende a considerar aptos únicamente para trabajos de tipo manipulativo, y se considera que tienen grandes limitaciones para su autonomía personal.

- Prácticamente la totalidad de los entrevistados considera que las personas con enfermedad mental deben ser obligadas a seguir un tratamiento médico, y en menor medida, psicosocial. A pesar de los importantes cambios producidos en los últimos años, entre un 10 y un 20% de la población general sigue pensando que la mejor opción para las personas con enfermedad mental es su internamiento en un hospital psiquiátrico. No obstante, hay que destacar que los porcentajes son incluso mayores entre familiares y las propias personas afectadas.
- Así mismo, tienen una cierta percepción de peligrosidad, que no da lugar a reacciones de miedo o ira. Sin embargo, sí se detectan comportamientos evitativos.
- El nivel de estigma se relaciona con la edad (a mayor edad mayor estigma), el lugar de residencia (menor estigma en la comunidad que en la ciudad de Madrid), y el nivel de conocimiento (a mayor nivel de conocimiento menor estigma). Sin embargo, no hubo asociación con el grado de contacto o nivel de familiaridad con la enfermedad mental, lo que nuevamente apunta que el mero contacto no implica reducción del estigma.
- Las reacciones y estereotipos se centran en determinadas enfermedades mentales y no tanto en otras. De hecho, la depresión es una de las condiciones de salud que lleva asociado un menor estigma, incluso por debajo de condiciones médicas estigmatizadoras como el cáncer. Sin embargo, y a pesar de las opiniones de muchas de las personas más directamente implicadas en el tema, el estigma sobre la psicosis es menor que el existente respecto a otras condiciones, como adicción a la cocaína o SIDA, y muy similar al que se asocia a la discapacidad intelectual, lo que apunta de nuevo a la confusión entre ambas condiciones.
- Al comparar los datos procedentes de los distintos grupos aparecen dos resultados destacables. Por un lado, los profesionales se diferencian claramente del resto de los grupos, manteniendo una visión más optimista y positiva sobre la enfermedad mental. Por otro, no se han constatado las diferencias esperadas entre familiares y población general, siendo necesario seguir trabajando con las familias y que se avance en los cambios culturales necesarios. Por mencionar solo un ejemplo, en cuanto al tema concreto de la rehabilitación laboral, los profesionales son los que se muestran más optimistas, seguidos de las propias personas con enfermedad mental crónica, siendo los familiares los que tienen una visión más negativa, incluso por debajo de la población general.

- En cuanto al tratamiento que dan los **medios de comunicación** a la enfermedad mental, se constata que existe un pobre seguimiento del tema. Así, de las 7.532 noticias de prensa analizadas, solamente cuatro trataban directamente de la enfermedad mental: una de ellas referente al uso de drogas, otra sobre enfermedad mental en prisiones, otra sobre delitos sexuales, y una última sobre posibles malas prácticas en el tratamiento hospitalario de la enfermedad mental. En este mismo periodo sólo aparecieron dos noticias de este tipo en los informativos de televisión (y ninguna en los de radio). En este caso se referían de nuevo a drogas y escasez de medios. Es decir, el tema se trata poco (especialmente en los informativos de radio y televisión) y aunque la información no suele ser imprecisa o errónea, el tono general es negativo, lo que coincide con la opinión de las personas directamente relacionadas con el tema.
- En contraste con el dato anterior, se constata abuso de términos relacionados con la enfermedad mental crónica aplicados a situaciones o cosas, o un mal uso de los mismos para referirse a personas que padecen este tipo de trastornos. Los términos empleados son incorrectos, peyorativos y éticamente inaceptables (e.g. loco, tarado, chiflado, enfermo mental, tocado, enajenado,...).
- En el caso de la prensa, las noticias que incluyen términos relacionados con la enfermedad mental, se hallan mayoritariamente ubicadas en secciones generales, cultura y deportes, y menos en salud y sociedad, donde a priori, cabría esperar una mayor presencia de ellos.
- En la misma línea, la temática predominante en las noticias hacia referencia a manifestaciones culturales, deportivas o taurinas, y a cuestiones sociales. De forma específica, una de cada seis noticias centradas en enfermedad mental crónica, se relacionaban directamente con actos violentos o delictivos.
- A pesar de que las diferencias entre medios (prensa, radio y televisión) son escasas, éstas apuntan a un mejor tratamiento del tema en la prensa, tal y como ya habían anticipado los distintos grupos de personas vinculadas con el tema. Sin embargo, no aparecen diferencias significativas entre medios específicos (esto es, distintos periódicos, emisoras de radio o cadenas de televisión), debería trabajarse también con medios más especializados.
- En suma, una cuarta parte de las noticias centradas en enfermedad mental crónica, incluían contenidos estigmatizadores, siendo los estereotipos más frecuentes el de peligrosidad e impredecibilidad.



Al pensar en un listado de posibles **recomendaciones** para favorecer una mayor y mejor integración social de las personas con enfermedad mental crónica y de sus familiares, lo primero que se hace evidente es la absoluta necesidad de contar con medidas transversales, que afecten a los distintos ámbitos de actividad social de forma simultánea y que permitan crear sinergias entre las distintas administraciones, entidades, medios de comunicación y demás agentes sociales implicados. Desgraciadamente, el estigma de la enfermedad mental no va a desaparecer con algún grupo de acciones específicas, sino que nos encontramos ante un problema de muy compleja y necesariamente prolongada solución. Es decir, cualquier plan que se emprenda debe contemplar acciones masivas y de amplio espectro, estableciendo objetivos a corto, medio y largo plazo. A continuación se presentan algunas posibles líneas fundamentales de acción para los próximos años:

- Debe acometerse la ampliación de las medidas de apoyo a la **integración laboral y social** ya que estos son los ejes principales de la exclusión social a la que se expone a estas personas. Medidas que favorezcan distintas alternativas de empleo y de inserción laboral más flexibles y eficaces.
- Es necesario potenciar las **estrategias personales y grupales** de afrontamiento de la discriminación, auto-afirmación y defensa de sus derechos de las personas con enfermedad mental y de sus familiares. Los recursos sociales y de salud mental deben hacer un esfuerzo por mejorar las estrategias de afrontamiento al estigma de todas las personas afectadas. Posiblemente habrá que contemplar actuaciones con base en la evidencia que hayan demostrado su utilidad en el entrenamiento de este tipo de habilidades.
- De forma simultánea, los recursos, las administraciones públicas y las entidades asociativas, deben **optimizar los canales y los mensajes informativos** para los familiares acerca de la enfermedad mental, especialmente en lo referente a las posibilidades de autonomía e independencia y opciones de rehabilitación y tratamiento existentes y disponibles en nuestra Comunidad. No se trata solamente de emitir mensajes en forma de folletos, anuncios o escuelas de familias, se trata de asegurarse de que los mensajes llegan a sus destinatarios, son correctamente entendidos y provocan un efecto beneficioso en las vidas de las personas afectadas. En este sentido, es de vital importancia acometer de forma integral la mejora de la información en la población general a través de campañas generales y específicas, centradas en la realidad actual de la enfermedad mental y las

posibilidades reales de rehabilitación, tratamiento e integración, diferenciando adecuadamente la enfermedad mental de otras condiciones de dependencia. Las campañas en medios de comunicación generales han demostrado su utilidad en el cambio de actitudes, pero debe irse un paso más allá con acciones escolares y educativas en todos los niveles desde el colegio a la universidad.

- Como se ha visto a lo largo del trabajo, el **papel de los medios de comunicación** es de una importancia especial en este ámbito. La elaboración y difusión de manuales de estilo y normas específicas para el tratamiento de los términos relacionados con la enfermedad mental destinados a medios de comunicación ha mostrado resultados interesantes en países como Gran Bretaña, Australia o Nueva Zelanda e, igualmente, el uso de este tipo de recursos se ha demostrado muy eficaz en nuestro país en ámbitos como la discriminación por el género o la inmigración. Sin embargo, siendo importante la publicación de normas éticas de tratamiento de la información, lo es más si cabe el asegurar el correcto cumplimiento de esas normas o directrices. Es preciso establecer una serie de controles sencillos y eficaces del cumplimiento de estas normas mediante campañas de seguimiento lideradas por entidades independientes. Para completar un cambio sensible en los medios, habrá que conseguir la difusión social de noticias positivas relacionadas con la enfermedad mental y su tratamiento (e.g. apertura de centros de rehabilitación, inversiones en recursos y servicios, nuevas alternativas terapéuticas,...).

En definitiva, se trata de iniciar el cambio de estereotipos que permita eliminar los prejuicios y los comportamientos de discriminación hacia las personas con enfermedad mental grave y sus familiares. De acuerdo con la Declaración de Intenciones de la campaña británica *Changing Minds*: *“Nuestra meta es conseguir lo mismo que en la lucha contra la discriminación por raza, género u orientación sexual. No debe haber espacio para el estigma en el tercer milenio”*.

**ANEXO I. Ejemplos de unidad informativa cuyo tema es la enfermedad mental grave y persistente.**

**Ejemplo 1:**

**Los adictos al 'cannabis' que piden tratamiento se han duplicado en tres años**

(...) El tratamiento de deshabituación al hachís pasa por un abandono total del consumo desde el principio e incluye apoyo psicológico y, en su caso, tratamiento psiquiátrico de las patologías que pudieran estar asociadas(...).

El País. 14/04/2005

**Ejemplo 2:**

**¿Tienen salida los violadores?**

(...) "Cuando se trata de agresores con una psicopatología elevada, puede haber reacciones particulares y hay que vigilarlas", admite [nombre propio]. Pero, "seguir el programa exige esfuerzo y el psicópata abandona cuando hay que responsabilizarse".(...)

[nombre propio] trabaja en [nombre de una institución penitenciaria] desde 1998 en la rehabilitación de agresores sexuales y presos violentos. (...)

(...) El psiquiatra [nombre propio] recuerda que la violación causa un daño profundo en la víctima. Seis de cada diez sufren estrés postraumático ".(...)

El País. 17/4/2005

**Ejemplo 3:**

**El Defensor del Pueblo denuncia el aumento de enfermos mentales en las prisiones**

(...) Son presos por partida doble: de las celdas en las que cumplen condena y de sus enfermedades mentales. Quien levanta la voz para alertar de esta situación es el Defensor del Pueblo. En su último informe, [nombre propio] constata que las enfermedades mentales «son un problema creciente en las prisiones en muchos casos debido a los efectos de las drogas a largo plazo».(...)

El Mundo. 12/4/2005

**Ejemplo 4:**

**Investigan al [hospital] por atención de enfermos mentales**

Las [instituciones] han abierto una investigación para averiguar si se atiende debidamente a enfermos mentales que acuden al [nombre de hospital].

El Mundo. 18/4/2005

**Ejemplo 5:**

*(...)Se asocia también con todas las pastillas, el éxtasis, etc. Un cocktail explosivo que puede producir trastornos psicóticos, agresividad, pérdida de memoria, apatía, depresión. A la larga puede arruinar tu vida.*

*-Lo que hace es cronificarse y produce una desestructuración en estos chavales, ya no tan chavales pues estamos hablando de 28, 30 años, una desestructuración con brotes psicóticos agudos ocasionales (...)*

*Telemadrid, Telenoticias. 14/4/2005*

## ANEXO II. Ejemplos de unidad informativa con presencia del estereotipo de peligrosidad.

### Ejemplo 1:

#### ***Estampa su coche contra otro y ataca con un cuchillo a la gente***

*Una mujer de 51 años [se describe un accidente de tráfico en una calle de Madrid adjudicando la culpabilidad a la mujer], según fuentes policiales. Se trata de [nombre propio], que después del [provocar el accidente], [comete acto violento en la calle]. La mujer dijo a los agentes que ya estaba «harta» de que los coches aparcaran mal en esa calle (...). Aparentemente, la mujer sufría algún trastorno mental. Iba bien vestida y era muy educada al hablar. Los jóvenes la denunciaron, pero ella no fue detenida. Nadie salió herido en el suceso.*

*El Mundo. 23/4/05*

### Ejemplo 2:

*(...)Se asocia también con todas las pastillas, el éxtasis, etc. Un cocktail explosivo que puede producir trastornos psicóticos, agresividad, pérdida de memoria, apatía, depresión. A la larga puede arruinar tu vida.*

*-Lo que hace es cronificarse y produce una desestructuración en estos chavales, ya no tan chavales pues estamos hablando de 28, 30 años, una desestructuración con brotes psicóticos agudos ocasionales (...)*

*Telemadrid. Telenoticias. 14/4/2005*

### Ejemplo 3:

*(...) En su declaración dice que se volvió loco y que mezcló drogas y alcohol. Era una familia aparentemente feliz, por eso nadie se explica el triple asesinato (...). Qué es lo que le ha pasado, qué es lo que le ha pasado por su mente para hacer semejante cosa. (...)*

*Antena 3. Noticias. 14/4/05*

### Ejemplo 4:

#### ***Siete mandatarios en nueve años de convulsión***

*(...) En 1997, [nombre propio], conocido con el sobrenombre de El Loco, tuvo que dejar el poder acusado de corrupción. El Congreso lo destituyó por "incapacidad mental para gobernar" y el pueblo respaldó esa decisión con manifestaciones en la calle, (...)*

*El País. 22/4/2005*

**Ejemplo 5:**

*El Síndrome del Barón Corvo*

*«(...) Llamaremos Síndrome del Barón Corvo a esa obcecada manía, híbrida de esquizofrenia, delirio megalómano y mero diletantismo fantasioso, que perturba a una multitud creciente de individuos (...) Mucho me temo que a los modernos pacientes de tan estafalario síndrome que en estos días se dedican, en pleno delirio de futurología esquizofrénica, a anticipar la voluntad del próximo Pontífice, no los asista el talento que bendijo a sus ilustres antecesores.*

ABC. 18/4/05

## REFERENCIAS.

---

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition, Text Revision*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Anderson, M. (2003). One flew over the psychiatric unit: Mental illness and the media. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 10*(3), 297-306.
- Angell, B., Cooke, A., y Kovac, K. (2005). First person accounts of stigma. In P. W. Corrigan (Ed.), *On the stigma of mental illness: Practical strategies for research and social change* (Vol. 69-98). Washington D.C.: American Psychological Association.
- Angermeyer, M. C., 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.
- Angermeyer, M. C., Dietrich, S., Pott, D., y Matschinger, H. (2005). Media consumption and desire for social distance towards people with schizophrenia. *European Psychiatry, 20*(3), 246-250.
- Angermeyer, M. C., y Matschinger, H. (2003). The stigma on mental illness: Effects of labelling on public attitudes towards people with mental disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 108*(4), 304-309.
- Angermeyer, M. C., 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.
- Angermeyer, M. C., y Schulze, B. (2001). Reinforcing stereotypes: How the focus on forensic cases in news reporting may influence public attitudes towards the mentally ill. *International Journal of Law and Psychiatry, 24*(4-5), 469-486.
- Arceo, J. L. (2005, 14-7-2005). *Presentación del Informe "Tratamiento de la esquizofrenia en la prensa española, 2003-2004"*, Conferencia en los Cursos de Verano de El Escorial, 14-7-2005.
- Asociación para la Investigación de Medios de Comunicación. (2005). *Encuesta General de Medios. Primer año móvil*. Madrid: Asociación para la Investigación de Medios de Comunicación.
- Bandura, A. (1986). Social cognitive theory of mass communication. In J. Bryant y D. Zillmann (Eds.), *Media effects: Advances in theory and research* (pp. 61-90). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Bandura, A. (2002). Social cognitive theory of mass communication. In J. Bryant y D. Zillmann (Eds.), *Media Effects* (pp. 121-154). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Birchwood, M., Smith, J., Cochrane, R., y Wetton, S. (1990). The Social Functioning Scale: The development and validation of a new scale of social adjustment for use in family intervention programmes with schizophrenic patients. *British Journal of Psychiatry, 157*, 853-859.
- Brockington, I. F., Hall, P., Levings, J., y Murphy, C. (1993). The community's tolerance of the mentally ill. *British Journal of Psychiatry, 162*, 93-99.
- Cape, G. S. (2003). Addiction, stigma and movies. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 107*(3), 163-169.
- Corrigan, P. W. (1998). The impact of stigma on severe mental illness. *Cognitive and Behavioral Practice, 5*, 201-222.
- Corrigan, P. W. (2000). Mental health stigma as social attribution: Implications for research methods and attitude change. *Clinical Psychology: Science and Practice, 7*, 48-67.
- Corrigan, P. W. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist, 59*(7), 614-625.
- Corrigan, P. W., Giffort, D., Rashid, F., Leary, M., y Okeke, I. (1999). Recovery as a psychological construct. *Community Mental Health Journal, 53*(3), 231-239.
- Corrigan, P. W., y Kleinlein, P. (2005). The impact of mental illness stigma. In P. W. Corrigan (Ed.), *On the Stigma of Mental Illness* (pp. 11-44). Washington D.C.: American Psychological Association.
- 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.

- Corrigan, P. W., y Miller, F. E. (2004). Shame, blame and contamination: A review of the impact of mental illness on family members. *Journal of Mental Health, 13*, 537-548.
- Corrigan, P. W., River, L. P., Lundin, R. K., Uphoff Wasowski, K., Campion, J., Mathisen, J., et al. (2000). Stigmatizing attributions about mental illness. *Journal of Community Psychology, 28*(1), 91-102.
- Corrigan, P. W., River, L. P., Lundin, R. K., Uphoff-Wasowski, K., Campion, J., Mathisen, J., et al. (2000). Stigmatizing attributions about mental illness. *Journal of Community Psychology, 28*(1), 91-102.
- Corrigan, P. W., Watson, A. C., y Miller, F. E. (2004). Blame, shame and contamination: the impact of mental illness and drug dependence stigma on family members. *Manuscrito remitido para publicación.*
- Corrigan, P. W., Watson, A. C., Warpinski, A. C., y Gracia, G. (2004a). Implications of education the public on mental illness, violence, and stigma. *Psychiatric Services, 55*(5), 577-580.
- Corrigan, P. W., Watson, A. C., Warpinski, A. C., y Gracia, G. (2004b). Stigmatizing attitudes about mental illness and allocation of resources to mental health services. *Community Mental Health Journal, 40*(4), 297-307.
- Coverdale, J., Nairn, R., y Claasen, D. (2002). Depictions of mental illness in print media: A prospective national sample. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 36*(5), 697-700.
- Crisp, A. H., Gelder, M. G., Rix, S., Meltzer, H. I., y Rowlands, O. J. (2000). Stigmatisation of people with mental illnesses. *British Journal of Psychiatry, 177*, 4-7.
- Crocker, J., Major, B., y Steele, C. (1998). Social stigma. In D. T. Gilbert (Ed.), *The Handbook of Social Psychology*. Boston, MA: McGraw-Hill.
- Cuenca, O. (2003). El estigma de la enfermedad mental en los medios de comunicación. In J. J. López-lbor, J. C. Gómez y J. A. Gutiérrez (Eds.), *Retos para la Psiquiatría y la Salud Mental en España*. Madrid: Ars Medica.
- Cutcliffe, J. R., y Hannigan, B. (2001). Mass media, 'monsters' and mental health clients: The need for increased lobbying. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 8*(4), 315-321.
- Depla, M., de Graaf, R., van Weeghel, J., y Heeren, T. J. (2005). The role of stigma in the quality of life of older adults with severe mental illness. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 20*(2), 146-153.
- Dickerson, F. B., Sommerville, J., Origoni, A. E., Ringel, N. B., y Parente, F. (2002). Experiences of stigma among outpatients with schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin, 28*(1), 143-156.
- Dickstein, I. J., y Hinz, L. D. (1992). The stigma of mental illness for medical students and residents. In P. J. Fink y A. Tasman (Eds.), *Stigma and mental illness* (pp. 153-165). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Dichter, H. (1992). The stigmatisation of psychiatrists who work with cronically mentally ill persons. In P. J. Fink y A. Tasman (Eds.), *Stigma and mental illness* (pp. 203-215). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Dunn, B. (1997). Growing up with a psychotic mother: A retrospective study. In L. Spaniol, C. Gagne y M. Koehler (Eds.), *Psychologica and social aspectos of psychiatric disability* (pp. 323-332). Boston: Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Ertugrul, A., y Ulug, B. (2004). Perception of stigma among patients with schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 39*(1), 73-77.
- Fink, P. J. (1986). Dealing with psychiatric stigma. *Hospital and Community Psychiatry, 37*, 814-818.
- Francis, C., Pirkis, J., Blood, R. W., Dunt, D., Burgess, P., Morley, B., et al. (2005). Portrayal of depression and other mental illnesses in Australian nonfiction media. *Journal of Community Psychology, 33*(3), 283-297.
- Francis, C., Pirkis, J., Blood, R. W., Dunt, D., Burgess, P., Morley, B., et al. (2004). The portrayal of mental health and illness in Australian non-fiction media. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 38*(7), 541-546.
- Francis, C., Pirkis, J., Dunt, D., y Blood, R. W. (2001). *Mental Health and Illnes in the media. A review of the literature*. Canberra: Mental Health and Special Programs Branch, Department of Health and Aged Care.



- Gabbard, G. O., y Gabbard, K. (1992). Cinematic stereotypes contributing to the stigmatisation of psychiatrists. In P. J. Fink y A. Tasman (Eds.), *Stigma and mental illness* (pp. 113-126). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- 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 schizophrenia. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 252(6), 278-287.
- Gamo, E. (1992). Información sobre salud mental en la prensa. Su repercusión en la educación sanitaria. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 12(40), 43-57.
- Gerbner, G., Gross, L., Morgan, N., Signorielli, M., y Shanahan, N. (2002). Growing up with television: Cultivation processes. In J. Bryant y D. Zillmann (Eds.), *Media Effects: Advances In Theory and Research* (pp. 43-68). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall.
- González, M. A., Aristegui, M., Oraá, R., y Bustamante, S. (2004). Investigación cualitativa en esquizofrenia. Un estudio con grupos focales para conocer experiencias de discriminación de pacientes y familiares. *Archivos de Psiquiatría*, 67(3), 211-220.
- Hall, P., Brockington, I. F., Levings, J., y Murphy, C. (1993). A comparison of responses to the mentally ill in two communities. *British Journal of Psychiatry*, 162, 99-108.
- Holmes, E. P., Corrigan, P. W., Williams, P., Canar, J., y Kubiak, M. A. (1999). Changing attitudes about schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 25(3), 447-456.
- Holmes, P. E., y River, L. P. (1998). Individual strategies for coping with the stigma of severe mental illness. *Cognitive and Behavioral Practice*, 5, 231-239.
- Huang, B., y Priebe, S. (2003). Media coverage of mental health care in the UK, USA and Australia. *Psychiatric Bulletin*, 27(9), 331-333.
- Huberman, A. M., y Miles, M. B. (1994). Data management and analysis methods. In N. K. Denzin y Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (Vol. 428-444). London: Sage Publications.
- Instituto Andaluz de Salud Mental de Andalucía. (1987). *Salud mental y prensa*. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.
- Instituto Andaluz de Salud Mental de Andalucía. (1988). *Actitudes de la población andaluza ante los enfermos mentales*. Sevilla: Instituto Andaluz de Salud Mental.
- 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.
- Kadri, N., Manoudi, F., Berrada, S., y Moussaoui, D. (2004). Stigma impact on Moroccan families of patients with schizophrenia. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49(9), 625-629.
- Kingdon, D., Sharma, T., Hart, D., y Campaign, T. S. S. o. t. R. C. o. P. C. M. (2004). What attitudes do psychiatrists hold towards people with mental illness? *Psychiatric Bulletin*, 28, 401-406.
- Knodel, J. (1993). The design and analysis of focus group studies: A practical approach. In D. Morgan (Ed.), *Successful focus groups. Advancing the state of the art* (pp. 35-51). London: Sage Publications.
- Langer, E. J., y Abelson, R. P. (1974). A patient by any other name . . . : Clinician group difference in labeling bias. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 4-9.
- Lauber, C., Anthony, M., Adjacic-Gross, V., y Rössler, W. (2004). What about psychiatrists' attitude to mentally ill people? *European Psychiatry*, 19, 423-427.
- Lawson, A., y Fouts, G. (2004). Mental Illness in Disney animated films. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49(5), 310-314.
- Lefley, H. P. (1989). Family burden and family stigma in major mental illness. *American Psychologist*, 44, 556-560.
- 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.
- Link, B. G., Cullen, F. T., Frank, J., y Wozniak, J. F. (1987). The social rejection of former mental patients: Understanding why labels matter. *American Journal of Sociology*, 92(1461-1500).

- Link, B. G., Cullen, F. T., Struening, E., Shrout, P., y Dohrenwend, B. P. (1989). A modified labeling theory approach to mental disorders: an empirical assessment. *American Sociological Review*, 54, 400-423.
- Link, B. G., y Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363-385.
- Link, B. G., Struening, E. L., Neese, T. S., Asmussen, S., y Phelan, J. C. (2001). Stigma as a barrier to recovery: The consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illnesses. *Psychiatric Services*, 52(1), 1621-1626.
- Link, B. G., Struening, E. L., Rahav, M., Phelan, J. C., y al, e. (1997). On stigma and its consequences: Evidence from a longitudinal study of men with dual diagnoses of mental illness and substance abuse. *Journal of Health and Social Behavior*, 38(2), 177-190.
- Magliano, L., De Rosa, C., Fiorillo, A., Malangone, C., Guarneri, M., Marasco, C., et al. (2004). Beliefs of psychiatric nurses about schizophrenia: A comparison with patients' relatives and psychiatrists. *International Journal of Social Psychiatry*, 50(4), 319-330.
- Magliano, L., De Rosa, C., Fiorillo, A., Malangone, C., y Maj, M. (2004). Perception of patients' unpredictability and beliefs on the causes and consequences of schizophrenia: A community survey. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(5), 410-416.
- Markowitz, F. E. (1998). The effects of stigma on the psychological well-being and life satisfaction of persons with mental illness. *Journal of Health and Social Behavior*, 39(4), 335-347.
- Markowitz, F. E. (2001). Modeling processes in recovery from mental illness: Relationships between symptoms, life satisfaction, and self-concept. *Journal of Health and Social Behavior*, 42(1), 64-79.
- Markowitz, F. E. (2005). Sociological models of mental illness stigma: Progress and prospects. In *On the stigma of mental illness: Practical strategies for research and social change*. Washington D.C.: American Psychological Association.
- Marwaha, S., y Johnson, S. (2004). Schizophrenia and employment: a review. *Journal of Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(5), 337-349.
- Mehta, S., y Farina, A. (1988). Associative stigma: perceptions of the difficulties of college-aged children of stigmatized fathers. *Journal of Social Clinical Psychology*, 7, 192-202.
- Minnebo, J., y Van Acker, A. (2004). Does television influence adolescents' perceptions of and attitudes toward people with mental illness? *Journal of Community Psychology*, 32(3), 257-275.
- Moorman, M. (2002). *My sister's keeper: Learning to cope with a sibling's mental illness*. Nueva York, Norton.
- Mukherjee, R., Fialho, A., Wijetunge, A., Checinski, K., y Surgenor, T. (2002). The stigmatisation of psychiatric illness: the attitudes of medical students and doctors in a London teaching hospital. *Psychiatric Bulletin*, 26(178-181).
- Nairn, R., Coverdale, J., y Claasen, D. (2001). From source material to news story in New Zealand print media: A prospective study of the stigmatizing processes in depicting mental illness. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35(5), 654-659.
- Ohaeri, J. U., y Fido, A. (2001). The opinion of caregivers on aspects of schizophrenia and major affective disorders in a Nigerian setting. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 36(10), 493-499.
- Organización Mundial de la Salud. (2001). *Informe sobre la Salud en el Mundo 2001. Salud mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Östman, M., y Kjellin, L. (2002). Stigma by association: Psychological factors in relatives of people with mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 181(6), 494-498.
- Ottati, V., Bodenhausen, G. V., y Newman, L. S. (2005). Social psychological models of mental illness stigma. In P. W. Corrigan (Ed.), *On the Stigma of Mental Illness* (pp. 99-128). Washington D.C.: American Psychological Association.
- Penn, D. L., Kohlmaier, J. R., y Corrigan, P. W. (2000). Interpersonal factors contributing to the stigma of schizophrenia: Social skills, perceived attractiveness, and symptoms. *Schizophrenia Research*, 45(1-2), 37-45.
- Perlick, D. A., Rosenheck, R. A., Clarkin, J. F., Sirey, J., Salahi, J., Struening, E. L., et al. (2001). Stigma as a barrier to recovery: Adverse effects of perceived stigma on social adaptation of persons diagnosed with bipolar affective. *Psychiatric Services*, 52(12), 1627-1632.

- Persaud, R. (2000). Psychiatrist suffer from stigma too. *Psychiatric Bulletin*, 24, 284-285.
- Phelan, J. C., Bromet, E. J., y Link, B. G. (1998). Psychiatric illness and family stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 24(1), 115-126.
- Phillips, M. R., Pearson, V., Feifei, L., Minjie, X., y Yang, L. (2002). Stigma and expressed emotion: a study of people with schizophrenia and their family members in China. *British Journal of Psychiatry*, 181, 488-493.
- Pieters, G., de Gucht, V., y Kajosch, H. (2003). Newspaper coverage of psychiatry and general medicine: Comparing tabloids with broadsheets. *Psychiatric Bulletin*, 27(7), 259-260.
- Ritsher, J. B., Otilingam, P. G., y Grajales, M. (2003). Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Research*, 121(1), 31-49.
- Ritsher, J. B., y Phelan, J. C. (2004). Internalized stigma predicts erosion of morale among psychiatric outpatients. *Psychiatry Research*, 129(3), 257-265.
- Rivas, C., Molina, A., Rodriguez, R., y Hoz, A. d. I. (1994). Actitudes de la poblacion andaluza sanitaria hospitalaria no psiquiatrica hacia los enfermos mentales y su integracion en los hospitales generales. *Psiquis*, 15(9), 29-37.
- Robert Wood Johnson Foundation. (1990). *Public attitudes toward people with chronic mental illness: Final Report*. Boston: Robert Wood Johnson Foundation Program on Mental Illness (Daniel Yankelovich Group Inc.).
- Rosenfield, S. (1997). Labeling mental illness: The effects of received services and perceived stigma on life satisfaction. *American Sociological Review*, 62(4), 660-672.
- Ruiz, M., Serrano, F., y Serrano, V. (1988). Actitudes hacia la enfermedad mental de los familiares del enfermo esquizofrenico. *Informaciones Psiquiátricas*, 112, 117-127.
- Runte-Geidel, A., Torres, F., Antonioli, C., Carniel, L., Colina, A., Olivella, M. I., et al. (2004). Estudio multicéntrico sobre estigma, necesidades y cuidados de personas con trastornos mentales de larga evolución. *Archivos de Psiquiatría*, 67(3), 195-210.
- Sartorius, N., y Aichenberger, M. (2005). *The WPA Global Programme to reduce stigma and discrimination because of schizophrenia. Bibliography, 2005*. Asociación Mundial de Psiquiatría.
- Shibre, T., Negash, A., Kullgren, G., Kebede, D., Alem, A., Fekadu, A., et al. (2001). Perception of stigma among family members of individuals with schizophrenia and major affective disorders in rural Ethiopia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 36(6), 299-303.
- Sieff, E. M. (2003). Media frames of mental illnesses: The potential impact of negative frames. *Journal of Mental Health (UK)*, 12(3), 259-269.
- Signorielli, N. (1989). The stigma of mental illness on television. *Journal of Broadcasting and Electronic Media*, 33(3), 325-331.
- Silver, T. (1999). Families of persons with mental illness an substance use related disorders: Considerations for service delivery. *Administration and Policy in Mental Health*, 20(5), 361-367.
- Silverman, D. (2000). *Doing qualitative research. A practical handbook*. London: : Sage Publications.
- Sirey, J., Bruce, M. L., Alexopoulos, G. S., Perlick, D. A., Friedman, S. J., y Meyers, B. S. (2001). Stigma as a barrier to recovery: Perceived stigma and patient-rated severity of illness as predictors of antidepressant drug adherence. *Psychiatric Services*, 52(12), 1615-1620.
- Sriram, T. G., y Jabbarpour, Y. M. (2005). Are mental health professionals immune to stigmatizing beliefs? *Psychiatric Services*, 56(5), 610.
- Stafford, M. C., y Scott, R. (1986). Stigma deviance and social control: some conceptual issues. In S. C. Ainsley, L. M. Becker y L. M. Coleman (Eds.), *The dilemma of difference*. New York: Plenum.
- Stark, C., Paterson, B., y Devlin, B. (2004). Newspaper coverage of a violent assault by a mentally ill person. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11(6), 635-643.
- Stout, P. A., Villegas, J., y Jennings, N. A. (2004). Images of mental illness in the media: identifying gaps in the research. *Schizophrenia Bulletin*, 30(3), 543-561.
- Struening, E. L., Perlick, D. A., Link, B. G., Hellman, F., Herman, D., y Sirey, J. A. (2001). The extent to which caregivers believe most people devalue consumers and their families. *Psychiatric Services*, 52(12), 1633-1638.

- Stuart, H. (2004). Stigma and work. *Healthcare Papers*, 5(2), 100-111.
- Tanaka, G., Inadomi, H., y Kikuchi, Y. (2005). Evaluating community attitudes to people with schizophrenia and mental disorders using a case vignette method. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 59, 96-101.
- Tanaka, G., Inadomi, H., Kikuchi, Y., y Ohta, Y. (2004). Evaluating stigma against mental disorder and related factors. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 58, 558-566.
- Tay, S. E., Pariyasami, S., Ravindran, K., Ali, M. I., y Roesudeen, M. T. (2004). Nurses' attitudes toward people with mental illness in a psychiatric hospital in Singapore. *Journal of Psychosocial Nursing Mental Health Services*, 42(10), 40-47.
- Terkelsen, K. G. (1990). A historical perspective on family-provider relationships. In H. P. Lefley y D. L. Johnson (Eds.), *Families as allies in treatment of the mentally ill: New directions for mental health professionals*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Thompson, A. H., Stuart, H., Bland, R. C., Arboleda-Florez, J., Warner, R., y Dickson, R. A. (2002). Attitudes about schizophrenia from the pilot site of the WPA worldwide campaign against the stigma of schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37(10), 475-482.
- Twenge, J. M., Catanese, K. R., y Baumeister, R. F. (2003). Social Exclusion and the Deconstructed State: Time Perception, Meaninglessness, Lethargy, Lack of Emotion, and Self-Awareness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(3), 409-423.
- Üçöck, A., Polat, A., Sartorius, N., Perkoç, S., y Atakli, C. (2004). Attitudes of psychiatrists toward patients with schizophrenia. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 58, 89-91.
- Vázquez-Morejón, A. J., y Jiménez García-Boveda, R. (2000). Social functioning scale (SFS): new contributions concerning its psychometrics characteristics in a Spanish adaptation. *Psychiatry Research*, 93, 247-256.
- Vezzoli, R., Archiati, L., Bizza, C., Pasqualetti, P., y Rossi, G. (2001). Attitude towards psychiatric patients: A pilot study in a northern Italian. *European Psychiatry*, 16(8), 451-458.
- Wahl, O. (1999). Mental health consumers' experience of stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 25(3), 467-478.
- Wahl, O., y Harman, C. R. (1989). Family views of stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 15(1), 131-139.
- Wahl, O., Wood, A., y Richards, R. (2002). Newspaper coverage of mental illness: Is it changing? *Psychiatric Rehabilitation Skills*, 6(1), 9-31.
- Wahl, O., Wood, A., Zaveri, P., Drapalski, A., y Mann, B. (2003). Mental illness depiction in children's films. *Journal of Community Psychology*, 31(6), 553-556.
- Watson, A. C., y Corrigan, P. W. (2005). Challenging public stigma. In P. W. Corrigan (Ed.), *On the Stigma of Mental Illness* (pp. 281-295). Washington D.C.: American Psychological Association.
- Wilson, C., Nairn, R., Coverdale, J., y Panapa, A. (1999). Constructing mental illness as dangerous: A pilot study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 33(2), 240-247.
- Wright, E. R., Gronfein, W. P., y Owens, T. J. (2000). Deinstitutionalization, social rejection, and the self-esteem of former mental patients. *Journal of Health and Social Behavior*, 41(1), 68-90.