

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DEL TRABAJO
GRADO EN TRABAJO SOCIAL

Trabajo Fin de Grado

EL ESTIGMA DE LA ENFERMEDAD MENTAL.

**Un análisis cualitativo de los discursos
universitarios.**

Alumnas:

PARDO LOSILLA, Paula Leticia

PEDRAZA LATORRE, Marta

Director:

CANTARERO ABAD, Luis

Zaragoza, Febrero de 2017



Universidad
Zaragoza



Facultad de
Ciencias Sociales
y del Trabajo
Universidad Zaragoza

*“Todos somos parte del tratamiento
De una enfermedad mental”.*

Campaña de sensibilización del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2005)

Agradecimientos

Todo este largo proceso del Grado en Trabajo Social, que ha ocupado cuatro años de nuestras vidas, y que nos ha hecho aprender a mirar las cosas desde otra perspectiva, a utilizar un enfoque distinto, más adecuado, a percibir la realidad desde otros ojos, a madurar, a crecer, que nos ha hecho conocer otras vidas –ya sea la de los profesores que nos han servido de guía, la de los profesionales que nos han brindado su ayuda durante la realización de nuestras prácticas de intervención, la de los usuarios a los cuales hemos tenido la maravillosa oportunidad de conocer, hasta los propios compañeros, en tantísimas ocasiones confidentes y soportes de apoyo en los momentos que más dificultad han entrañado-, no habría sido posible y, sin duda, no habría sido tan enriquecedor, sin la ayuda de todos los que han participado en ello.

Queríamos agradecer todo el apoyo que hemos recibido de tantas manos para lograr nuestro objetivo, esto es, comenzar, desarrollar y finalizar nuestro proceso formativo –aunque siempre quedan puertas abiertas e intenciones para continuarlo, sin lugar a dudas-. Estos agradecimientos van dirigidos a todas aquellas personas que, de una forma u otra, de manera más directa o indirecta, durante más o menos tiempo, se han involucrado en dicho proceso. Y, por supuesto, a todos nuestros amigos y familiares, presentes en todo momento, y sin los cuales los problemas serían muchísimo más complicados.

Gracias a los profesionales que nos hacen creer que todo esto merece la pena, en todos los sentidos que pueda tener la expresión (tanto en relación a conseguir una mayor igualdad y un fomento de mejora de la calidad de vida de los usuarios con los que se interviene, como en el hecho de la existencia de posibilidades para desarrollar nuestra práctica profesional en un futuro).

Especial mención a Pilar Vicente, Antonio Eito y Luis Cantarero, entre otros, que nos hacen valorar óptimamente el papel que desempeña la docencia, la importancia del mismo, la existencia de la capacidad de transmitir motivación y fuerza, a la par que conocimientos.

Resumen

El estigma presente en la enfermedad mental supone un problema social, y, por lo tanto, objeto de intervención de profesionales del sector, puesto que da lugar a la discriminación y marginación de este colectivo, como resultado de la conjunción de estereotipos y prejuicios que entrañan una percepción intensamente negativa de la persona que padece este tipo de trastornos, lo cual dificulta en gran medida la rehabilitación psicosocial de estos individuos. El estigma y sus consecuencias comportan tanto actitudes personales como sociales, fundamentadas ambas generalmente en el desconocimiento de esta realidad, que proyectan una honda brecha y separación del “nosotros” y el “ellos”, siendo este colectivo desacreditado, temido y excluido por gran parte de la población. Por todos estos motivos, hemos considerado relevante como futuras trabajadoras sociales investigar acerca de esta temática, pues se trata de un colectivo vulnerable hacia el que se producen actitudes sociales de rechazo.

Términos clave

Estigma público, autoestigma, enfermedad mental, discriminación, estrategias.

Abstract

The stigma found in mental illness is a social issue and then the object of professionals intervention in this sector, since it leads to discrimination and marginalization of this group, as a result of the conjunction of stereotypes and prejudices which give an negative perception of the person suffering from this kind of mental disorder, which greatly hinders the psychosocial rehabilitation of these individuals. Stigma and its consequences involve both personal and social attitudes, both of which are generally based on ignorance of this reality that create a big gap from the “we” and the “them”, discrediting this group of people, feared and largely excluded of the population. For all this motives, as futur social workers, we decided to investigate about this subject we considered relevant and we'll talk about this group of vulnerable people victim of attitudes of rejection from the actual society.

Keywords

Public stigma, self-stigma, mental illness, discrimination, strategies.

Índice

1. Introducción y justificación del tema escogido	6
2. Presentación del objeto de estudio y de los objetivos de la investigación	8
2.1. Objetivos.....	8
2.2. Hipótesis	8
3. Metodología	10
3.1. Población objeto de estudio.....	11
3.2. Informantes	12
4. Marco teórico	13
5. Resultados	21
5.1. Asociación del enfermo mental con “loco”	21
5.2. Vinculación de la enfermedad mental con la violencia.....	23
5.3. Reacciones emocionales negativas derivadas de los estereotipos	24
5.4. Conocimiento parcial e incompleto.....	25
5.5. Inexistencia de diferencias significativas entre grados universitarios	28
5.6. Percepción de anormalidad en los individuos que padecen trastornos mentales	29
5.7. Las experiencias previas y su influencia en la percepción de los entrevistados	31
5.8. Diferenciación del trato proporcionado a personas con TM	33
5.9. Influencia de los medios de comunicación en la enfermedad mental.....	37
5.10. Conciencia del rechazo de la población hacia las personas que padecen trastorno mental	40
6. Papel del trabajo social frente al estigma de la enfermedad mental	42
7. Propuestas de mejora	47
8. Conclusiones	50
9. Bibliografía	53
10. Anexos.....	56
10.1. Material aportado en la asignatura “Métodos y técnicas de investigación cualitativa”.....	56
10.2. Formato de entrevista realizada a los informantes.....	63
10.3. Formato de entrevista utilizado para entrevistar a la TS	63
10.4. Ejemplos de noticias sobre enfermedad mental.....	65

Índice de tablas

Tabla 1. Informantes de la investigación.....	12
Tabla 2. Falsas creencias y realidades. Fuente: FEDEAFES (2012).....	38

1. Introducción y justificación del tema escogido

Con este Trabajo Fin de Grado pretendemos averiguar cuál es la imagen que una muestra de 15 estudiantes de la Universidad de Zaragoza tiene acerca de la enfermedad mental, con el fin de conocer si las personas afectadas con trastorno mental se encuentran estigmatizadas. A su vez, nos gustaría establecer, de entre la muestra con la que contamos, si hay alguna diferencia significativa en la forma de pensar en cuanto a la enfermedad mental dependiendo de la carrera universitaria que estén cursando los estudiantes a los que pretendemos entrevistar, puesto que intuimos que la perspectiva es diferente si se trata de personas cuya formación está más relacionada con lo social o lo sanitario y personas que estén estudiando otros grados universitarios (como ingeniería, filología clásica, derecho, geografía...). Para completarlo, hemos tomado la determinación de realizarle una entrevista a la autora del capítulo “Marginación y enfermedad mental” (Alodia Abad, trabajadora social del hospital de Barbastro (Huesca) y especializada en Trabajo Social en salud mental), presente en el libro “Lo social en la salud mental”, en el que aborda específicamente la problemática del estigma de la enfermedad mental.

Consideramos que es un asunto con interés social, puesto que esta grupalidad se halla muchas veces discriminada, y, como estudiantes de Trabajo Social, creemos relevante conocer este tipo de realidades para tratar de fomentar el cambio e intentar promover la integración e inclusión social de aquellos colectivos más vulnerables.

Una de las razones por las que hemos escogido este tema es debido a que la salud mental siempre ha sido algo que nos ha llamado la atención, y, dado que como futuras trabajadoras sociales es uno de los campos en los que podemos desarrollar nuestra práctica profesional, creemos que es interesante estar informadas.

Durante la estancia de Paula Leticia Pardo Losilla en el Hospital Clínico Universitario “Lozano Blesa” realizando el Practicum de intervención, tuvo la oportunidad de acompañar en su labor a la trabajadora social que se encarga de la planta de Psiquiatría a lo largo de toda una mañana y le resultó muy interesante el trabajo realizado. A su vez, estuvo ejerciendo de voluntaria en ASAPME (Asociación Aragonesa Pro Salud Mental) en el Taller Ocupacional, con personas con trastorno mental grave, hecho que todavía ha incitado más su curiosidad hacia el tema.

En el caso de Marta Pedraza Latorre, la oportunidad de cursar las prácticas externas de Trabajo Social en el Centro de Salud Bombarda “Monsalud” le ha permitido indagar y tomar conciencia del lugar que ocupa el trabajo social en el sistema sanitario, advirtiéndole ser un campo que le resulta muy interesante conocer, ya que es muy completo y lleno de casos diversos y complejos, que permiten explorar un gran abanico de

especialidades que derivan del Trabajo Social sanitario: tercera edad, minusvalías, trabajo en salud mental... siendo este último, el más interesante y atractivo para continuar con su formación postgrado.

Otra de las razones por las que se ha iniciado nuestro interés hacia esta temática es que tras haber realizado una búsqueda exhaustiva de bibliografía recomendada sobre esta problemática, hemos observado que constan otras investigaciones acerca del estigma de la enfermedad mental, sin embargo, en su mayoría, estos trabajos de investigación están enfocados desde las perspectivas de las personas que soportan dichas consecuencias resultantes de sufrir una enfermedad mental, así como la de sus familiares. Por este motivo nos ha parecido interesante abordar otra perspectiva, orientándolo hacia el colectivo de jóvenes estudiantes universitarios, desde la cual no se ha dirigido ninguna de las investigaciones encontradas durante la revisión bibliográfica, hecho que nos resulta incongruente, pues este colectivo, desde nuestra humilde opinión, es valioso en cuanto a su consideración como la nueva generación de futuros profesionales.

Nuestra investigación está dividida en distintos apartados, a saber: presentación del objeto de estudio y de los objetivos de la investigación, en el que se establecen, además de los propósitos de la misma, las hipótesis iniciales; metodología, en la que se especifica el tipo de investigación realizada según su finalidad, sus objetivos, su alcance temporal, sus técnicas, el tipo de selección de la muestra y las fuentes utilizadas, así como la técnica de recogida de datos, la población objeto de estudio, ámbito geográfico y la tabla en la que están presentes todos nuestros informantes; marco teórico de referencia; interpretación de los resultados de la propia investigación; la labor del trabajador social para paliar la estigmatización de las personas afectadas por trastorno mental; propuestas de mejora y, finalmente, las conclusiones de todo el trabajo llevado a cabo y la bibliografía utilizada. Asimismo, se contará con un apartado de anexos en el que estará presente el formato de entrevista realizada a los informantes, el formato de entrevista realizada a una trabajadora social, etc.

2. Presentación del objeto de estudio y de los objetivos de la investigación

2.1. Objetivos

Con la presente investigación, el objetivo general que pretendemos alcanzar es averiguar si está presente el estigma que se asocia a la enfermedad mental en una muestra seleccionada de 15 jóvenes estudiantes de la Universidad de Zaragoza. Asimismo, nos planteamos una serie de objetivos específicos, a saber:

- Indagar sobre el conocimiento o desconocimiento que nuestros participantes tienen acerca de la enfermedad mental.
- Descubrir si están presentes en nuestros informantes los estereotipos y prejuicios que entrafia el trastorno mental y que se encuentra en el imaginario colectivo.
- Analizar si la percepción actual que tienen ha estado influenciada por la oportunidad de tener contacto con personas afectadas por esta enfermedad, o si, por el contrario, se encuentra relacionada con la falta de trato hacia este colectivo.
- Observar si existen diferencias significativas en la imagen que se tiene de la enfermedad mental entre personas que estén cursando grados relacionados con ciencias de la salud o ciencias sociales y otros.

2.2. Hipótesis

A continuación procedemos a plantear una serie de hipótesis que posteriormente confirmaremos o refutaremos a raíz de nuestro estudio:

- Existe una percepción de la persona que padece enfermedad mental como violenta, impredecible y agresiva.
- Está presente en la sociedad un gran desconocimiento acerca de esta problemática, que muchas veces conlleva la estigmatización del colectivo.
- Diferentes enfermedades mentales portan distintos grados de estigmatización.
- Pueden hallarse diferencias entre personas que estudien grados relacionados con la salud y lo social y otro tipo de grados –derecho, filología clásica, geografía, ingeniería...- puesto que estos primeros cuentan con más información, y deberían estar más concienciados.
- Las actitudes predominantes hacia una persona que padece trastorno mental son de rechazo.

- La forma de percibir la enfermedad mental y de comportarse respecto a los individuos que la padecen adquiere un matiz positivo a raíz de tener contacto con estos.

3. Metodología

De acuerdo al procedimiento que pretendemos seguir para llevar a cabo nuestra investigación, podemos establecer que se trata de una investigación básica, puesto que “tiene como finalidad el mejor conocimiento y comprensión de los fenómenos sociales” (Sierra, 2008: 32). No pretendemos transformar la realidad con la que vamos a trabajar, sino simplemente conocer cómo es esa realidad. A pesar de que nuestro objetivo no es producir cambios, sí formularemos unas propuestas de mejora respecto a la problemática tratada.

Respecto a su alcance temporal, es una investigación seccional o sincrónica, puesto que se realiza en un momento determinado, esto es, desde septiembre de 2016 hasta enero de 2017.

En relación a los objetivos que perseguimos, se trata de una investigación descriptiva¹, pues queremos conocer cómo es un fenómeno social en un momento determinado –en el caso que nos atañe, si en la población objeto de estudio existe estigma o no hacia la enfermedad mental-.

Asimismo, es cualitativa en tanto que se orienta a “descubrir el sentido y significado de las acciones sociales” (Sierra, 2008: 35). Lo que queremos es saber qué piensan nuestros informantes acerca de la enfermedad mental, poniendo el énfasis en la individualidad de cada uno de ellos, en sus vivencias, averiguar si lo que se piensa tiene que ver con el conocimiento o desconocimiento, conocer los sentimientos que se tienen al respecto y cómo repercuten en sus acciones de aceptación y tolerancia o rechazo y discriminación, etc.

En cuanto a la selección de la muestra, ha sido intencional, puesto que se ha escogido a personas conocidas que están cursando distintos grados universitarios. A su vez, la técnica de bola de nieve ha servido de gran ayuda –esto es, la solicitud de colaboración a nuestros informantes ya entrevistados para conseguir realizar más entrevistas a conocidos suyos que estuvieran dispuestos a ello-.

Las fuentes que hemos utilizado para poder llevarla a cabo son mixtas, es decir, son tanto primarias como secundarias. Primarias puesto que hemos entrevistado nosotras mismas a los participantes de nuestra investigación, y secundarias debido a que en la elaboración de nuestro marco teórico de referencia nos hemos servido de bibliografía –libros escritos por autores especializados en el tema, artículos científicos de revistas- y de webgrafía, por lo que la información consultada para ello ha sido elaborada por otros autores.

¹ Estos conceptos son conocidos gracias a haber cursado en el Grado de Trabajo Social la optativa de “Métodos y técnicas de Investigación Cualitativa”, impartida por las profesoras Carmen Gallego Ranedo y Eva María Tomás del Río. En los anexos incluimos el documento en el que se especifica el significado tanto de investigación descriptiva como de investigación seccional.

La técnica de investigación manejada ha sido la entrevista cualitativa, porque nuestro objetivo es “conocer la individualidad de la persona entrevistada y ver el mundo con sus ojos (...), conocer la perspectiva del sujeto estudiado, comprender sus categorías mentales, sus interpretaciones, sus percepciones y sentimientos, los motivos de sus actos” (Corbetta, 2007: 344). Las entrevistas son estructuradas, puesto que se le ha formulado las mismas preguntas a todos los entrevistados, y en el mismo orden. No obstante, se le proporciona al informante total libertad de expresión, y, de hecho, se le anima a que proporcione más datos, más información, de diversas formas (respetando los silencios en la conversación, realizando incisos en el caso de no comprender bien la cuestión planteada, volviendo a repetir la pregunta, etc.)

Para poder estudiar la información obtenida proporcionada por los entrevistados, se han llevado a cabo grabaciones de voz de sus declaraciones, previo consentimiento de estos. Posteriormente, se ha procedido a la transcripción literal de las mismas, con el objetivo de analizar e interpretar los datos recabados.

3.1. Población objeto de estudio

La muestra de participantes seleccionada consta de 15 personas, todas estudiantes de la Universidad de Zaragoza. Dentro de ésta, se encuentran individuos de distintos grados universitarios, a saber:

- Derecho
- Psicología
- Trabajo Social²
- Ingeniería mecánica
- Ingeniería industrial (Academia General Militar).
- Ingeniería informática/ diseño y desarrollo de videojuegos
- Historia del arte
- Filología clásica
- Magisterio de primaria
- Geografía
- Fisioterapia
- Enfermería
- Medicina

² Cabe destacar que tres de las quince personas entrevistadas cursaban el Grado en Trabajo Social.

Por un lado, el hecho de escoger a población universitaria se fundamenta en dos razones principales: la primera de ellas, por facilidad de acceso a ésta, puesto que se van realizar entrevistas personales con los participantes, y, la segunda, debido a que consideramos que, al tratarse de personas con una formación académica superior, deberían estar más informadas al respecto.

Por otro lado, el seleccionar a personas que estudian grados tan distintos lo consideramos útil para poder establecer si existen o no diferencias en cuanto a la información con la que cuentan unos y otros, creyendo que aquellos individuos que realicen estudios relacionados bien con lo social o bien con la salud (enfermería, fisioterapia, trabajo social, psicología) deberían estigmatizar menos al colectivo de personas con enfermedad mental por el hecho de encontrarse más próximos al contacto y conocimiento de la problemática.

La edad de los participantes escogidos en nuestra muestra oscila entre los 20 y los 35 años. En relación al género, éste no ha sido una variable tenida en cuenta en la investigación, es decir, nuestros informantes son tanto hombres como mujeres, pues consideramos que no es un aspecto que tenga ninguna influencia a la hora de conocer la existencia o no del estigma hacia el colectivo de personas afectadas por trastornos mentales.

Nuestra investigación se ha desarrollado entre septiembre de 2016 y enero de 2017. En cuanto al ámbito geográfico escogido, éste ha sido la ciudad de Zaragoza.

3.2. Informantes

Informante	Edad	Sexo	Grado universitario
Informante 1	22	Mujer	Filología clásica
Informante 2	23	Hombre	Ingeniería mecánica
Informante 3	30	Mujer	Psicología
Informante 4	34	Mujer	Magisterio de primaria
Informante 5	29	Mujer	Derecho
Informante 6	28	Hombre	Ingeniería informática/ diseño y desarrollo de videojuegos
Informante 7	23	Hombre	Geografía
Informante 8	25	Mujer	Trabajo Social
Informante 9	22	Mujer	Enfermería
Informante 10	23	Mujer	Trabajo Social
Informante 11	29	Mujer	Trabajo Social
Informante 12	22	Hombre	Historia del arte
Informante 13	23	Hombre	Ingeniería Industrial/ Academia General Militar
Informante 14	27	Hombre	Fisioterapia
Informante 15	20	Mujer	Medicina

Tabla 1. Informantes de la investigación: elaboración propia

4. Marco teórico

Pese a haber conseguido importantes progresos en cuanto al tratamiento y visión de la enfermedad mental a lo largo del tiempo, resulta evidente que todavía queda mucho por hacer. Aún hoy en día siguen existiendo actitudes excluyentes hacia dicho colectivo, situación creada por la conjunción de estereotipos y prejuicios que dan lugar a actitudes sociales de rechazo y a la discriminación, aunque estos se encuentran lejos de la realidad.

El conjunto de creencias habitual imperante en la sociedad es la percepción del enfermo mental como “loco”, persona peligrosa, impredecible, violenta, rebelde, irresponsable e, incluso, en muchas ocasiones, incompetente, y, como resulta evidente, los medios de comunicación juegan un papel crucial a la hora de fomentar esta imagen negativa de la enfermedad mental. Esto es así puesto que muchas de las noticias que salen a la luz respecto a esta temática relacionan los trastornos mentales con la violencia de forma intrínseca. Por estas razones, sería conveniente alertar sobre este tipo de situaciones, así como educar a la población para que sean conscientes de estos hechos y analicen la información que reciben desde un punto de vista crítico.

Cabe resaltar que el proceso de estigmatización es un fenómeno social, dependiente del contexto en el que nos encontremos y del momento histórico –no se percibía de igual forma al enfermo mental hace cien años que actualmente, de igual forma que no reciben el mismo tratamiento a día de hoy este colectivo de personas en un país desarrollado que en otro que se encuentre en vías de desarrollo³-. Y lo que es más, no portan el mismo grado de estigma unas enfermedades mentales que otras. Por ejemplo, no se tiene la misma consideración o percepción de una persona que padece una depresión o ansiedad que de aquel individuo que sufre un trastorno esquizofrénico.

Abordar a principios del Siglo XXI el estigma que produce la enfermedad mental puede resultar algo anacrónico, teniendo en cuenta los avances realizados en el manejo de estas enfermedades y la mejora lograda en la calidad de vida de quienes se ven afectados por ellas. Sin embargo, el estigma que rodea a esta enfermedad desde hace siglos no sólo no parece disminuir, sino que, incluso, en algunos contextos parece haber aumentado⁴ (Aretio, 2009: 290).

Para comenzar este Trabajo Fin de Grado, es necesario, en primer lugar, delimitar el significado de trastorno mental, y, en segundo lugar, establecer en qué consiste el concepto de estigma, para comprender por qué uno y otro se hallan estrechamente vinculados.

³ Lo que puede comprobarse visualizando documentales como “Los olvidados de los olvidados”.

⁴ Siguiendo la normativa APA, hemos separado del texto, disminuido el interlineado, así como aumentado la sangría y suprimido el entrecorillado en aquellas citas que contienen más de 40 palabras.

¿Qué se entiende por “salud”? Basándonos en la definición aportada por la Organización Mundial de la Salud, se puede definir este concepto como “el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 2017)⁵. Por lo tanto, se pone de relieve que las influencias del entorno en el que se vive también tienen un gran peso a la hora de mejorar o empeorar el estado de salud de las personas. En esta línea, cabe entenderse que las intervenciones realizadas en el ámbito sanitario se lleven a cabo a través de la coordinación interdisciplinar de distintos profesionales –médicos, enfermeros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, psicólogos, trabajadores sociales...-.

Tras delimitar el significado de salud, resulta interesante saber a qué nos referimos cuando hablamos concretamente de “salud mental”. La OMS hace referencia a este concepto como “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (OMS, 2013).

En cuanto a la conceptualización que ha sido utilizada para referirse a la enfermedad mental podemos decir que ha ido variando atendiendo al ámbito temporal y geográfico determinado. En un primer momento, se utilizaba el término “locura” para nombrar esta afección, razón por la que perdura en el imaginario colectivo la representación de los individuos que padecen este tipo de enfermedades como “loco”, lo cual afecta profundamente la interacción que suele desarrollarse para con esta grupalidad. Posteriormente, comenzó a utilizarse el concepto de “enfermedad mental”, hasta llegar a nuestros días, en los que se hace referencia a esta problemática como “trastorno mental”.

Todos estos conceptos utilizados para nombrar la misma realidad, han sido, son y serán con frecuencia manipulados por la sociedad para apartar a aquellas personas que manifiestan comportamientos -consecuencia de la sintomatología de la enfermedad- que difieren de lo socialmente establecido como “normal”. Estas conductas consideradas atípicas o “anormales” han sido utilizadas desde el punto de vista clínico, específicamente psiquiátrico, como criterios diagnósticos a la hora de establecer la presencia o no de trastornos mentales.

Actualmente, la Asociación Española de Neuropsiquiatría enfatiza la necesidad de una definición práctica de trastorno mental que aúne unos criterios comunes que logren delimitar a la población objeto de la misma, ofreciéndole así a los profesionales implicados en la intervención unas líneas de actuación adecuadas a las necesidades reales de los individuos afectados, tales como un tratamiento y una atención diversa resultante de la existencia de un abanico muy amplio de alteraciones o patologías.

⁵ La cita procede del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, y entró en vigor el 7 de abril de 1948. La definición no ha sido modificada desde 1948.

Por ello, para ayudar así al profesional a agilizar y clarificar el problema estudiado, la American Psychiatric Association (APA) ha desarrollado en su Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales el DSM. El DSM-IV establecía un sistema multiaxial que se fundamentaba en la creación de unos ejes que permitían clasificar e identificar los trastornos mentales en relación a distintas áreas de información. Los ejes tenidos en cuenta hasta entonces fueron los siguientes:

- Eje I: Trastornos clínicos. Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica.
- Eje II: Trastornos de la personalidad. Retraso mental.
- Eje III: Enfermedades médicas.
- Eje IV: problemas psicosociales y ambientales, entre los que encontramos:
 - Problemas relativos al grupo primario de apoyo
 - Problemas relativos al ambiente social
 - Problemas relativos a la enseñanza
 - Problemas laborales
 - Problemas de vivienda
 - Problemas económicos
 - Problemas de acceso a los servicios de asistencia sanitaria
 - Problemas relativos a la interacción con el sistema legal o el crimen
 - Otros problemas psicosociales y ambientales
- Eje V: evaluación de la actividad global.

Posteriormente, en el 2014, se publica el DSM-V, que deja de tener en cuenta estos ejes, pues “la distinción multiaxial entre los trastornos de los Ejes I, II y III no implica que haya diferencias fundamentales en su conceptualización, que los trastornos mentales no estén relacionados con factores o procesos biológicos o físicos, ni que las afecciones médicas generales no estén relacionadas con factores o procesos psicosociales o conductuales” (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014: 16).

Pero, ¿a qué se le considera “trastorno mental”? Se trata de:

Un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental. Habitualmente los trastornos mentales van asociados a un estrés significativo o una discapacidad, ya sea social, laboral o de otras actividades importantes (Asociación Americana de psiquiatría, 2014: 20).

O, en otras palabras:

El trastorno mental puede definirse como una alteración emocional, cognitiva y comportamental que sitúa a la persona en los márgenes de la normalidad, dificultando en

mayor o menor medida su adaptación al medio. Siendo la normalidad los patrones emocionales, cognitivos y comportamentales compartidos por la mayoría de la sociedad (Vázquez, en Badallo, 2012: 35).

Entre los trastornos incluidos en la clasificación prevista en el DSM-V, encontramos:

- Trastornos del neurodesarrollo (discapacidad intelectual, trastornos de la comunicación, del espectro autista, por déficit de atención/hiperactividad, del aprendizaje, trastornos motores, trastornos de tics)
- Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos
- Trastorno bipolar y trastornos relacionados
- Trastornos depresivos
- Trastornos de ansiedad
- Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados
- Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés
- Trastornos disociativos
- Trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados
- Trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos
- Trastornos de la excreción
- Trastornos del sueño-vigilia [...]

Como ya hemos nombrado, la población tiende a apartar, excluir y discriminar a esta colectividad. Los motivos para ello pueden ser de diversa índole, desde el desconocimiento, pasando por la información recibida por los medios de comunicación, hasta la escucha de experiencias por parte de los diversos círculos de socialización –amigos, familiares, vecinos...- o la propias vivencias. Sea como fuere, es una realidad que las personas que padecen este tipo de enfermedades son consideradas “diferentes”, así como que en muchas ocasiones reciben injustamente las etiquetas de “agresivos”, “inestables”, “incompetentes” y un largo etcétera. Se establece de esta forma una dicotomía entre el “nosotros” y el “ellos”, situando a estos últimos constantemente en los márgenes de la sociedad. Es por todo ello por lo que se habla de que la enfermedad mental se encuentra estigmatizada.

El estigma no se trata de un concepto estático, sino dinámico, que ha ido variando a lo largo del tiempo, tal y como lo especifica Alodia Abad Ruiz en su capítulo “Marginación y enfermedad mental”:

Históricamente el estigma ha tenido diferentes significados. Desde las antiguas Grecia y Roma, en las que estigma era una palabra que describía las marcas tatuadas o quemadas en la piel de los esclavos o delincuentes, identificándolos con un estatus marginal o de desviación. (Michaels, López, Rüsck y Corrigan, 2012), hasta las sociedades de la Edad Media, donde se llegaba a marcar con un hierro candente a los criminales para poder

identificarlos. No nos vamos a ocupar de estos significados, sino del que nos habla de la marca atribuida por la sociedad. De la marca, la señal que desacredita, que diferencia al otro y lo discrimina (Abad, 2015: 190).

Se trata de una “señal de infamia, de deshonor, de bajeza moral” (General Diccionario de la Lengua Española, 2009: 490).

La sociedad establece los medios para categorizar a las personas y el complemento de atributos que se perciben como corrientes y naturales en los miembros de cada una de esas categorías. El medio social establece las categorías de personas que en él se pueden encontrar (Goffman, 1989: 11)

De esta forma, el autor explica cómo en las apariencias de nuestros primeros contactos con otras personas, establecemos en qué categoría se encuentra cada una de ellas, así como los atributos que son propios de esa categoría, lo que denomina “identidad social”. Así, conformamos unas expectativas de cómo es y cómo se comporta el otro, creando su “identidad social virtual”, diferente a su “identidad social real”, que contendría los atributos que realmente le son propios. En el caso de que estos sean considerados negativos, nos encontramos frente a un estigma. Si creemos que la persona con la que estamos interactuando tiene atributos que lo hacen diferente, marcando una distancia entre el “nosotros” y el “ellos”, pasa a considerarse una persona inferior y se tiende a menospreciarlo, a no tenerlo en suficiente consideración y a no gozar por nuestra parte de la aceptación y respeto que debería. “El término estigma será utilizado, pues, para hacer referencia a un atributo profundamente desacreditador” (Goffman, 1989:13).

Existen diferentes tipos de estigmas, a saber:

- Físicos: debidos a defectos físicos o corporales.
- Psicológicos: consecuencia de alteraciones psicológicas como las enfermedades mentales.
- Sociales: se refieren a atributos dependientes de la etnia, la cultura o diversos factores sociales como la pobreza (Badallo, 2012: 103).

Asimismo, este autor hace una distinción entre el estigma “de nacimiento” –es decir, el inherente a la persona, como podría ser, por ejemplo, la etnia- y el estigma adquirido –aquél que surge cuando una persona pasa a formar parte de un grupo socialmente estigmatizado. Por ejemplo, alguien que, tras sufrir un accidente, queda discapacitado-.

En el caso de la enfermedad mental nos encontramos frente a lo que se ha denominado estigma psicológico, que, a su vez, es adquirido.

Por supuesto, existe una gran variedad de colectivos que se encuentran estigmatizados. Entre ellos podríamos encontrar a los delincuentes, los drogodependientes, las prostitutas, los discapacitados, las personas sin hogar, las personas mayores, los inmigrantes, presidiarios o ex presidiarios, etc.

El caso que nos atañe, concretamente, es el de las enfermedades mentales, profundamente estigmatizadas. Se discrimina a las personas que las padecen debido a que están presentes en el imaginario colectivo una serie de creencias estereotipadas negativas con las que se categoriza a dicho grupo, que proyectan una honda brecha entre unos y otros. Tal y como hemos mencionado anteriormente, para dar lugar a la discriminación es necesario, en primer lugar, la existencia de una serie de estereotipos y prejuicios.

Según el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2013), las definiciones de estos son las siguientes:

Los estereotipos son el conjunto de creencias, en gran parte erróneas, que la mayoría de la población tiene en relación a un determinado grupo de personas y que condicionan la percepción y valoración del grupo (...) (p.3)

Estas creencias pueden dar lugar a los prejuicios. Estos reflejan la disposición de la población general para actuar de una manera habitualmente negativa hacia los miembros del colectivo estereotipado, sin analizar si hay alguna razón que lo justifique (...) (p.3)

Finalmente, una consecuencia particularmente negativa de los prejuicios es la discriminación, por la cual los miembros de un colectivo estereotipado son privados de sus derechos (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013:3). (p.3)

Para comprenderlo mejor, hemos considerado necesario establecer una serie de ejemplos. Como hemos visto, los estereotipos son un conjunto de creencias que la mayoría de una población dada comparte acerca de un colectivo. Un ejemplo de estereotipo acerca de la enfermedad mental es la creencia de que son violentos e impredecibles. La reacción emocional que suscita el mismo –lo que se ha denominado prejuicio– es el miedo y la desconfianza. Todo ello daría lugar a una actitud social de rechazo, de desaprobación, que es la discriminación. Se efectúa cuando los individuos deciden no mantener relaciones interpersonales con alguien que padece este tipo de enfermedad, cuando un empresario decide no emplearlo o cuando el propietario de una vivienda toma la determinación de no alquilarla.

Para que un sujeto o grupo social sea estigmatizado, debe existir un grupo dominante con cierto poder –ya sea económico, político o social– que desacredite la diferencia del sujeto o grupo estigmatizado. “El estigma se da de un grupo dominante hacia un grupo marginal. Nunca de un modo inverso, puesto que el padecer un estigma provoca una situación de exclusión social” (Badallo, 2012: 103). Y esto es precisamente lo que sucede con el colectivo de personas que padecen un trastorno mental, tan frecuentemente discriminadas y excluidas por la sociedad. Pero, ¿quién estigmatiza? En muchas ocasiones, no se trata

únicamente de personas alejadas de la problemática, sino que también lo hacen algunos de los profesionales que intervienen con este colectivo, las mismas familias, sus entornos más cercanos (como vecinos, amigos...) e incluso existe lo que se ha denominado el “autoestigma”, concepto que desarrollaremos *a posteriori*.

La existencia del estigma puede y probablemente en la mayoría de los casos así lo hará, agravar la situación de las personas que padecen enfermedad mental, que han de hacer frente no sólo a la sintomatología propia del trastorno que se esté sufriendo, sino también al hecho, muchas veces conocido por los afectados, del rechazo social que genera, de la discriminación a la que en innumerables ocasiones se ven expuestos. La no aceptación de esta situación, la incompreensión contra la que hay que luchar y la desaprobación por parte de un gran número de población tendrá muchas veces consecuencias muy negativas en cuanto a la rehabilitación psicosocial de este colectivo. Es más, conduce a que los individuos que puedan creer estar sufriendo un episodio propio de una enfermedad mental no acudan a los servicios de atención psiquiátrica por el miedo a ser etiquetado como “enfermo mental”, así como la no adherencia al tratamiento de aquellos que ya han tenido contacto con los servicios correspondientes. Es decir, los estereotipos, prejuicios, discriminación y, en conclusión, el estigma que rodea a esta enfermedad dificulta que se detecten los trastornos en sus primeros estadios, así como también la recuperación. En cuanto a tratarse de un hecho que produce marginación, que establece distancias sociales entre “nosotros” y “ellos”, que dificulta el desarrollo de una vida plena y que afecta radicalmente a la calidad de vida de estas personas, nos encontramos frente a un problema social.

Anteriormente, hemos nombrado una de las tipologías de estigmas –a saber; físicos, psicológicos o sociales-, si bien existe otra clasificación que consideramos de especial interés en relación al enfoque que estamos proporcionando:

- El estigma público. Consiste en las reacciones del público general hacia un grupo basadas en el estigma sobre ese grupo (...) (Arnaiz y Uriarte, 2006: 52).
- El autoestigma. Se refiere a las reacciones de los individuos que pertenecen a un grupo estigmatizado y vuelven las actitudes estigmatizadoras contra ellos mismos. Como el estigma público, el autoestigma consta de estereotipos, prejuicio y discriminación (...) El autoprejuicio conlleva reacciones emocionales negativas, especialmente autoestima y autoeficacia bajas (Ídem, 2006: 52).

Como se puede deducir de lo anteriormente expuesto, nos encontramos ante un problema social, en tanto que afecta la calidad de vida de las personas afectadas, puesto que dificulta su inclusión e integración social. Debe ser, por tanto, objeto de estudio e intervención de los profesionales que tienen contacto con personas con trastorno mental, entre los que por supuesto se encuentran los trabajadores sociales.

Existen varias estrategias que han sido utilizadas con el fin de erradicar o, al menos, disminuir, en la medida de lo posible, el estigma asociado a la enfermedad mental, que son las siguientes:

1. La protesta. El hecho de que varias personas implicadas en la problemática –ya se trate del propio colectivo, sus familias, profesionales que intervienen con ellos o personas individuales que son conscientes de las dificultades que acarrea el papel que juega la población a la hora de estigmatizar a este colectivo-, se agrupen y se manifiesten en contra de determinadas actuaciones de los medios de comunicación que favorecen la exclusión de las personas con TM, tiene consecuencias positivas. Por una parte, en ocasiones se consigue la erradicación de publicaciones, anuncios, etc., que fomentan una imagen negativa de la enfermedad mental, y, por otra parte, sirve para unir a distintas personas que por el motivo que sea tienen una implicación en esta causa, aumentando el autoestima y la autopercepción de quienes se ven afectados por la enfermedad mental. Pese a que esta estrategia está comprobado que tiene una repercusión positiva, esta no parece mantenerse a largo plazo.
2. La educación. Resulta de vital importancia que se informe a la población acerca de la enfermedad mental, tanto de lo que es en sí misma, como de los distintos tipos de TM que existen, las consecuencias que muchas veces acarrea, las barreras que impone la sociedad, etc., puesto que gran parte de los estereotipos y prejuicios se encuentran entreteljidos en el desconocimiento. Las reacciones emocionales negativas que puede provocar esta situación en gran parte de la población se debe fundamentalmente a la carencia de información al respecto. Los programas educativos que deberían realizarse a la hora de aportar información real, habrán de ser de larga duración para que tengan efectividad, así como tratar de incluir en ellos a un amplio espectro de población. Asimismo, si estos programas pudieran estar protagonizados o, al menos, participaran en ellos personas afectadas por enfermedad mental, ayudaría a romper con las creencias estereotipadas arraigadas en el imaginario colectivo.
3. El contacto. La existencia de prejuicios, estereotipos, actitudes sociales de rechazo y discriminación, y, en definitiva, el estigma, estriba en gran parte del desconocimiento, dentro del cual se encuentra la falta de interacción con la problemática en cuestión. En este caso concreto, las imágenes negativas que se encuentran presentes y se reproducen sobre la enfermedad mental encuentran su estabilidad y resistencia en la falta de oportunidades de conocer a gente real que se vea afectada por dicha enfermedad. Es por ello por lo que sería muy efectiva esta estrategia a la hora de romper con la estigmatización del colectivo, pues, de esta forma, los individuos se harían conscientes de que la imagen negativa que se reproduce poco tiene que ver con la imagen real de los individuos con TM.

“Todas las estrategias tendrán su parte de efectividad, más o menos duradera, pero al final parece que la combinación de ellas, especialmente de la educación y el contacto, serán las que mejores resultados obtendrán” (Abad, 2015: 202).

5. Resultados

5.1. Asociación del enfermo mental con “loco”

Una de las preguntas planteadas en esta investigación es: “Cuando se hace referencia a la enfermedad mental, ¿a qué lo asocia? ¿Qué es lo primero que le viene a la mente?”.

Frente a esta cuestión, nos hemos encontrado con que la mayoría –por no decir todos- los entrevistados han tenido amplias dificultades para definir el concepto que se tiene por enfermedad mental. Todo el mundo parece tener una idea de lo que percibimos cuando se habla de esta problemática, pero no se sabe definirlo de una manera clara y precisa.

Llama la atención que varios de los informantes hacen alusión a que lo primero que les viene a la mente cuando se habla de una persona afectada por esta dolencia, es un “loco”. La palabra “loco” se utiliza socialmente con un carácter claramente despectivo, y el término ha ido evolucionando, pasando a considerarse “enfermedad mental” y, posteriormente, “trastorno mental”, si bien la realidad es que ambos conceptos son más utilizados en el ámbito clínico y en el familiar.

Estas redefiniciones del concepto también provocan diferencias en el trato dado a este colectivo, pasando de ser considerados extraños o alienados a, como ocurre en la actualidad, personas con una dolencia (aunque prácticamente esta conceptualización es inexistente fuera de los círculos profesionales y familiares -y no todos los miembros de esos círculos comparten la misma concepción-) (Badallo, 2012: 31).

No debemos olvidar que nuestra forma de definir personas, situaciones, acontecimientos o problemáticas deja entrever muchas veces el trasfondo de lo que pensamos al respecto. Utilizar la palabra “loco” para referirse a las personas afectadas por enfermedad mental, no es otra cosa que la propia estigmatización del colectivo. El uso de este término esconde un significado peyorativo, que a su vez establece la dicotomía “cuerdos” y “locos”, refiriéndose el primero a los miembros del endogrupo (“nosotros”) y el segundo, a aquellos que conforman el exogrupo (“ellos”). Se categoriza, a su vez, de esta forma, en función a un único atributo, esto es, la enfermedad mental.

Nuestro uso del lenguaje es revelador⁶ con respecto al uso de etiquetas para distinguir a “nosotros” de “ellos”. Por ejemplo, es común llamar a alguien *esquizofrénico* en vez de llamarlo *persona con esquizofrenia*. Para las enfermedades físicas, a menudo se trata las cosas de manera diferente y las personas dicen habitualmente que una persona tiene cáncer. La persona que tiene cáncer sigue siendo una de “nosotros” y tiene un atributo,

⁶ Hemos destacado en negrita aquellos aspectos que hemos considerado importantes en relación a las diferentes cuestiones planteadas.

mientras que el *esquizofrénico* pasa a formar parte de “ellos”. De esta forma **el lenguaje puede ser una fuente poderosa y signo de estigmatización** (Arnaiz y Uriarte, 2006: 51).

El lenguaje es un elemento central en este proceso: constituye la cristalización de las dinámicas de poder. Nunca es un elemento neutro. Cuando a una persona concreta se la nombra en función de un solo rasgo desacreditador (depresiva, maníaca, esquizofrénica, inmigrante, prostituta...) lo que se evidencia en el fondo es el producto de la lucha social por el poder, el juego entre quienes ganan y quienes pierden. **Por ello es tan importante nombrar de otra manera** (Aretio, 2010: 292).

Algunas de las declaraciones en las que podemos identificar este término son las siguientes:

“Me viene a la mente una imagen muy mermada de sus capacidades, lo que habitualmente llamamos loco/a, que no te acercas a ella, aunque yo sí. En el ámbito general es el concepto que hay, que no te le acercas, que es violenta, aunque yo como tengo personas cercanas, sé que no es así, que hay casos y casos (...)” (Informante 5)

“Una persona que no está en sus plenas facultades. Depende del caso, no sé, depende de la enfermedad mental que tenga. Pues si es un esquizofrénico, como se diría vulgarmente, un loco (...)” (Informante 8)

“Pues quizá antes sí que lo percibía como una persona pues que está loca, una persona que... Como que le pasa algo ajeno que... No sé, como una persona rara, ¿vale? Pero ahora sí que realmente lo entiendo pues como una enfermedad completamente normal (...)” (Informante 9)

“La típica imagen que te podría venir de un enfermo mental o que a la gente normal le vendría de un enfermo mental sería el típico loco de un psiquiátrico o un esquizofrénico (...)” (Informante 10)

Llegados a este punto, resulta interesante detenerse a plantearse qué entendemos por “loco”. La Real Academia Española lo define de la siguiente forma: “que ha perdido la razón”, “de poco juicio, disparatado e imprudente” (RAE, 2017). “El loco es más que el alienado de la sociedad: es el ocioso, el extravagante. Aquel, en definitiva, que realiza conductas mal vistas por cualquier motivo en su entorno” (Foucault, en Badallo, 2012: 32).

Por lo tanto, se puede deducir que, además de ser un término con un claro componente despectivo cuya utilización tiende a la marginación del colectivo en sí, poco se aproxima a la concepción real de lo que es un trastorno mental.

Padecer un trastorno mental no implica “haber perdido la razón”, “tener poco juicio”, “ser disparatado e imprudente”, así como tampoco “realizar conductas mal vistas”, y, por lo tanto, el utilizar

dicho término para referirse a las personas que padecen esta afección está fuera de lugar, y tememos que los medios de comunicación ejercen una amplia influencia negativa a la hora de reproducir este tipo de imágenes de la persona con enfermedad mental.

5.2. Vinculación de la enfermedad mental con la violencia

Como hemos visto, para que un colectivo sea estigmatizado deben existir una serie de estereotipos y prejuicios que deriven en actitudes discriminatorias hacia el mismo, y esto es exactamente lo que sucede con los individuos que padecen enfermedad mental. Uno de los estereotipos más arraigados es aquel que generaliza la idea de que todas las personas aquejadas de trastornos mentales son violentas.

Podemos establecer que este tipo de prejuicios están plasmados en la forma de pensar de muchas de las personas que hemos tenido la oportunidad de entrevistar. Algunos de los ejemplos que podemos citar para esclarecer esta idea son los siguientes:

“Yo creo que en general, cuando habla la gente de enfermedad mental pues es de locura, por lo tanto, a todo el mundo se le ocurre asimilarlo o igualarlo con locura, entonces a la gente lo que se le viene a la cabeza es miedo, **“a esta gente igual le da un brote y me revienta la cabeza porque le lleve la contraria”**, o no lo sé, o cualquier otra actitud, sobretodo actitud de locura, y **que vaya a ser agresivo con la persona que no tiene esa enfermedad”** (Informante 4).

“Pues yo por lo menos cuando pienso que una persona es un enfermo mental, yo creo que la gente siente miedo, miedo, pero no miedo... Miedo porque un enfermo mental no es dueño de sus actos, o por lo menos no creo que todos sean dueños de sus actos, a no ser que estén medicados, entonces yo por lo menos lo que siento es miedo de **que vayan a realizar un acto que sea agresivo, que sea dañino, que hagan algo malo, ¿sabes? Que hagan algo malo, que hagan algo que sea agresivo hacia tu persona**, yo creo, por lo menos esa es mi visión de cuando una persona es enferma mental” (Informante 1).

“[...] Porque **puede haber gente que sea violenta o peligrosa**, no por ella, sino por la enfermedad que tienen, que ellos mismos no lo saben y se debe actuar con ciertas precauciones” (Informante 2)

Podemos comprobar claramente que existe en nuestros informantes el estereotipo de que las personas con trastorno mental son violentas.

“[...] **Con una persona que a lo mejor es violenta**, que tiene algún síndrome de asperger, que sé que está en tratamiento psiquiátrico severo y demás, sí que tendría más

reparo, cuidaría un poco más las distancias, a lo mejor no le cogería la confianza desde el primer momento, sí que iría con un poco más de pies de plomo” (Informante 3)

Así pues, nos damos cuenta de que uno de los problemas a los que se enfrenta la enfermedad mental es la lucha contra los estereotipos anclados en el imaginario colectivo. Dicha afección no se encuentra vinculada con la violencia, pese a que se hayan dado casos de personas que padecieran algún tipo de trastorno y que hayan realizado algún acto violento. El hecho de que ocurran casos aislados no supone la generalización de que así sea, de forma inherente.

¿Qué significa ser violento/a? “Dicho de una persona: que actúa con ímpetu y fuerza y se deja llevar por la ira”, “que implica el uso de la fuerza, física o moral” (Real Academia Española, 2017).

Creemos que uno de los motivos fundamentales por los que se reproduce tan extensamente la idea de que las personas con enfermedad son violentas es el trato que se le da a dicha afección desde los medios de comunicación, desde los que se establece una unión intrínseca entre ambos conceptos. Es más, consideramos que así es puesto que existen reportajes sensacionalistas –de los que hablaremos posteriormente-, en especial, acerca de los trastornos psicóticos. Los *Mass Media* divulgan publicaciones en las que personas que padecen trastornos psicóticos han cometido homicidios o actos violentos. De esto, la población deduce que los trastornos psicóticos –y en especial la esquizofrenia- llevan consigo de forma inherente la propensión a la violencia, lo que a su vez repercute en que en líneas generales se piense en enfermedades mentales y rápidamente aparezca en las imágenes mentales de la población la violencia. Pero realmente, si realizáramos una investigación y se planteara como cuestión si los individuos tienden a ver a una persona con depresión, autismo, retraso mental, ansiedad, alzheimer, anorexia o bulimia, entre los muchos trastornos mentales que existen, como una persona violenta, ¿la respuesta sería afirmativa? Lo dudamos considerablemente.

5.3. Reacciones emocionales negativas derivadas de los estereotipos

La consecuencia de los estereotipos, es decir, de las creencias acerca de un colectivo, es la reacción emocional negativa que suscita en los individuos. Los estereotipos formarían parte del componente cognitivo y los prejuicios del componente afectivo. En el caso que estamos tratando, el estereotipo reproducido de que “los enfermos mentales son peligrosos porque son violentos” suscita en las personas miedo y desconfianza.

“En principio yo también **sentía rechazo e incluso miedo**, pero a raíz de mis prácticas y de estar un poquito más en contacto con ellos, pues ese miedo se ha disipado, pero **sigue habiendo un respeto** hacia estas personas pues yo creo que pueden llegar a ser, debido a su enfermedad, *son impredecibles*, eso me causa inquietud al respecto (...)” (Informante 11)

“Pues yo creo que de primeras así la gente que no tiene cultura piensa que están “piraos”, en plan, que no se puede tratar con ellos, y ya está. Eso es lo que creo que la gente normal, bueno, normal, la gente en general piensa. Yo creo que la gente que no tiene ni idea sí que es excluyente, yo creo, **porque le da miedo a la gente**”. (Informante 13)

“(…) A todo el mundo se le ocurre asimilarlo o igualarlo con locura, entonces a la gente lo que se le viene a la cabeza es **miedo** (...)” (Informante 4)

Ese miedo que produce en la gente las personas con estos padecimientos, que no es más que una consecuencia del desconocimiento, de la falta de información al respecto, desemboca en conductas de evitación, de rechazo y discriminación, provocando la marginación de los individuos afectados.

Otro de los estereotipos muy reproducidos en relación a la problemática que estamos tratando es aquel que establece que “las personas con enfermedad mental son impredecibles”, y, como son impredecibles y la gente “no sabe cómo van a actuar”, piensan que no van a saber cómo comportarse en una situación en la que esté presente una persona con este tipo de padecimientos, creyendo a su vez que han de adoptar un tipo de conducta específica para saber relacionarse con este colectivo.

5.4. Conocimiento parcial e incompleto

Por un lado, nos hemos encontrado con la existencia de un conocimiento fragmentario de lo que es la enfermedad mental en todos nuestros participantes, puesto que ninguno ha sabido proporcionarnos una definición correcta de trastorno mental. Si bien algunos de ellos se han aproximado más al entendimiento del concepto, ninguno ha sabido plasmar lo que es la enfermedad mental en sí misma, independientemente de la gran variedad de trastornos existentes. Algunas de las referencias explícitas acerca de la descripción de enfermedad mental aportadas son las siguientes:

“Pues una persona que tiene sus capacidades mentales muy limitadas o mermadas, que puede o no depender de medicación, de más personas que le ayuden, no sé, que puede o no ir a terapia (...)” (Informante 5).

“Determinada persona que tiene algún problema social, algún problema mental el cual ya no sólo puede ser algo referido a lo social sino que también algo referido a todos los sistemas neurológicos que tenemos en nuestro cuerpo (...)” (Informante 3)

“Una persona que no está en sus plenas facultades (...)” (Informante 8)

“Un déficit o una carencia en alguno de los hábitos cotidianos de las personas”
(Informante 2)

“Generalmente me vienen enfermedades pues sí, tipo gente que no dirige bien sus actos o que no concibe la realidad tal y como es (...) a mí cuando alguien me dice un enfermo mental me viene más bien, pues eso, una esquizofrénica, una persona que no actúa apropiadamente, una persona que a lo mejor ve algo donde no lo hay (...)” (Informante 1)

Como resulta evidente, ninguna definición de las aportadas anteriormente serviría para definir la enfermedad mental, pero bien es cierto que no están muy equivocados en algunos de los aspectos. Por ejemplo, respecto a la información aportada por el informante 1, podemos decir que sí que hay enfermedades mentales cuyas consecuencias están relacionadas con el deterioro de las capacidades (por ejemplo, las demencias). Respecto a los datos proporcionados por el informante 3, cabe destacar que muchas veces las personas que padecen enfermedad mental tienen una gran diversidad de problemas relacionados con el acceso y correcto mantenimiento en los distintos ámbitos sociales (relaciones interpersonales, empleo, educación, vivienda...) Y, en relación a la afirmación del informante 2, lo cual lo interpretamos como dificultades a la hora de realizar actividades básicas de la vida diaria y en especial el gozar de una buena autonomía, también cabe resaltar que existen casos en los que se desarrollan amplias problemáticas con respecto a ello. Por lo tanto, en todos ellos se puede vislumbrar una pequeña noción de lo que es un trastorno mental, si bien va más allá de la información dada.

“Un estado mental que simplemente trastoca el estado normal de la persona”
(Informante 7)

Consideramos que esta definición peca de simplista, al extremo de poder relacionarse con otras muchas realidades. Por ejemplo, el hecho de padecer un accidente y tener que estar hospitalizado durante un periodo de tiempo –aunque sea breve-, también puede trastocar el “estado normal de la persona”, puesto que el/a afectado/a por lo general estará preocupado/a, nervioso/a por saber los resultados de la operación a la que tenga que someterse, triste si le dan un pronóstico negativo, etc. Por lo tanto, su estado –emocional- “normal” no será el mismo que inmediatamente después vivir esta circunstancia, y no por ello padece un trastorno mental.

“(…) Lo asocio con una persona que aparentemente puede ser normal pero que puede tener cualquier tipo de problema (...) que tiene una serie de circunstancias que le impiden actuar o razonar como una persona en plan normal” (Informante 12).

Este entrevistado hace referencia a que el atributo de “enfermo mental” no es visible, así como otros atributos estigmatizantes sí podrían serlo (por ejemplo, la raza). Asimismo, no le falta razón a la hora de exponer que no actúan o razonan tal y como dictaminan las normas sociales establecidas, teniendo en cuenta la definición aportada por el autor de “Estigma y salud mental”:

El trastorno mental puede definirse como una alteración emocional, cognitiva y comportamental que sitúa a la persona en los márgenes de la normalidad, dificultando en mayor o menor medida su adaptación al medio. Siendo la normalidad los patrones emocionales, cognitivos y comportamentales compartidos por la mayoría de la sociedad (Vázquez, en Badallo, 2012: 35).

Otros de nuestros informantes han expuesto ejemplos de enfermedad mental a la hora de responder a la cuestión planteada, así como algunos han hecho alusión a los sistemas neurológicos y el sistema nervioso central. Nos hemos encontrado, a su vez, con casos en los que se reconoce abiertamente tener poca información al respecto:

“Es cierto que yo, por ejemplo, si alguien me dice que sufre un trastorno mental, yo nos los conozco todos. Me faltan muchos. (Ríe).” (Informante 4)

“Otra y, ahora mismo, no sé si alguno más, así... Bueno... Es que no estoy muy informada y por eso no lo sé”. (Informante 1)

Como conclusión, podemos afirmar que todos los entrevistados han hecho un esfuerzo para tratar de proporcionarnos una definición adecuada, siendo ésta una realidad difícil de delimitar, sin embargo, aunque la información aportada sí puede estar relacionada con la enfermedad mental, no abarca todo lo que supone la existencia de un trastorno mental. Así pues, consideramos que el conocimiento que se tiene acerca de esta temática es bastante limitado.

Por otro lado, pese a que los ejemplos de enfermedad mental citados por lo general suelen ser escasos, todos los entrevistados han expuesto, al menos, uno. El más nombrado de todos ellos ha sido el trastorno obsesivo compulsivo (9 veces), seguido de cerca por la esquizofrenia (8), la depresión (5) y el trastorno bipolar (4). Se han nombrado asimismo otras enfermedades, como el alzheimer, el autismo, el parkinson, los trastornos de conducta alimentaria (TCA), el trastorno de ansiedad, el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), aunque con menos frecuencia que los expuestos anteriormente. Cabe destacar que se han ejemplificado enfermedades en varios casos que no se encontrarían clasificadas dentro del amplio abanico de TM presentes en el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), como la esclerosis múltiple o la parálisis cerebral.

Por consiguiente, no podemos afirmar que exista en nuestros participantes un desconocimiento total de lo que es la enfermedad mental, pero sí que el conocimiento que se tiene es insuficiente o muy parcial. Ya se trate de una falta de conocimiento o de la parcialidad de la información que se tiene acerca de la temática planteada, esto acarrea en muchas ocasiones la existencia y permanencia de estereotipos y prejuicios que conllevan actitudes discriminatorias y la estigmatización del colectivo en sí, es por ello por lo que a nivel social ha de ponerse mayor énfasis en que se sepa de lo que se trata y se rompan las actitudes de miedo y rechazo.

5.5. Inexistencia de diferencias significativas entre grados universitarios

Si bien una de las hipótesis formuladas era que podían hallarse diferencias significativas en cuanto al conocimiento e información, así como grado de estigmatización, entre personas que cursen estudios relacionados con la salud o lo social y otros tipos de grados universitarios, con la presente investigación, y en relación a los participantes de la misma, hemos descubierto que la hipótesis ha sido refutada, puesto que no hemos hallado evidencias de que así sea. Por el contrario, ninguno de los informantes, como se ha establecido en el apartado anterior, ha sabido formularnos una descripción acertada de lo que es la enfermedad mental. Asimismo, no hay una relación directa entre los estudios que se cursen y la cantidad de trastornos mentales que se conozcan, exceptuando algunos casos puntuales de personas que parecían tener un mayor conocimiento acerca de la temática (2 de 8, de entre los entrevistados que cursaban estudios relacionados con la salud/lo social).

De entre los entrevistados, cuatro de ellos cursaban estudios relacionados con lo social (tres de trabajo social y uno de psicología) y tres vinculados a la salud (uno de ellos fisioterapia, otro enfermería y otro, medicina). El resto pertenecían a otro tipo de ciencias (de la educación, ciencias jurídicas, estudios de ingeniería industrial, mecánica e informática (dentro de la Escuela de Ingeniería y Arquitectura), ciencias geográficas, filológicas e historia del arte).

Al inicio de nuestro Trabajo Fin de Grado, nos planteamos que podrían existir contrastes importantes entre las personas con estudios de un tipo o de otro, pues la lógica nos incitaba a pensar que aquellas relacionadas con la salud habrían recibido más formación e información sobre este tipo de patologías, así como, a su vez, pensábamos que los informantes vinculados con lo social serían más conscientes de la situación de exclusión en la que viven estos colectivos, de igual forma que creíamos que tendrían más datos al respecto –cabe destacar que una de las informantes realizó su Practicum de intervención en un centro de salud, como estudiante de trabajo social-. No obstante, nos hemos encontrado con que el nivel de

información es bastante similar en unos y otros casos –es decir, escaso-, así como que el grado de estigmatización no varía en función de estas variables.

De entre los estudiantes de trabajo social, sólo uno de ellos destacó por contar con más información que el resto de los entrevistados, así como también lo hizo otro de ellos que estaba cursando psicología. En cuanto al resto de ramas, nos ha parecido que una de las informantes procedente de las ciencias jurídicas y otra relacionada con las ciencias de la educación tenían más conocimiento que la media de nuestros entrevistados.

En cuanto a los criterios tenidos en cuenta a la hora de establecer si existe conocimiento o desconocimiento, nos hemos basado fundamentalmente en las dos primeras cuestiones planteadas en la entrevista, esto es, la definición de enfermedad mental que establecían los entrevistados y la ejemplificación de estas afecciones. Asimismo, nos ha llamado especialmente la atención que dos de ellos han hecho alusión al fenómeno de la estigmatización que sufren las personas con trastorno mental, lo cual también conduce a pensar que tenían más noción de la temática.

En relación a averiguar en cuál de ellos está presente el estigma hacia las personas que padecen enfermedad mental, nos hemos basado en las imágenes y adjetivos que utilizaban a la hora de describir a una persona con enfermedad mental (“loco”, “personas que no controlan sus actos”, “que son agresivos”), en las reacciones emocionales que suscitan en ellos (miedo, desconfianza, temor a la impredecibilidad) y en lo que han llegado a establecer en respuesta a la pregunta que se ha planteado en la que se formulaba si tendrían el mismo trato con una persona que padeciera TM que con otra que no.

5.6. Percepción de anormalidad en los individuos que padecen trastornos mentales

Generalmente, cuando se estigmatiza a un colectivo, los individuos que lo conforman pasan a ser considerados miembros diferentes a “nosotros”, y, por lo tanto, no son “normales”, no son “iguales” que el resto. Esto es lo que sucede con las personas aquejadas por trastornos mentales.

Mientras el extraño está presente ante nosotros puede demostrar ser dueño de un **atributo** que lo vuelve **diferente** a los demás (dentro de la categoría de personas a la que él tiene acceso) y lo convierte en alguien menos apetecible –en casos extremos, en una persona casi enteramente malvada, peligrosa o débil-. De este modo, **dejamos de verlo como una persona total y corriente** para reducirlo a un ser inficionado y menospreciado. Un atributo de esa naturaleza es un estigma, en especial cuando él produce en los demás, a modo de efecto, un descrédito amplio [...] (Goffman, 1989: 12).

A la hora de hablar de enfermedad mental, ya sea en ambientes distendidos de ocio o en esta misma investigación –puesto que ha podido comprobarse-, se tiende a referirse a las personas que no se ven afectadas por trastornos mentales como “gente normal”, mientras que aquellos que sí se ven afectados por ellos son catalogados como “locos” o “no normales”. Lo que sucede con todo esto es que, cuando se concibe a alguien como “no normal” y, por consiguiente, “diferente”, se produce una propensión a infravalorar a ese “otro”, a no respetarlo como se haría con una persona considerada “normal” (aquella que no padeciera un trastorno mental), a no percibirlo en una situación de igualdad, y a proporcionarle un trato distinto, más vejatorio.

Son bien conocidas las actitudes que **nosotros, los normales**, adoptamos hacia una persona que posee un estigma, y las medidas que tomamos respecto de ella, ya que son precisamente estas respuestas las que la benevolente acción social intenta suavizar y mejorar. **Creemos**, por definición, desde luego, **que la persona que tiene un estigma no es totalmente humana**. Valiéndonos de este supuesto practicamos diversos tipos de discriminación, mediante la cual reducimos en la práctica, aunque a menudo sin pensarlo, sus posibilidades de vida. Construimos una teoría del estigma, **una ideología para explicar su inferioridad** y dar cuenta del **peligro que representa esa persona** (...) (Goffman, 1989: 15).

Pero, ¿cómo han expresado nuestros informantes esta concepción dicotómica normalidad/anormalidad?

“La típica imagen que te podría venir de un enfermo mental o que **a la gente normal** le vendría de un enfermo mental sería el típico loco de un psiquiátrico” (Informante 10)

“Cuando alguien habla de la enfermedad mental pues rápidamente lo asocio con una **persona que en plan aparentemente puede ser normal**, en plan a simple vista, pero puede tener cualquier tipo de problema que sea como... Es que es difícil de explicar. Pues que tiene una serie de circunstancias que le impiden actuar o razonar **como una persona en plan normal**” (Informante 12)

“Eso es lo que creo que **la gente normal**, bueno, normal, la gente en general piensa (...)” (Informante 13).

5.7. Las experiencias previas y su influencia en la percepción de los entrevistados

Otra de las preguntas planteadas en esta investigación ha sido: “¿En alguna ocasión ha tenido contacto con una persona que padeciera alguna de estas enfermedades? En el caso de que así sea, ¿su percepción ha cambiado?”

Nos encontramos con que una gran mayoría de los participantes afirman (exactamente 13 de 15 personas) haber tenido contacto con personas afectadas por trastorno mental, ya sea de manera más superficial –por ejemplo, en prácticas de intervención con usuarios- o más profunda, habiendo mantenido relaciones de amistad e incluso relaciones familiares con individuos que padecieran depresión, anorexia, trastorno obsesivo compulsivo, etc.

Este contacto, identificado por Abad (2015) como estrategia de lucha contra el estigma asociado a la enfermedad mental, ha ayudado a disminuirlo en muchos de nuestros entrevistados, si bien sigue permaneciendo esta problemática pese al cambio de percepción, como se ha establecido en apartados anteriores, en los que se especifica que la permanencia de estereotipos y las reacciones emocionales negativas que generan estos –como miedo, desconfianza, etc.- es uno de los factores de existencia del estigma.

Pese a ello, resulta muy positivo la confirmación del cambio de percepción en el 86,6% de nuestra muestra objeto de estudio. Esta circunstancia ratifica que el contacto es la estrategia más efectiva para disminuir o erradicar el estigma.

Algunos de los ejemplos que clarifican nuestros argumentos son los siguientes:

“Claro, es que también empecé ese contacto una vez ya empezaba la universidad con lo que ya tenía ciertas bases académicas al respecto, pero sí que es verdad que aunque te lo expliquen en clase, hasta que no lo vives esos tabúes los sigues teniendo, entonces una vez que tratas con ellos es más fácil que te los quites, por eso veo esencial el, la inserción social de esas personas, porque te das cuenta cuando convives con ellas que no son para nada peligrosas. Por eso veo esencial que se inserten en la sociedad y que las personas convivan con personas con TM y que se den cuenta de que no son peligrosos, que son personas normales” (Informante 9)

“Sí, ha variado (...) realmente yo antes pensaba que una persona con un trastorno pues sería bastante más inestable y más irritable de lo que en realidad puede ser (...)” (Informante 12).

“Antes juzgaba mucho y ahora, he aprendido a no, a callarme las cosas, ya te digo, a pensar un poquito más hacia esas personas. Son todos tan distintos entre sí que no podría generalizar nada en absoluto” (Informante 5).

“Pues igual sí, sí que ha cambiado porque me lo esperaba como más exagerado, totalmente, mucho más exagerado” (Informante 13).

No obstante, advertir que pese a que algunos de nuestros entrevistados afirman no haber cambiado de percepción tras el contacto con las personas con este tipo de enfermedades, esto ha sido así puesto que la interacción desarrollada con individuos que padecieran esta afección ha sido constante y desde edades muy tempranas, lo que ha permitido tener una actitud de tolerancia desde sus inicios, demostrándose de este modo, que un contacto previo, temprano y continuado con personas con TM es la estrategia más concluyente.

“(…) Al haberlo tenido [contacto] desde pequeño, siempre he tenido la misma actitud de intentar aceptarlo todo, inclusión, aceptación” (Informante 7).

Por lo tanto, podemos afirmar que “el contacto es la estrategia más efectiva” (López et al, en Abad, 2015: 201). O, en otras palabras, el escaso contacto previo, motiva que la percepción hacia las personas que padecen alguna enfermedad mental sea negativa, es decir, una perspectiva propia cargada de estereotipos y prejuicios.

Si bien es cierto que el contacto y la interacción favorecen una apreciación más positiva hacia las personas con enfermedad mental, es importante insistir que el contexto en el cual se efectúa dicho contacto es vital para lograr su efectividad.

Por ejemplo, podemos observar que un contacto previo negativo no favorece un cambio de perspectiva.

“(…) Luego en las prácticas sí que tuve contacto con un esquizofrénico, o, podemos decirlo así, alguien que había llegado a padecer un trastorno por un abuso del consumo de alcohol, y la verdad, es por lo que digo, estaba en su casa, porque fui con mi profesora de prácticas, y me encontré muy incómoda, no sabía cómo actuar ante la pasividad y la parsimonia de mi trabajadora social viendo que tenía pues, eso, su experiencia, sabiendo cómo tratarlo, intenté imitarla, pero esa incomodidad seguía ahí, esa impotencia de no saber cómo actuar, de no saber qué hacer, qué decir, fue... No fue una experiencia buena...” (Informante 11).

En este caso, ni el contexto ni las condiciones son las adecuadas, es decir, tal y como se estipula en las Estrategias de lucha contra el estigma en salud mental (2013), para que este contacto sea realmente modificador es importante que las circunstancias en torno a las cuales surja éste sean de la siguiente manera:

- En **igualdad de estatus**: las interacciones entre miembros de diferentes grupos sólo general actitudes positivas cuando estos participan con un mismo estatus.

- La interacción tiene que favorecer la posibilidad de que se genere una **aproximación personal**, la oportunidad de conocerse, generando momentos en que se puede entrar en conversación.
- La información que se intercambie durante la interacción tiene que favorecer la **disconformidad con los estereotipos negativos** hacia el colectivo.
- Los participantes tienen que perseguir **objetivos comunes**.
- Los participantes tienen que **cooperar activamente** entre ellos (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013: 14).

En este caso, y tras realizar una lectura de los criterios anteriormente detallados, podemos concluir que la percepción de la entrevistada cargada de prejuicios y estereotipos nace de un contacto previo ocasionado en un contexto cuyas condiciones no favorecían un cambio de perspectiva ya que al producirse durante el periodo de prácticas, imposibilitó que las condiciones se diesen. Esto es así debido a que la situación en la que ambos toman contacto e interaccionan por primera vez no se inicia en igualdad de condiciones, ya que la entrevistada, como estudiante, acude a la entrevista en calidad de profesional, mientras que la persona que padece TM es requerida como usuario.

Otra razón, en relación a lo anterior, reside en que la interacción de ambos no tiene como objetivo una aproximación personal, sino profesional. Por lo tanto, la información obtenida de la entrevista tiene un objetivo práctico.

5.8. Diferenciación del trato proporcionado a personas con TM

Nos encontramos con el hecho de que al estar presente en la mayoría de la gente la concepción estereotípica de la persona con trastorno mental, conjugado con las reacciones emocionales que la misma suscita, pese a que haya casos en los que no se produce una discriminación directa, sí existe una tendencia a actuar de una forma distinta al saberse que la persona con la que se está interaccionando tiene esta afección. Siendo conscientes de esta situación, se han planteado dos cuestiones:

- a) ¿Su actitud sería la misma con una persona que sufre un TM que con otra que no lo padece?
- b) ¿Actuaría con más precaución en el primer caso?

Hemos encontrado especialmente útil el plantear estas dos preguntas, pues era probable que en la primera de ellas se produjera lo que se denomina “respuesta socialmente esperada”, es decir, que los entrevistados afirmaran que no existiría ninguna diferencia de trato en una circunstancia como la ejemplificada. Esto es así puesto que los informantes posiblemente creerían que el reconocer adoptar una actitud distinta para con este colectivo sería confirmar la efectucción de la discriminación, y, por lo tanto,

que estaría mal moralmente. Así pues, nos hemos encontrado respuestas variopintas. La segunda cuestión planteada, dependiendo de la respuesta, serviría para confirmar que existiría o no un trato distinto, pese a haber respondido negativamente en la pregunta anterior. Esto es precisamente lo que ha sucedido con algunos de ellos, que se ha producido una contradicción en sus respuestas, debido a que afirmaban que la actitud sería la misma tanto con una persona que padeciera TM como con otra que no, y posteriormente han alegado que sí que tendrían más precaución. Algunos de los ejemplos son los siguientes:

“Yo imagino que sí, yo imagino que sí, es que claro, depende de si una persona actúa normal, pues a lo mejor no actuaría con más precaución, pero desde luego **yo creo que ya vas con otra actitud** si sabes que esa persona padece alguna enfermedad mental, ya vas con... por ejemplo, aunque actúe bien ya vas con miedo a lo mejor de hacer algo o decir algo que a esa persona pueda causarle algún tipo de reacción negativa. Así que sí, yo creo que sí que iría de forma diferente, pero no creo que fuera de la misma forma con una persona que sé que no está medicada y que puede hacer cualquier cosa a con una persona que está controlada perfectamente y llevada por un profesional” (Informante 1)

Respecto a la información proporcionada por este informante, vemos por un lado cómo claramente se produce un contraargumento, pues por un lado afirma que “imagina que sí [que tendría la misma actitud]”, mientras que, por otro lado, reconoce abiertamente que “yo creo que ya vas con otra actitud si sabes que esa persona padece alguna enfermedad mental”. Por otro lado, encontramos que están presentes en él las reacciones emocionales negativas –prejuicios- (lo que puede deducirse de “ya vas con miedo a lo mejor de hacer algo o decir algo que a esa persona pueda causarle algún tipo de reacción negativa”) derivadas de los estereotipos (“las personas con enfermedad mental son violentas e impredecibles”).

“Lo intentaría aunque siempre tendría que adaptar las conversaciones, depende del grado y de la enfermedad mental que tenga tendrás que adaptar las conversaciones. **Si no sé a lo que me estoy enfrentando, sí [que actuaría con más precaución]**. Es decir, si no sé cómo va a reaccionar, si a la persona no la conozco, pues sí, posiblemente actúe con más precaución” (Informante 8)

En relación a esta respuesta también encontramos una contradicción, pues por un lado afirma que “intentaría [tener la misma actitud] y posteriormente reconoce que “pues sí, posiblemente actúe con más precaución”. Asimismo, está presente en este entrevistado la percepción de las personas afectadas por trastorno mental como impredecibles, lo que puede interpretarse de “si no sé a lo que me estoy enfrentando (...) si no sé cómo va a reaccionar, si a la persona no la conozco (...)”

“Me costaría. **Me costaría pero al final con bastante trabajo interno creo que lo acabaría consiguiendo (...)** Tendría en cuenta, claro, tendría en cuenta la enfermedad, igual que, a

ver, es que depende de qué hablara con ella, es una pregunta un poco ambigua, me refiero, por ejemplo... **Iría con más precaución**, pero sin que ella se diese cuenta, intentaría” (Informante 9).

“**Objetivamente, sí.** Pero yo, subjetivamente, tal y como nos ha criado y educado la sociedad, de una forma en la que como que vamos a ver a las personas que tienen eso, osea, que tienen una enfermedad mental, distintos, **es como que vamos a tratarlas de distinta forma**” (Informante 15).

En la información proporcionada por estos dos informantes se produce el mismo tipo de contradicción: afirmar por un lado que se tendría el mismo trato así como que se tendría más precaución.

Sin embargo, pese a que se han planteado estas dos cuestiones con la intención de ver cuál sería el comportamiento real de nuestro entrevistados para con una persona con enfermedad mental, intuyendo que se iba a producir la respuesta socialmente esperada en la primera, nos hemos encontrado con que algunos de ellos han hecho explícito sin ningún tapujo el hecho de que el comportamiento sería distinto. Podemos comprobarlo atendiendo a las siguientes informaciones:

“Pues supongo que no, ya te digo que tengo poca experiencia, osea, no he tenido un trato directo con una persona con trastorno mental, supongo que al principio se me haría un poco extraño (...)” (Informante 6).

“Lógicamente, no. Trataría de forma especial y adecuada a la gente que tuviera ciertos trastornos. No puedes hablar de la misma forma a personas que sabes que tienen una enfermedad a otras que son en teoría normales. Sí [actuaría con más precaución], porque puede haber gente que sea violenta o peligrosa, no por ella, sino por la enfermedad que tienen, que ellos mismos no lo saben y se debe actuar con ciertas precauciones” (Informante 2).

En cuanto a la información proporcionada por este informante, encontramos distintas cuestiones que merece la pena resaltar:

- Establece la dicotomía “nosotros” y “ellos”, refiriéndose por “normales” a la persona que no tiene esa afección y, por consiguiente, “anormales” a quien sí la padece.
- Está presente en el mismo los estereotipos de que “las personas con trastorno mental son violentas y peligrosas”.
- Da por hecho que este colectivo no tiene conciencia de la propia enfermedad, evidenciando una realidad que en muchísimas ocasiones no será así, por lo que establece una generalización.

“No. Sobre todo porque yo, a ver, tengo un punto de vista que sé cómo comportarme porque ya estudio de esto, pero creo que no se puede comportar igual, porque tienes que entender que a veces no te puede entender como otra persona (...)” (Informante 14).

Algunos de los entrevistados han afirmado que “depende de la enfermedad mental”. Esto, por un lado, nos deja entrever que son conscientes de que existen diversos tipos de trastornos mentales y que la sintomatología de cada uno de ellos es distinta, y, por otro lado, nos hace discernir que las distintas enfermedades mentales existentes portan una carga estigmatizante en mayor o menor grado.

Los distintos tipos de trastornos existentes difieren en su incidencia social. Por ejemplo, se ha encontrado que los trastornos psicóticos son más estigmatizantes que los del estado de ánimo (Granello & Wheaton, 2001), si bien es probable que esto sea así por el hecho de que los trastornos del estado de ánimo son más prevalentes y por tanto más aceptados socialmente (Magallares, 2001: 8).

“Depende. Por ejemplo, si es un trastorno sexual, depende de qué tipo de trastorno. Por ejemplo, a lo mejor cosas que no las tengo yo bien vistas, como puede ser la pedofilia, una persona que es agorafóbica tampoco lo entendería mucho, sin embargo, personas que tienen dislexia, depresión, una persona que acaba de salir de la droga, a lo mejor sí que los trataría de una manera diferente, incluso sería a lo mejor una discriminación positiva” (Informante 3).

“Te voy a responder siempre lo mismo: depende de qué tipo de enfermedad mental, depende de qué grado, depende de todo. Hay personas que no las aguantaría, directamente, hay personas que con un poco de esfuerzo les intentaría ayudar a mejorar, y hay personas que no tendría que hacer ningún tipo de esfuerzo para estar a gusto con ellas. Y habrá personas, por el ejemplo el trastorno bipolar, que sé que una vez estarán bien y otras... Y hay personas que por ejemplo con un trastorno de bipolaridad sabes que tendrás una etapa mala y ayudarle en la medida de lo posible, o... y ya está” (Informante 10).

“Depende de la enfermedad mental. Hombre, pues por ejemplo, si salgo de fiesta y me dice una chica que tiene un trastorno, pue yo que sé, sabes, no me voy a intentar aprovechar de ella, pero si es una depresión, tampoco voy a actuar como si fuese una persona normal, osea, porque va a haber ciertos temas que no voy a tocar, osea, eso no significa que vaya a ser excluyente pero obviamente no me voy a comportar igual (...) simplemente va a haber temas que no voy a tocar, osea, voy a tener tacto” (Informante 13).

Por lo tanto, después de todo lo anteriormente expuesto, consideramos que la gran mayoría de la muestra objeto de estudio seleccionada actuaría de forma distinta con una persona que padece enfermedad mental, puesto que en algunos de nuestros informantes puede entreverse debido a argumentos que engloban estereotipos extendidos acerca del colectivo en cuestión, que adoptarían una actitud “defensiva”

creyendo que no saben cómo van a reaccionar dichas personas. Al no proporcionarse el mismo trato que a una persona que no se vea afectada por dicho tipo de enfermedades, se dificulta la integración de este colectivo, y lo que es más, puede producir que aumente el autoestigma de los individuos con TM.

5.9. Influencia de los medios de comunicación en la enfermedad mental

Como hemos señalado en distintas ocasiones a lo largo de este trabajo, los medios de comunicación juegan un papel crucial a la hora de generar percepciones, negativas o positivas, en la población. Esto es así puesto que se trata de un canal a través del cual se transmite información a una gran cantidad de individuos. En el caso que nos atañe, cabe resaltar que las imágenes que se promueven acerca de la enfermedad mental son esencialmente negativas.

“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, en Muñoz et al, 2009: 307).

Siendo esta la realidad, no resulta de extrañar que se hayan publicado a lo largo del tiempo distintas Guías de Estilo para el tratamiento de las enfermedades mentales en los medios de comunicación, como por ejemplo las divulgadas por la Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Enfermos Mentales (FEAFES). FEDEFES (Federación de Euskadi de asociaciones de familiares y personas con enfermedad mental) proporciona en su “Guía de estilo. Cómo abordar la Salud Mental en los medios de comunicación” una tabla en la que queda reflejado cada uno de los mitos que giran en torno a la enfermedad mental con su correspondiente concepto real. Dados los objetivos de este trabajo de investigación, hemos considerado relevante incluir esta información:

4 Falsas creencias y realidades

Falsa creencia	Realidad
1 Las personas con enfermedad mental son violentas, peligrosas e imprevisibles	Las personas con enfermedad mental, en su conjunto, no son más peligrosas que el resto de las personas. Solo el 3% de las personas con enfermedad mental cometen actos violentos, cuando no reciben el tratamiento adecuado.
2 La enfermedad mental es algo infrecuente o aislado	Al contrario, las enfermedades mentales son universales y representan el 12,5% de todas las patologías, más que el cáncer o los trastornos cardiovasculares. Cinco de las diez primeras causas de discapacidad son debidas a problemas de salud mental. Estudios de la OMS desvelan que una de cada cuatro personas sufrirá algún tipo de enfermedad mental a lo largo de su vida.
3 Las personas con enfermedad mental no son capaces de cuidar de sí mismas	Las personas con enfermedad mental pueden cuidar de sí mismas y llevar una vida normalizada, con el tratamiento médico y los apoyos psicosociales adecuados.
4 Las personas con enfermedad mental no pueden convivir con el resto	El 88% de las personas con enfermedad mental viven con sus familias. Estos trastornos no tienen por qué impedir una vida normalizada y deben atenderse dentro del entorno habitual de la persona.
5 La enfermedad mental es incurable	La enfermedad mental puede superarse. En la actualidad existen tratamientos eficaces y expectativas razonables de mejoría. La mayoría de personas con enfermedad mental grave pueden recuperarse.
6 Las personas con enfermedad mental no pueden llevar una vida normalizada	Una persona con enfermedad mental puede vivir como los demás, tener pareja, casarse o tener descendencia y trabajar. Es beneficioso para su evolución disfrutar de relaciones afectivas significativas. Y desde luego, pueden desarrollarse en el trabajo como cualquier otra persona, siempre atendiendo a las particularidades de cada caso.

Tabla 2. Falsas creencias y realidades. Fuente: FEDEAFES (2012) en "Guía de Estilo. Cómo abordar la Salud Mental en los medios de comunicación", p.7.

Conocedores de la influencia mediática que estos ejercen, es indispensable la preocupación por la forma de expresarse y por el tipo de noticias que salen a la luz en cuanto al colectivo de personas que padecen trastornos mentales.

No se trata de un tema novedoso el hecho de que una gran parte de las publicaciones protagonizadas por individuos con esta afección se relacionen con una grandísima frecuencia con la violencia, y especialmente con la comisión de homicidios⁷. Esta circunstancia no hace más que mantener y fomentar la imagen negativa que se tiene acerca de estos individuos, vinculándolos de forma intrínseca con la

⁷ Lo que hemos ejemplificado en Anexos con la aportación de varias noticias presentes en los medios de comunicación digitales.

peligrosidad y la impredecibilidad, lo que sustenta para con ellos comportamientos evitativos y de exclusión que conducen hacia la marginalidad del colectivo en sí. Por supuesto, han existido, existen y existirán casos en los que personas con este padecimiento tengan actitudes violentas, si bien lo mismo sucede con individuos que no se ven afectados por trastorno mental. Esto es, no es necesario tener una enfermedad mental para ser violento.

Resulta preocupante a nivel social que el poco conocimiento que se tiene acerca de la enfermedad mental se encuentre en manos de los medios de comunicación, puesto que como ya hemos hecho explícito, no favorecen una imagen positiva, relacionada con la recuperación o rehabilitación, sino que más bien no hacen sino alimentar los estereotipos ya presentes que provocan reacciones emocionales negativas y actitudes de discriminación. Cabe hacer hincapié en el hecho de que todo lo que se transmite a través de los *mass media* es elaborado por personas, y, como tal, éstas no están libres de estereotipos y prejuicios. Por todos estos motivos, sería beneficioso realizar más campañas de sensibilización contra la estigmatización de las personas que sufren trastornos mentales, así como poner más énfasis en que las noticias que se transmitan sean más objetivas y se ajusten más a la realidad de las personas con esta afección.

Asimismo, potenciando esta imagen distorsionada acerca de este tipo de enfermedades se ahonda la brecha de la percepción dicotómica entre el “nosotros” y el “ellos”, lo que a su vez provoca el aumento del autoestigma de las personas diagnosticadas, haciendo que se proceda con gran frecuencia al ocultamiento de la enfermedad, dificultando la rehabilitación y produciendo el propio aislamiento de estas personas, unido al sufrimiento provocado tanto por la sintomatología determinada como por las actitudes sociales excluyentes. Sería necesario “normalizar” esta enfermedad y darle el mismo trato que a otras tantas –lo que, por supuesto, actualmente no se realiza-, especialmente teniendo en cuenta que “a nivel mundial, una de cada cuatro personas se verá afectada por trastornos mentales o neurológicos en algún momento de su vida” (OMS, 2001).

5.10. Conciencia del rechazo de la población hacia las personas que padecen trastorno mental

Nos hemos encontrado, sorprendentemente, con que la gran mayoría de nuestros informantes (14 de 15) son plenamente conscientes del rechazo y la marginación a los que se ven sometidos las personas afectadas por esta enfermedad. Sólo dos de las personas entrevistadas tiene una percepción positiva de la actitud social que adopta la población hacia dicho colectivo. Las declaraciones de estos entrevistados ante la cuestión: “¿cuáles cree usted que son las actitudes predominantes en la sociedad hacia aquellos individuos que padecen enfermedad mental”? han sido las siguientes:

“Yo creo que tolerancia sería la primera palabra, yo creo que sí. Hay mucha gente que intenta ayudar a esas personas, ¿no? Tolerancia yo creo y hoy en día intentar informarse sobre las diferentes enfermedades para así saber cómo actuar, aunque siempre habrá gente que, pues claro, no los tratará igual que al resto, y los marginará en la sociedad” (Informante 2).

Este informante tiene una visión positiva del trato que se le proporciona a las personas que adolecen esta afección, si bien a su vez es también consciente de que también existen actitudes sociales de rechazo.

“Pues yo creo que la sociedad pues, no los excluye pero les trata como adaptándose a ellos, ¿no? En plan no son, no sé, que no son totalmente como ellos son, sino que intentar hacer que la otra persona pues se sienta bien y hacen como que su enfermedad no es tan importante” (Informante 12).

Por supuesto, cabe destacar que consideramos que no todo el mundo los margina, los excluye o los discrimina, y no todas las personas tienen estereotipos y prejuicios acerca de la enfermedad mental, pero bien es cierto que la actitud general sí tiende a ello.

Los enfermos mentales son un grupo “castigado” por la sociedad en general que se enfrenta a dificultades y barreras que en muchas ocasiones les imposibilita el desarrollo de una vida plena y satisfactoria en las mismas condiciones que el resto. Se están quedando fuera del sistema público, ven reducido el disfrute de sus derechos sociales en numerosas ocasiones, se enfrentan a dificultades de acceso al mundo educativo, al mercado laboral normalizado y consecuentemente sus ingresos son reducidos, o incluso inexistentes. Se encuentran con limitaciones en la participación social, actividades de ocio y tiempo libre, etc. [...] Las personas con enfermedad mental son protagonistas de procesos de marginación y exclusión, y continúan quedando fuera de nuestro sistema en numerosas ocasiones (Abad, 2015: 185).

Consideramos que puede ser muy útil que la población general sea consciente de que este colectivo tiene amplias dificultades de inclusión social, pues la piedra angular de todo impulso de cambio ha de ser la conciencia de un problema que ha de tratarse de paliar. Es decir, reconocer que las personas afectadas por enfermedades mentales se encuentran excluidas socialmente es el primer paso para que haya iniciativas e implicaciones para tratar de cambiar esta situación.

La conciencia de este problema se ha exteriorizado de la siguiente forma por algunos de nuestros informantes:

“Rechazo, rechazo, ignorancia, prejuicios, egoísmo, miedo, no sé, en general, pues bloqueo absoluto e ignorancia total, como no sabemos lo que es, juzgamos, criticamos y estamos a la defensiva, porque ya consideramos que es violento, carecemos de empatía total. Hoy en día la gente deja mucho que desear, sobre todo en estos casos, no nos planteamos el ponernos en el lugar del otro, no nos lo planteamos jamás” (Informante 5).

“Rechazo, marginación, es lo mismo por decirlo de alguna manera. La gente no acoge a la otra persona como un igual, lo infravaloran, socialmente en un endogrupo no está igual de aceptado. La exclusión social, el rechazo, el que la gente no lo tiene aceptado como una norma social, entonces al no tenerlo aceptado como una norma social, a esa persona se le va a rechazar, no va a ser tratada igual, se piensan que no sirven para lo mismo, no están a su mismo nivel, salen del endogrupo que se crea y no hay manera de ubicarlos en otros endogrupos” (Informante 3).

6. Papel del trabajo social frente al estigma de la enfermedad mental

Si entendemos el Trabajo Social como “una profesión basada en la práctica y una disciplina académica que promueve el cambio y el desarrollo social, la cohesión social, y el fortalecimiento y la liberación de las personas. Los principios de la justicia social, los derechos humanos, la responsabilidad colectiva y el respeto a la diversidad son fundamentales para el trabajo social” (Consejo General del Trabajo Social, 2017), cabe comprender que tiene un papel importante con respecto a la lucha contra estigma que acecha a la enfermedad mental.

Esto es así puesto que la disciplina profesional de la que estamos hablando trabaja especialmente con colectivos vulnerables, y no es necesario detenerse demasiado a deliberar para darse cuenta de que las personas con enfermedad mental son uno de ellos, ya no sólo por el hecho de padecer este tipo de enfermedades y tener que hacer frente a la sintomatología de las mismas, sino y especialmente por el rechazo social que sufren los afectados. Si bien anteriormente hemos expuesto que el estigma es un fenómeno social que surge como resultado de la conjunción de estereotipos, prejuicios y actitudes discriminatorias, es necesario promover un cambio de mentalidad que origine comportamientos más tolerantes, orientados a la aceptación e inclusión.

Es imprescindible crear conciencia sobre este fenómeno y generar empatía, y para ello es fundamental la información. Uno de los problemas que es necesario erradicar es el desconocimiento, pues muchas actitudes de rechazo derivan del mismo, por ello diversos autores establecen que las estrategias más útiles para combatir el estigma es la combinación de la información con el contacto. Así pues, las emociones más frecuentes suelen ser el miedo y la incomodidad de no saber cómo actuar, subyacentes a las creencias más que extendidas de que las personas que padecen enfermedad mental son violentas y, por lo tanto, peligrosas, así como impredecibles. Si la población tuviera la oportunidad de tener contacto con individuos afectados por trastorno mental, es más que probable que las estructuras mentales de lo que se entiende por enfermedad mental cambiaran, esto es, que los estereotipos disminuyeran o se erradicaran. En este sentido, en los centros escolares en los que cuentan con trabajadores sociales, sería interesante que se proporcionara información sobre el colectivo y el fenómeno social del estigma, con el objetivo de crear conciencia y sentido crítico en los estudiantes.

Atendiendo a la definición del objeto del Trabajo Social aportada por Zamanillo (1999: 29), entendemos el mismo como:

Todos los fenómenos relacionados con el malestar psicosocial de los individuos ordenados según su génesis socio-estructural y su vivencia personal.

1. Génesis estructural: los problemas psicosociales derivados de la falta de producción y de desarrollo de las oportunidades vitales necesarias para el crecimiento de los individuos en las situaciones de pobreza, privaciones morales, sociales y culturales, dependencia, marginalidad, desintegración social, desafiliación, desviación social, y cualesquiera otras que impidan la realización de su autonomía, su identidad social y su desarrollo personal.
2. Vivencia personal: padecimiento del malestar que provoca perturbaciones en sus distintas esferas de relación social: familiar, laboral, comunitaria e institucional.

Entendemos, pues, que el estigma de la enfermedad mental es un fenómeno que genera malestar psicosocial en los individuos que lo padecen, pues el hecho mismo de tener esta afección provoca rechazo, lo que impulsa a la marginalidad del colectivo. Este rechazo se manifiesta en distintos ámbitos: en el laboral –pues muchos empresarios no quieren emplear a personas con TM-, lo cual deriva en una falta de ingresos, que impulsa a su vez a la pobreza; el educativo –lo que dificulta que estas personas alcancen una formación especializada para acceder al mercado laboral-, en el de las relaciones personales –pues es una de las consecuencias de la estigmatización: el repudio de las personas estigmatizadas, el no querer establecer contacto interpersonal-, en el acceso a la vivienda, etc.

Todos los ámbitos nombrados forman parte de lo social, y es precisamente allí donde los trabajadores sociales han de realizar su práctica profesional. Todos estos aspectos han de ser tenidos en cuenta cuando se interviene con personas afectadas por trastorno mental, pues queda patente que el bienestar de éstas se ve claramente mermado. La rehabilitación psicosocial muchas veces puede resultar truncada debido a las dificultades que acaban de ser expuestas, por eso han de suponer un foco central de atención.

Las actitudes sociales deben constituir un campo de aplicación del Trabajo Social por tratarse de un factor medioambiental que a menudo crea problemas, conflicto, necesidades si son negativas, y, por el contrario, facilita procesos de integración o resolución de problemas si son positivas (Miranda y Nicolás, en Abad, 2015: 199).

En cuanto a la intervención directa con usuarios afectados por enfermedad mental, será necesario tratar de aumentar el autoestima y el sentimiento de autoeficacia de aquellos en los que haya dejado mella el autoestigma, intentando fomentar las potencialidades de cada uno de ellos. En relación a las familias de estos, resultará especialmente útil servir de apoyo y orientación, pues la situación misma y las consecuencias que subyacen –rechazo, marginación, etc.- pueden resultar difícilmente llevaderas.

Si ponemos atención a la definición de salud, siguiendo a la OMS (2017) nos encontramos con que ésta es “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. De esto se desprende que tenga cabida la intervención de los trabajadores sociales en el ámbito sanitario, en cooperación y coordinación con el resto del equipo interdisciplinar. Los distintos constructos se influyen mutuamente, de manera que es necesario encontrar un equilibrio. No debemos

olvidar que el ser humano es un ser biopsicosocial, y, por lo tanto, serán necesarios profesionales de los distintos ámbitos para procurar el bienestar del mismo, así como tampoco el hecho de que las situaciones sociales desfavorables influyen negativamente en la salud, tanto física como mental, de los individuos.

Las funciones o tareas del trabajador social son:

- a) Ayudar a las personas a utilizar mejor sus propias capacidades en la solución de sus problemas
- b) Facilitar contactos entre las personas y los sistemas de recursos
- c) Propugnar o modificar las interacciones entre las personas y los sistemas de recursos
- d) Contribuir al cambio y al desarrollo de la política social
- e) Dispensar ayuda práctica (Picus y Minahan, en Serrano y Belenguer, 2000: 308)

Dichas tareas, que se encuentran generalizadas dentro de las labores que ha de realizar un trabajador social, pueden extrapolarse a su vez a lo que podría y debería realizarse desde el trabajo social para con las personas afectadas con trastorno mental en concreto, así como para reducir el estigma.

En primer lugar, puesto que es necesario advertir las aptitudes de la persona en cuestión para favorecer el *empowerment*, en contraposición a los efectos nocivos derivados de la estigmatización, esto es, el autoestigma. Aumentar el autoestima o autoconcepto es indispensable a la hora de pensar en una rehabilitación psicosocial efectiva, advertir las potencialidades de cada individuo, así como impulsar a los usuarios a realizar actividades que refuercen la autonomía personal.

En segundo lugar, puesto que es necesario actuar sobre aquellos factores sociales que resulten patógenos para el individuo, y uno de ellos es la discriminación a la que se ven expuestos las personas con esta afección. Puesto que una de las áreas que se ven más afectadas en el desarrollo de la enfermedad mental es el ámbito de lo social y las relaciones interpersonales, será de vital importancia tenerlo en cuenta y tratar de fomentar las relaciones sociales y de apoyo, que a su vez favorecerán la desaparición o reducción del fenómeno del autoestigma. Las redes sociales de las personas afectadas por trastorno mental suelen ser débiles, estar muy deterioradas o ser incluso prácticamente inexistentes, por ello es necesario tenerlas en cuenta y tratar de trabajar para fortalecerlas, para lo cual será importante, a su vez, trabajar con las habilidades sociales del afectado.

En tercer lugar, debido a que muchas veces el desconocimiento imposibilita a los usuarios acceder a recursos de los que podrían beneficiarse, y será importante informar y orientar a los mismos.

En cuarto lugar, porque lo que se debe buscar es un cambio de mentalidad que refuerce la aceptación y la tolerancia de las personas con TM, así como políticas sociales de inclusión de este colectivo.

De esta manera, podemos establecer que las acciones que podrían llevarse a cabo de la mano de los profesionales de lo social en la lucha frente a la estigmatización de los trastornos mentales, pueden incidir en tres niveles:

- A nivel individual: puesto que estigmatización y autoestigmatización muchas veces se dan al mismo tiempo, y el hecho de aumentar el autoestima, la autoeficacia y la autonomía, así como reforzar las potencialidades, es un gran paso para evitar la interiorización del estigma.
- A nivel familiar: será importante tratar de favorecer el conocimiento mutuo de los usuarios y su red social más cercana, esto es, la familia, fomentando las relaciones sanas, sirviendo de apoyo, soporte, orientación e información. Resulta necesario poner hincapié en que la estigmatización muchas veces no se enfoca únicamente a las personas que padecen enfermedad mental, sino que muchas veces también se extiende a su red familiar. Por ello las funciones anteriormente nombradas resultarán muy útiles.
- A nivel grupal: especialmente en el ámbito educativo, sería conveniente crear grupos de debate que inciten a recapacitar acerca de qué es la enfermedad mental, cómo se manifiesta, cómo creen los estudiantes que se reacciona generalmente hacia personas que se vean afectadas por la misma, etc., contando, a su vez, con pacientes que hayan estado o se encuentren actualmente en contacto con los recursos psiquiátricos, con el objetivo de promover el cambio de actitudes.
- A nivel comunitario: realizar actividades de ocio y tiempo libre que permitieran establecer contacto con personas con trastorno mental podría resultar muy favorecedor a la hora de la reducción o eliminación de la estereotipia, y, por lo tanto, en el desarrollo de actitudes guiadas hacia la aceptación y tolerancia, promoviendo a su vez un mayor conocimiento.

A su vez, la participación de trabajadores sociales en campañas de sensibilización hacia las personas afectadas por trastornos mentales, así como a la estigmatización a la que se ven expuestos, podría resultar especialmente útil. No debemos olvidar que la información que a más personas llega es aquella que se transmite a través de los medios de comunicación –ya se trate de prensa escrita, digital, televisión, radio...-, y trabajar con el objetivo de aportar datos más veraces, que inciten al autoanálisis de las actitudes sociales que adopta cada individuo que conforma la sociedad puede resultar favorecedor, especialmente si perduran en el tiempo. Los trabajadores sociales cuentan con experiencia en intervenir con este colectivo, y siendo conocedores del trato que reciben los usuarios con los que se establecen relaciones profesional-cliente, podrían aportar ideas muy interesantes.

Por lo tanto, concluimos este apartado afirmando que desde el Trabajo Social pueden barajarse muchas opciones a la hora de tratar de reducir o eliminar el fenómeno social de la presente investigación así

como de minimizar las consecuencias perniciosas que tiene el mismo para los afectados, y que lo importante es ser consciente de esta realidad y querer participar en el desarrollo de una sociedad más justa, tolerante y que adopte actitudes integradoras.

7. Propuestas de mejora

Tras el haber realizado el análisis de nuestras entrevistas, hemos observado que aún queda mucho por hacer en cuanto al tratamiento que se le proporciona a la enfermedad mental se refiere. Actualmente, en el año 2016, la OMS nos advierte de la gravedad de esta problemática, pues afirma que la prevalencia de personas aquejadas de un trastorno mental va a continuar incrementándose considerablemente en años próximos, señalando que 1 de cada 4 personas van a verse afectadas por un trastorno mental a lo largo de su vida.

Desgraciadamente, España se caracteriza por ser un Estado poco generoso, el esfuerzo financiero invertido en salud mental es menor comparado con el resto de países europeos. Este hecho, del cual se hicieron eco los medios de comunicación el pasado mes de octubre, es publicado por el periódico El Mundo, y en su artículo se detalla que España invierte menos en salud que la media europea, concretamente, 5,5 euros por cada 100 del gasto sanitario, frente a la cifra de 7 euros correspondiente al resto⁸.

Por ello, España, como Estado Social y Democrático de Derecho, debe asumir responsabilidades y garantizar que los derechos sociales reconocidos por nuestro sistema jurídico, concretamente en la CE, como norma jurídica fundamental, se respeten:

Según el artículo 9.2. de la Constitución Española,

(...) Corresponde a los poderes públicos promover las condiciones para que la libertad y la igualdad del individuo y de los grupos en que se integra sean reales y efectivas; remover los obstáculos que impidan o dificulten su plenitud y facilitar la participación de todos los ciudadanos en la vida política, económica, cultural y social (CE, 1978 : 10)

Por consiguiente, bajo esta premisa, establecemos las siguientes propuestas para hacer efectivo dicho derecho:

Inserción laboral:

Con esta investigación hemos advertido que uno de los efectos más perniciosos de la problemática estudiada es la reducida participación de las personas aquejadas de TM en el mercado laboral, motivada por el trato diferencial fundado en estereotipos, prejuicios y actitudes discriminatorias hacia éstas. Actualmente, la percepción social existente asocia el trastorno mental con la incapacidad laboral, es decir, el hecho de padecerlo impide socialmente ser considerado como una persona potencialmente válida, categoría social diferenciada y justificada en función de su condicionamiento o limitación de un hacer o no hacer.

Como consecuencia, este colectivo es quién sufre aún más dificultades para conseguir empleo que la población general, así como actitudes y comportamientos discriminatorios subyacentes al hecho de tener

⁸ Dato recuperado de un artículo de prensa recogido del periódico digital El Mundo, a fecha de 9 de octubre de 2016, publicado en la víspera del día de la salud en España celebrado el 10 de octubre. Puede encontrarse en anexos.

esta afección.

Asimismo, estas circunstancias conllevan desigualdades en los ingresos, motivando situaciones de exclusión y aislamiento que les empuja a ser dependientes de los sistemas de protección social. En la entrevista realizada a la profesional Alodia Abad se hace alusión a esta situación preocupante, argumentando que la mayoría de las personas que sufren TM son beneficiarias de una pensión no contributiva.

La propuesta planteada procura mejorar la integración e inserción laboral de las personas con TM, haciendo así efectiva la igualdad de oportunidades para todos los ciudadanos tal y como queda reflejado en la Constitución Española, más concretamente, en su Artículo 35:

Todos los españoles tienen el deber de trabajar y el derecho al trabajo, a la libre elección de profesión u oficio, a la promoción a través del trabajo y a una remuneración suficiente para satisfacer sus necesidades y las de su familia, sin que en ningún caso pueda hacerse discriminación por razón de sexo (CE, 1978: 16).

En este artículo, se expone el empleo como un elemento fundamental para garantizar la igualdad de oportunidades para todas las personas, considerando que éste influye decisivamente en la participación plena de los ciudadanos en la vida económica, cultural y social, así como en el desarrollo de su autonomía personal.

Por consiguiente, exponemos que por parte del Estado se deberían promover medidas de apoyo al empleo de este colectivo, mediante la financiación de proyectos empresariales, subvenciones ofrecidas con el objetivo de incentivar la contratación e incorporación de las personas con TM al mercado laboral.

De igual modo, planteamos que el Estado también debería castigar a aquellas empresas que decidan prescindir de contratar a personas con TM alegando cuestiones de carácter productivo, organizativo, técnico o económico.

Medios de comunicación

Como hemos señalado en numerosas ocasiones a lo largo de nuestro trabajo, actualmente, los medios de comunicación ejercen en la sociedad una gran influencia, en parte por la capacidad de la que gozan para modelar las opiniones.

Por consiguiente, ante esta realidad es imprescindible intervenir para vigilar el contenido emitido en los medios de comunicación.

No obstante, en España la Constitución del 27 de diciembre de 1978, concretamente en el Título I “Los derechos y deberes fundamentales”, capítulo II, Sección 1ª “de los derechos fundamentales y de las libertades públicas” se establece la libertad de expresión en el Art 20.

Así, el ejercicio del mismo puede entrar en conflicto, vulnerándose otros derechos también incluidos en el mismo Capítulo:

Estas libertades tienen su límite en el respeto a los derechos reconocidos en este Título, en los preceptos de las leyes que los desarrollen y, especialmente, en el derecho al honor, a la intimidad, a la propia imagen y a la protección de la juventud y de la infancia (CE, 1978:13).

En estos casos, nuestro ordenamiento jurídico establece que los poderes públicos son quienes por Ley deben procurar que dicho cumplimiento se formalice.

Por lo tanto, tras ser conocedoras de la influencia mediática que estos ejercen, proponemos que el Estado endurezca las leyes, sancionando con penas más duras a aquellos medios de comunicación que fomenten una imagen negativa de las personas aquejadas con TM, que infundadas en estereotipos y prejuicios, inciten actitudes discriminatorias.

Además, proponemos más campañas de sensibilización contra la estigmatización de las personas que sufren trastornos mentales, así, la sociedad accederá a una información sin condicionamientos sociales, es decir, más objetiva y veraz.

Educación y contacto:

Con la elaboración de nuestra investigación, hemos observado que son muchos los autores que afirman que las estrategias más eficaces para erradicar o, al menos, disminuir, en la medida de lo posible, el estigma asociado a la enfermedad son la educación y el contacto.

En este caso, planteamos que se implementen programas educativos de larga duración llevando a cabo actividades de ocio o tiempo libre, en las cuales sería interesante contar con jóvenes que padecieran la afección de la que estamos hablando.

De este modo, la interacción de todos sus miembros les ayudaría a obtener un conocimiento propio de la problemática basado en una inmersión práctica, promoviendo, así, una imagen real y veraz de las personas con esta dolencia. Igualmente, posibilita la integración social plena en el medio a las personas con TM.

Estas actividades de ocio y tiempo libre se desarrollarían mediante juegos cooperativos, siendo obligatorio que los equipos se compongan de ambas partes.

8. Conclusiones

El estigma es un fenómeno social dependiente del momento histórico determinado y del ámbito geográfico, que se desarrolla como forma de rechazo hacia diversos colectivos en los cuales se identifican atributos percibidos como negativos –así sucede con las personas con VIH, los delincuentes, los drogodependientes, los individuos con discapacidad, etc.-, y es una realidad que afecta fuertemente al colectivo de personas con enfermedad mental. En tanto que fomenta la marginación y la exclusión, supone en sí mismo un problema social, pues impulsa a las personas que han de hacer frente a él a vivir circunstancias de alta vulnerabilidad, imponiendo barreras de acceso en diversos ámbitos, lo cual deteriora en gran medida la calidad de vida de los mismos.

Dicho fenómeno para con las personas con trastorno mental puede variar, si bien es cierto que existe e impone dificultades para poder desarrollar una vida normalizada. El estigma es el resultado de la conjunción de una serie de factores, a saber, estereotipos, prejuicios y actitudes discriminatorias, y cabe destacar el hecho de que no portan la misma carga estigmatizante unas enfermedades mentales que otras. La existencia del mismo crea actitudes de autorechazo y autodiscriminación, así como una baja autoestima y sentimientos de tristeza en los afectados, que muchas veces interiorizan la percepción general que se tiene de esta grupalidad –lo que se ha denominado “autoestigma”-. De esta forma, los individuos con esta afección han de hacer frente a dos situaciones problemáticas: la sintomatología propia de la enfermedad y las actitudes de evitación y rechazo que adopta la sociedad hacia ellos. Debido a esto, la enfermedad en sí misma puede empeorar, pues la esfera de lo social puede tener un gran peso en el pronóstico y la rehabilitación (no debemos olvidar que atendiendo a la definición de salud aportada por la OMS (2017), está es “el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Por lo tanto, los distintos constructos son interdependientes y se influyen mutuamente.

Siendo conscientes de esta realidad y conocedoras de que a través de este fenómeno se implementan graves desigualdades, consideramos imprescindible que se ponga más atención al respecto y se lleven a cabo más medidas para tratar de paliarlo. Afortunadamente, existen distintas estrategias para combatirlo, esto es, la protesta, la educación y el contacto, si bien ha quedado demostrado que los esfuerzos dedicados a esta temática son insuficientes.

Tras la realización de esta investigación que forma parte de nuestro Trabajo Fin de Grado, hemos llegado a diversas conclusiones. En primer lugar, que más que desconocimiento acerca de la enfermedad mental, lo que existe en nuestros entrevistados es un conocimiento parcial e incompleto. Decimos que no hay un desconocimiento total puesto que en todos ellos hemos encontrado una pequeña noción acerca de lo que significa padecer un trastorno mental, así como todos ellos nos han podido proporcionar ejemplos de

enfermedades mentales, por supuesto, unos más y otros menos. La información con la que contaban algunos de los informantes era equívoca, pues algunos han establecido como ejemplos de enfermedades mentales algunas que no lo eran (esclerosis múltiple, parálisis cerebral).

En segundo lugar, está presente en ellos el fenómeno del estigma, lo que puede atisbarse en la utilización de un lenguaje peyorativo hacia el colectivo (“loco”, “persona rara”, “alguien que no es dueño de sus actos”), en la presencia de estereotipos que crean una imagen muy negativa de estas personas (“son agresivos y violentos”, “son impredecibles”), en las reacciones emocionales que dicen tener frente a una persona con esta afección (miedo, desconfianza) y en las actitudes que han dicho adoptarían para con una persona con enfermedad mental. Como parece lógico, es imposible adoptar una actitud similar con una persona que sufre un trastorno mental si expones que te producen miedo, desconfianza o incomodidad por “no saber cómo van a actuar”. Asimismo, gran parte de los participantes reconocen que adoptarían una postura más precavida, lo cual reafirma que el comportamiento sería distinto.

En tercer lugar, sí parece tener una relación la carencia de un contacto continuado y profundo en la percepción que se tiene sobre esta problemática. La mayoría de los entrevistados han afirmado haber tenido cierto acercamiento a lo largo de su trayectoria vital con personas que presentaran esta afección, si bien en la mayoría de los casos ese acercamiento ha sido puntual y superficial, lo cual no ha permitido que se adopte una imagen real más positiva de estas personas.

En cuarto lugar, no existe una vinculación entre el tipo de estudios que se estén cursando y el nivel de información sobre la enfermedad mental, así como tampoco en relación a una mayor o menor estigmatización hacia el colectivo. Parece que el tener una postura más cercana, abierta, tolerante y de aceptación tiene más que ver con la forma personal de ser de cada uno, así como de las vivencias que hayan podido tenerse –el haber mantenido un contacto duradero con una persona que presentara una de estas enfermedades que haya promovido el surgimiento de un interés sano y de una iniciativa para informarse más y mejor al respecto-.

A su vez, como se ha mencionado con anterioridad, es cierto que distintas enfermedades mentales portan un grado de estigmatización distinto. Esto ha podido deducirse, en primer término, porque muchos de los participantes han establecido que depende de la enfermedad mental que padeciera la otra persona, tendrían la misma actitud con ella que con otra que no sufriera esta patología; en segundo término, por aportaciones proporcionadas por los mismos entrevistados en los que se hacía alusión a que unos y otros trastornos mentales no producen en la población el mismo nivel de rechazo. Por ejemplo, como ha podido verificarse, no se tiene la misma concepción acerca de la esquizofrenia que de una depresión o de un trastorno de la conducta alimentaria. Esto puede deberse a varias razones. Una de ellas, el papel generador de opiniones sin argumento veraz que juegan los medios de comunicación a la hora de vincular los trastornos

psicóticos con la violencia; otra, a que no está presente en el imaginario colectivo la misma representación o carga de peligrosidad en unas que en otras. Por lo general, nos hemos encontrado con que el hecho de padecer una depresión no genera la adopción de un comportamiento de alerta en las interacciones, pues no se atribuye la depresión con violencia ni con impredecibilidad.

Pese a existir en nuestros informantes una falta de información o un conocimiento incompleto, hemos hallado que en una gran parte de ellos existe conciencia del rechazo al que en incontables ocasiones las personas que padecen trastorno mental se ven expuestas y al que tienen que hacer frente en diversos ámbitos de la vida diaria (laboral, escolar, interrelacional, de vivienda...) Muchos de ellos han utilizado distintos términos para referirse a la falta de aceptación: marginación, exclusión, evitación, falta de empatía, etc. Y, no obstante, a pesar de ser conocedores de esta realidad que supone en tantas ocasiones el establecimiento y mantenimiento de amplias barreras de acceso a una vida normalizada, siguen estando presentes en ellos actitudes de evitación derivadas del miedo y del desconocimiento, no existe un mayor interés o iniciativa para informarse y romper los estereotipos y prejuicios extendidos, no se produce un análisis crítico de los propias formas de pensar, relacionarse ni concebir esta realidad.

Queremos destacar, a su vez, el hecho de que sería interesante que se realizaran más investigaciones de la mano de trabajadores sociales, tanto sobre el estigma de la enfermedad mental como de otras temáticas, pues es necesario contar con informaciones actualizadas sobre las realidades sobre las que se interviene, de modo que la labor de los mismos se viera facilitada y al mismo tiempo, resultara más eficaz, puesto que es preciso conocer y analizar las situaciones, los colectivos y los fenómenos para identificar los problemas o necesidades sobre los que hay que actuar, así como para guiar a los profesionales en cuanto a la selección de los métodos y técnicas de intervención.

9. Bibliografía

- Abad Ruiz, A. (2015) Marginación y enfermedad mental. En Miranda Aranda, M. (Coord) *Lo social en la salud mental* (pp.185-210). Zaragoza: Prensas de la Universidad de Zaragoza.
- Aretio Romero, A. (Diciembre de 2009). Una mirada social al estigma de la enfermedad mental. *Cuadernos de Trabajo Social, Vol. 23* (2010), pp. 289-300.
- Arnaiz, A. y Uriarte, J. J. (2006). Estigma y enfermedad mental. *Norte de Salud mental, 26*, pp.- 45-59.
- Asociación Americana de Psiquiatría (APA) (2014). DSM V. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Asociación Española de Neuropsiquiatría (2002). Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo. Situación actual y recomendaciones. Madrid: AEN.
- Badallo Carbajosa, A. (2012) Estigma y salud mental. Madrid: Grupo 5.
- Becerra, R. M. y Liliana Kennel, B. (2008) Elementos básicos para el Trabajo Social en salud mental. Buenos Aires: Espacio editorial.
- Casals Álvarez, J.C. (2010). Derechos y participación de las personas con diversidad mental. *Cuadernos de Trabajo Social, Vol. 23* (2010), pp. 301-321.
- Constitución Española (1978) Madrid: Boletín Oficial del Estado.
- Corbetta, P. (2007) Metodología y técnicas de investigación social. Madrid: McGrawHill.
- Custo, E. (2008) Salud mental y ciudadanía. Una perspectiva desde el Trabajo Social. Buenos Aires: Espacio editorial.
- Gallego Ranedo, M.C. y Tomás del Río, E. M. (2016) Métodos y técnicas de investigación cualitativa. Universidad de Zaragoza: Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo.
- Garcés Trullenque, E. M. (Mayo de 2010). El Trabajo Social en salud mental. *Cuadernos de Trabajo Social, Vol. 23* (2010), pp. 333-352.
- Goffman, E. (1989) Estigma. La identidad deteriorada. Buenos Aires: Amorrortu.
- Guillén, A. I., Muñoz, M. y Pérez-Santos, E. (2013). La lucha contra el estigma de la enfermedad mental: razones para la esperanza. *Rehabilitación Psicosocial, Vol. 10* (2), pp. 10-19.
- López-Ibor Aliño, J. J. (Dir.) (1995) DSM-IV Breviario. Criterios Diagnósticos. Barcelona: Masson.

- Magallares, M (2011). El estigma de los trastornos mentales: discriminación y exclusión social. *Quaderns de Psicologia, Vol. 13* (2011), pp. 7-17.
- Miranda, M. y Garcés, E.V. (1998) Trabajo Social y salud mental. En Colom, D. y Miranda, M. (Dir.) *Organizaciones de bienestar* (pp. 67-88). Zaragoza: Mira Editores.
- Miranda Aranda, M. (Abril de 2010). La formación en salud mental. *Cuadernos de Trabajo Social, Vol. 23* (2010), pp. 323-332.
- Muñoz, M., Pérez Santos, E., Crespo, M. y Guillén, A. I. (2009) Estigma y enfermedad mental. Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental. Madrid: Editorial Complutense.
- Serrano Valenzuela, B. y Belenguer Abián, C. (2000) Tratamientos sociales: las socioterapias. En Gómez Lavín, C. y Zapata García, R. *Psiquiatría, salud mental y trabajo social* (pp.287-311). España: Eunate.
- Sierra Bravo, R. (2008) Técnicas de investigación social. Teoría y ejercicios. Madrid: Thomson.
- Zamanillo, T. (1999). Apuntes sobre el objeto en Trabajo Social. *Cuadernos de Trabajo Social, Vol. 12* (1999), pp. 13-32.

REFERENCIAS DE RECURSOS ELECTRÓNICOS E INTERNET

- Agua Films (17 de marzo de 2013). Los olvidados de los olvidados [Archivo de video]. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=etjgqkMhqf0> (Consultado el 22 de noviembre de 2016).
- Consejo General de Trabajo Social (2017). Definición Internacional de Trabajo Social. Recuperado de <https://www.cgtrabajosocial.es/DefinicionTrabajoSocial> (Consultado el 12 de enero de 2017).
- El País (23 de diciembre de 2015). Las mil y una caras de la locura [Archivo de video]. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=sehNmNEBCDw> (Consultado el 2 de diciembre de 2016).
- Federación de Euskadi de Asociaciones de Familiares y personas con enfermedad mental (FEDEAFES) (2012) Guía de estilo. Cómo abordar la Salud Mental en los medios de comunicación. Recuperado de <http://www.fedeafes.org/blog/guia-de-estilo-como-abordar-la-salud-mental-en-los-medios-de-comunicacion/> (Consultado el 27 de enero de 2017).

- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2013). Estrategias de lucha contra el estigma en salud mental. Recuperado de https://consaludmental.org/publicaciones/Estrategia_lucha_estigma_salud_mental.pdf (Consultado 19 de octubre de 2016).
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2005). La salud mental es cosa de todos. El reto de la atención comunitaria de la persona con trastorno mental grave desde los servicios sociales. Recuperado de <http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/saludmental.pdf> (Consultado el 21 de diciembre de 2016).
- Organización Mundial de la Salud (2013) Salud mental: un estado de bienestar. Recuperado de http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/ (Consultado el 10 de octubre 2016).
- Organización Mundial de la Salud (2017) Preguntas más frecuentes. Recuperado de <http://www.who.int/suggestions/faq/es/> (Consultado el 9 de enero de 2017).
- Real Academia Española (2017). Diccionario de la lengua española. Recuperado de <http://www.rae.es/> (Consultado el 20 de enero de 2017).

10. Anexos

10.1. Material aportado en la asignatura “Métodos y técnicas de investigación cualitativa”, por las profesoras Carmen Gallego y Eva María Tomás del Río, utilizado para desarrollar la metodología (junto con otras revisiones bibliográficas).

TIPOS DE INVESTIGACIÓN SOCIAL

Se puede establecer una tipología atendiendo a una serie de criterios o aspectos. Por tanto, una investigación será de un tipo según cada uno de los criterios.

1) SEGÚN SU FINALIDAD:

INVESTIGACIÓN BÁSICA/PURA

El objetivo fundamental de este tipo de investigación es incrementar y adquirir un mejor conocimiento de la realidad social, tratar de explicar o comprender la misma, elaborar y desarrollar o ratificar teorías. Pretende efectuar aportaciones a la teoría social por medio de la investigación empírica. A menudo es identificada con la ciencia pura; se lleva a cabo sin fines prácticos inmediatos. No ofrece una utilidad a corto plazo (económica o social).

No obstante, en un plazo mayor o menor los resultados de la investigación básica pueden encontrar aplicaciones prácticas, en forma de desarrollos de nuevas técnicas o procedimientos en la producción o las comunicaciones, propuestas de u otras formas de beneficio social (descubrimiento de la necesidad de cambios sociales, implementación de ciertas políticas sociales). Como ilustración de una aplicación, en este caso con efectos negativos para la humanidad, las indagaciones que científicos realizaron sobre la estructura del átomo fueron hechas como trabajos de investigación pura, pues no se veían, para las mismas, aplicaciones concretas. Sin embargo, todos conocemos cómo pocos años después siguieron diversas formas de emplear dichos conocimientos, y algunas de ellas con efectos tan devastadores como los causados por las bombas atómicas.

INVESTIGACIÓN APLICADA

Por oposición a la investigación básica, que se limita a producir conocimientos, la aplicada tiene como objetivo cambiar la realidad social. La investigación aplicada es una actividad que tiene por finalidad además de la búsqueda y consolidación del saber, la aplicación de los conocimientos para el enriquecimiento cultural y científico, así como la producción al servicio del desarrollo integral de la sociedad. Pretende prever

problemas y actuar. En el ámbito de las ciencias sociales, su finalidad es conocer la estructura de los fenómenos sociales de manera que permita explicar su funcionamiento con el propósito de poder llegar a su control, reforma y transformación.

Hace posible la creación, desarrollo y mejora de programas de acción social. Pueden jugar un papel significativo en el desarrollo de la investigación de expertos como los trabajadores sociales, educadores, etc.

INVESTIGACIÓN ACCIÓN PARTICIPATIVA

Es investigación en tanto que se trata de un procedimiento reflexivo, sistemático, controlado y crítico que tiene por finalidad estudiar algún aspecto de la realidad, con una expresa finalidad práctica. *Acción* en cuanto que la forma de realizar el estudio es ya un modo de intervención, y el propósito de la investigación está orientado a la acción. *Participación*, por ser una actividad en cuyo proceso están involucrados tanto los investigadores (equipo técnico) como los destinatarios del programa; estos no son considerados en la investigación sólo como objetos de la investigación, sino también como sujetos activos de la misma

2) SEGÚN OBJETIVOS¹:

INVESTIGACIÓN EXPLORATORIA

Se denomina estudio exploratorio o estudio piloto al planteamiento de una investigación de dimensiones reducidas- referida esta reducción al espacio, al tiempo o a los recursos o a todo a la vez- pudiendo ser anterior a la investigación propiamente dicha, o una investigación en sí misma. El matiz diferenciador respecto de otros tipos de investigaciones es su carácter de ensayo o prueba unido normalmente al carácter restringido o reducido de su planteamiento.

El objetivo de este tipo de planteamientos puede ser múltiple pero normalmente se dirige bien a formalizar y hacer más riguroso el planteamiento teórico, bien a ensayar algunas de las diferentes fases del proceso investigador, indagar sobre fenómenos nuevos. Si el estudio se plantea como estudio previo para delimitar mejor las hipótesis o conceptos teóricos, constituye realmente la primera etapa del proceso investigador. Se recurre así a tres métodos:

- Revisión de la literatura especializada
- Entrevistas con investigadores o expertos especializados en el tema a investigar
- Análisis de casos únicos o extraños

INVESTIGACIÓN DESCRIPTIVA

Describir, explicar, predecir, son los objetivos esenciales de toda ciencia. Sin embargo así como resulta difícil separar explicación y predicción, también resulta difícil distinguir descripción de explicación. En muchos casos, la descripción detallada de un fenómeno es a la vez intento de explicarlo.

En la práctica investigadora y para la mayoría de los casos, es relativamente sencillo separar ambos tipos de investigaciones. Plantear *cómo* es en un determinado momento la realidad social o cierta parte de la realidad social, es plantear un estudio descriptivo; plantear el *porqué* de un hecho o fenómeno es intentar un estudio explicativo.

Un ejemplo típico de estudio descriptivo es un censo nacional, en él se trata de describir varios aspectos en forma independiente: cantidad de habitantes, tipo de vivienda, nivel de ingresos, sin pretender averiguar si hay o no alguna correlación, por ejemplo, entre nivel de ingresos y tipo de vivienda. Otro ejemplo de investigación descriptiva puede ser aquella que intenta averiguar qué partido político tiene más seguidores, o qué imagen posee cada partido en la población.

Muchas de las investigaciones que se llevan a cabo en ciencias sociales son descriptivas, tratan de reflejar en una instantánea lo más fielmente posible la realidad. En las investigaciones descriptivas priman ciertos aspectos que son vitales para el desarrollo de éstas:

- a) La obtención de *indicadores* que se correspondan adecuadamente con los conceptos y variables derivados de los objetivos de la investigación. Si se trata, por ejemplo, de estimar las preferencias del electorado español por uno u otro partido y se recurre a una encuesta para ello, es encontrar las preguntas adecuadas que sirvan como indicadores específicos de este concepto de “preferencias”.
- b) La obtención de una muestra representativa de la población objeto de estudio. Toda investigación supone un universo de estudio debidamente delimitado y prácticamente toda investigación utiliza una muestra de dicho universo por razones de coste y tiempo. Puesto que el objetivo de una investigación descriptiva es, como su nombre indica, describir lo mejor posible una o varias características de este universo, es imprescindible que la muestra sea representativa para que los resultados obtenidos sean generalizables.

INVESTIGACIÓN EXPLICATIVA

La explicación, es decir, dar respuesta a preguntas sobre por qué, es otro de los objetivos posibles de una investigación. ¿Por qué cometen delitos las personas?, ¿por qué surgen las revoluciones? Delimitar con exactitud qué es una explicación sociológica y cómo llegar a una explicación satisfactoria resulta difícil y complejo. Existen, no obstante, cinco tipos de explicación generalizados:

- La explicación genética

- La explicación causal
- La explicación funcional
- La explicación basada en disposiciones
- La explicación basada en razones

INVESTIGACIÓN EVALUATIVA

Es la aplicación sistemática de la metodología de la investigación social y de sus procedimientos para:

- Valorar la conceptualización y el diseño de los programas de intervención social;
- Valorar la ejecución y la utilidad de los programas de intervención social;
- Conocer y analizar las políticas, servicios o métodos de intervención puestos en práctica para desarrollar acciones en función de unos objetivos.
- Ver la operatividad de los procedimientos empleados.
- Estudiar la repercusión y efecto de las innovaciones introducidas.
- Medir los resultados obtenidos y el interés de los mismos.
- Medición del impacto (así, en programas sociales de salud, educación, bienestar comunitario.
- En definitiva, se aplica la investigación evaluativa para mejorar la planificación, efectividad y eficiencia de los programas sociales.

3) SEGÚN ALCANCE TEMPORAL:

INVESTIGACIÓN SECCIONAL O TRANSVERSAL

La investigación seccional o transversal se caracteriza por limitar o circunscribir la recogida de información a un único momento en el tiempo. Lo que distingue a este tipo de investigación es que la recogida de información se lleva a cabo de una sola vez. Sería algo así como hacer una fotografía de algo que sucede en un momento determinado. Así, el estudio de las características de una población en una fecha concreta, por j., el censo de una población, o la aplicación de una encuesta una sola vez.

INVESTIGACIÓN LONGITUDINAL (O EVOLUTIVA)

Se efectúa un seguimiento de una población o de un fenómeno a través del tiempo, en puntos o periodos por lo común especificados de antemano. Se caracteriza por plantear el análisis del problema de estudio con el propósito de observar su dinámica. Y se trata, por tanto, de analizar la evolución de ciertas características de una población, prestando atención a las tendencias y cambios de éstas en las

características investigadas. La recogida de información se planifica, entonces, para su realización en varias fechas. Por ejemplo, la Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo, la Encuesta Social Europea Estas investigaciones longitudinales se subdividen, a su vez, en:

- *Retrospectivas*: hacen referencia al pasado. Utilizan los datos registrados. Así, se desea estudiar la evolución de la delincuencia a lo largo de los últimos 20 años.

- *Prospectivas*: Se refieren al presente y a un tiempo futuro. Se trata de apreciar la proyección de un fenómeno en un futuro más o menos próximo, teniendo como referencia y base informaciones y datos del presente. Así, por ejemplo, el estudio de cuál puede ser el futuro y la demanda de ciertas profesiones; o también cuál va a ser la evolución de la dependencia en las personas mayores, para el año 2.020.

- *Panel*: Si en las investigaciones sucesivas se observan siempre *los mismos individuos*, el mismo grupo específico de sujetos es medido en todos los tiempos o momentos. Un ejemplo lo sería una investigación que observara anualmente los cambios en las actitudes de un grupo de inmigrantes en relación a un programa de integración laboral, y para durante cinco años. Cada año se observaría la actitud de los mismos individuos. Es decir, los individuos son los mismos y no sólo la población o subpoblación de estudio. La ventaja de este diseño consiste en que además de conocer los cambios grupales, se conocen los cambios individuales. Se sabe qué casos específicos introducen el cambio. La desventaja es que a veces resulta muy difícil localizar exactamente a los mismos sujetos para una segunda medición u observaciones subsecuentes.

- *Tendencia*: Se denomina de tendencia cuando los sujetos del estudio *no son* los mismos, pero la población sí. Por ejemplo, si queremos investigar los valores de los jóvenes a lo largo de un periodo de 20 años, en esta investigación los sujetos jóvenes encuestados en una ocasión no pueden serlo 10 años después, serán otros los sujetos, participantes seleccionados aunque de la población joven.

4) SEGÚN TÉCNICAS/MÉTODO/PARADIGMA:

INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA (o enfoque cuantitativo)

Predominan en esta investigación los aspectos y hechos objetivos, susceptibles de cuantificación. Se interesa por la medición objetiva de los hechos sociales, opiniones o actitudes individuales. Enfatiza la explicación de los fenómenos y la contrastación empírica, tratando de conocer la intensidad de un fenómeno y demostrar la causalidad del mismo, hace posible la extensión de los sujetos observados (amplitud de la muestra) y así favorece la generalización a grandes poblaciones de los resultados de la investigación. Emplea el análisis estadístico para cuantificar la realidad social. Puede establecer relaciones causales y correlaciones entre las variables o aspectos a estudiar. Se prefiere la precisión matemática y los modelos estadísticos de la

codificación numérica. Se emplean fundamentalmente técnicas de investigación como la encuesta, el experimento o las escalas.

INVESTIGACIÓN CUALITATIVA (o enfoque cualitativo)

Pretende describir, comprender e interpretar los significados intersubjetivos de la acción social, el sentido íntimo y profundo del comportamiento humano, yendo más allá de los aspectos externos; desde el punto de vista de los actores sociales. El énfasis se pone en los aspectos micro de la vida social, es decir, teniendo como marco de referencia el grupo en el que el individuo actúa. Apunta sobre todo a la comprensión y profundidad (menos casos, más detalles). Se destaca, igualmente, la importancia del lenguaje, la interacción verbal entre los actores; las palabras son analizadas directamente por otras palabras, sin pasar por una operación numérica. La investigación así realizada comporta casi siempre un contacto personal con el medio o las personas y una sensibilidad ante su punto de vista. Usa las técnicas de entrevista, grupos de discusión, observación participante...

Con el método de recogida cualitativo el investigador está de alguna manera sumergido y especialmente implicado en la investigación y la distancia “objetiva” respecto al “objeto” de estudio no existe. Esta investigación desemboca en un relato y no tanto en una demostración.

Entre las técnicas que se emplean en el enfoque cualitativo de una investigación están, entre otras: la entrevista (con sus diversos tipos), historias de vida, el estudio de caso, la observación (participante o no), análisis de contenido, recopilación documental

TRIANGULACIÓN METODOLÓGICA:

Combinación de técnicas cuantitativas y cualitativas. Existen diferentes modalidades de combinación.

5) SEGÚN FUENTES:

Antes de pasar a explicar estos tipos de investigación es preciso definir los conceptos de “información primaria y secundaria”, y el de “fuentes primarias y secundarias”. *Información primaria*. Es aquella que es obtenida de primera mano por el investigador para la investigación original, por tanto es una información inédita. Por ej. La información recogida a través de una encuesta hecha por el propio investigador.

Información secundaria. La que ha sido obtenida por otros investigadores, con anterioridad, para una investigación; datos obtenidos de otras investigaciones.

Fuente primaria (directa). Aquella realidad social de la que se extrae la información. Proporciona al investigador datos de primera mano.

Fuente secundaria: archivos, documentos, censos, estudios, bases de datos, otras investigaciones. El estudioso utiliza datos ya existentes en otras investigaciones (por ej. informes estadísticos) que él no ha obtenido. Se reprocessa información de primera mano.

Según lo expuesto, y según sea el origen de la información recabada, o el tipo de fuentes de información utilizadas, las investigaciones se pueden clasificar como:

INVESTIGACIÓN PRIMARIA

Cualquier tipo de investigación en la que el investigador analiza información que él mismo obtiene. Investigaciones cuyos datos proceden de fuentes originales.

INVESTIGACIÓN SECUNDARIA

Se limita el análisis a datos recabados por otros investigadores, con anterioridad al momento de la observación. Estas investigaciones trabajan con fuentes secundarias. Ejemplo: En el caso de un estudio sobre el pensamiento de Marx, en el cual el objeto está constituido por los libros del pensador, y que también empleamos otros libros escritos sobre Marx, diremos que: los libros del propio Marx son las fuentes primarias. Y los libros que tratan sobre Marx (la literatura crítica, etc.) constituyen fuentes secundarias.

INVESTIGACIÓN MIXTA

La investigación primaria y la secundaria pueden realizarse bien de forma independiente o también de forma complementaria (utilizando las dos). De hecho la investigación secundaria suele ser un paso obligado para la mayor parte de los análisis de la realidad social.

6) SEGÚN MARCO:

- DE CAMPO

Se observa el grupo en su marco natural

- DE LABORATORIO

Ambiente artificial.

10.2. Formato de entrevista realizada a los informantes

Buenas tardes.

A continuación, procederemos a formularle una serie de cuestiones, como habíamos acordado previamente, acerca de la enfermedad mental. Como ya sabe, toda la información que proporcione en esta conversación es confidencial y será utilizada exclusivamente con fines académicos. Le rogamos, por favor, conteste con toda su sinceridad.

Le agradecemos su colaboración.

1. Cuando se hace referencia a la enfermedad mental, ¿a qué lo asocia? ¿Qué es lo primero que le viene a la mente?
2. Cíteme algunos de los trastornos que usted considera que formarían parte de las enfermedades mentales.
3. ¿Cuáles cree usted que son las actitudes predominantes en la sociedad hacia aquellos individuos que padecen enfermedad mental?
4. ¿Su actitud sería la misma con una persona que sufre un trastorno mental que con otra que no lo padece? ¿Actuaría con más precaución en el primer caso?
5. Si tuviera que formular una descripción que le viniera a la mente sobre un enfermo mental, ¿qué adjetivos utilizaría? (Se deja un breve lapso de tiempo para responder. En el caso de que no encuentre palabras para definir la temática, se le pregunta si utilizaría adjetivos como peligroso, impredecible, violento, agresivo, anormal...)
6. ¿En alguna ocasión ha tenido contacto con una persona que padeciera alguna de estas enfermedades? En el caso de que así sea, ¿su percepción ha cambiado? ¿Tendría miedo a tener contacto con una persona que sufre enfermedad mental?

10.3. Formato de entrevista utilizado para entrevistar a la TS

1. Como trabajadora social que ha tenido la oportunidad de realizar su práctica profesional en un centro hospitalario, concretamente en el Hospital de Barbastro (Huesca) y especializada en el área de Trabajo Social en Salud Mental, ¿cree que los cambios tras la reforma psiquiátrica y la creación de una red de atención psiquiátrica comunitaria ha mejorado de forma sustancial la intervención biopsicosocial para con personas que padecen trastorno mental?

2. Siendo conscientes de que una de las consecuencias de la enfermedad mental es el rechazo y la discriminación derivados del fenómeno de la estigmatización, ¿en qué medida cree usted que este problema social repercute en la detección, desarrollo y pronóstico del trastorno mental?
3. Como trabajadora social, ¿ha podido vivenciar situaciones en las que se haya hecho explícita de forma notable la autoestigmatización?
4. Como estudiantes de trabajo social, creemos que una de las causas fundamentales de dicho fenómeno social es la falta de información al respecto. ¿Considera usted que existe un gran desconocimiento acerca de la enfermedad mental? ¿Cómo cree que repercute el mismo?
5. Si tuviera que establecer qué tipo de enfermedades mentales se ven más o menos estigmatizadas, ¿cuáles citaría? ¿Cuál cree que es el motivo de estas diferencias?
6. Usted afirma que el nivel educativo y socioeconómico alto favorecen actitudes positivas hacia la enfermedad mental... ¿Qué le parece que los profesionales del ámbito sanitario, con estudios superiores, manifiesten comportamientos estigmatizantes? ¿Qué posibles medidas cree que podrían llevarse a cabo para erradicar el estigma y la discriminación sufrida en el ámbito sanitario?
7. ¿Y para erradicarlo en el ámbito social?
8. Desde el Trabajo Social, ¿qué podría hacerse para combatir la estigmatización?
9. ¿Qué influencia cree que tienen los medios de comunicación en la percepción social actual de la persona con enfermedad mental?
10. ¿Cuáles considera que serían los obstáculos que más dificultan la inclusión social de las personas con esta afección?
11. En su capítulo establece como estrategias de lucha contra el estigma la protesta, el contacto y la educación. ¿Ha llevado a cabo alguna actuación en relación a alguna de estas estrategias? ¿Qué actuaciones cree que podrían llevarse a cabo en el ámbito de la educación y en cuanto al contacto, que fomentaran la integración social de este colectivo?

10.4. Ejemplos de noticias sobre enfermedad mental

Pena de 21 años de internamiento por matar a su padre en Alicante

El acusado, esquizofrénico paranoide, confesó el crimen



RUBEN ESQUITINO

Alicante - 28 OCT 2013 - 17:38 CET

Un tribunal de Alicante ha decretado veintiún años de internamiento en un centro psiquiátrico penitenciario para un esquizofrénico paranoide que durante una crisis aguda mató a golpes a su padre en presencia de su madre, según la sentencia de la Audiencia Provincial.



NOTICIA PATROCINADA



La Guardia Civil ha detenido en el Hospital Clínico de Valencia a un hombre de 34 años por, presuntamente, haber matado a golpes a su padre de 71 años, tras una discusión en la vivienda que ambos compartían en el municipio valenciano de Gilet, según han confirmado a Europa Press fuentes de la Policía Local del municipio.

Los agentes tuvieron conocimiento de los hechos el pasado martes, cuando recibieron un aviso de que el joven habría avisado a un amigo de su intención de matar a su padre. De este modo, efectivos de la Policía Local acudieron al domicilio en el que ambos vivían en Gilet, pero no pudieron entrar porque la familia no les dio el consentimiento para ello al pensar que era "una discusión más".

Un día después, el pasado miércoles, efectivos de la Guardia Civil y la Policía Local lograron entrar a la vivienda y encontraron el cadáver del hombre tumbado en el suelo con múltiples golpes en la cabeza. Según las mismas fuentes, se desconoce en qué momento se habría producido el homicidio. Al parecer, el hijo tenía problemas psiquiátricos como esquizofrenia y trastorno de la personalidad

En el mismo momento que los agentes hallaban el cadáver en la vivienda, el sospechoso estaba curándose unas heridas en el Hospital Clínico de Valencia. El joven ha sido detenido y ha pasado a disposición judicial, según han indicado las mismas fuentes.

3 Dormimos para olvidar f 283 t 19

4 Vuelven las viejas enfermedades f 262 t 22

5 El tierno abrazo de un pitbull a su salvadora f 261 t 17

SIGUENOS EN LA RAZÓN



Seguir

Me gusta 335.047

G+1 0

Últimas noticias de larazon.es

09:37h. Anticorrupción pide el inmediato ingreso en prisión para Francisco Correa

09:28h. Dimite el asesor de seguridad de Trump por sus conversaciones con Rusia

09:23h. El Ibx 35 abre plano y se aferra a los 9.400 enteros, pendiente de la Fed

09:16h. Arte contra la polio

09:13h. Santa Anna, un refugio 24 horas para los pobres

De enfermos mentales a asesinos

- En sólo unas horas se producen cuatro crímenes sobre los que pesa la sospecha de un trastorno. Un 1% de los pacientes más graves no está tratado



03 de octubre de 2011. 00:00h

J. V. Echagüe.

MADRID- La noche del 29 al 30 de septiembre de 2011 permanecerá imborrable en la memoria de al menos tres hogares. Los mismos que quedaron destrozados tras el estallido de una violencia salvaje, del todo irracional. En una iglesia de Ciudad Lineal (Madrid), Iván Berral, de 34 años y con antecedentes criminales, asesinó a tres o una embarazada, el SAMIR

MEDICINA · El lunes es el Día Mundial de la Salud Mental

España invierte menos en salud mental que la media de la UE



Compartido 6

1 Comentarios >



Imagen de un cráneo y un cerebro que ganó el premio de fotografía científica Lennart Nilsson en 2003. | DAVID BARLOW

- Destina 5,5€ por cada 100 del gasto total sanitario, frente a los 7 de la UE
- Buceando en las raíces genéticas de la esquizofrenia

EFE | Madrid

09/10/2016 13:48

España invierte en salud mental 5,5 euros por cada 100 que destina al gasto total sanitario, una cifra inferior a la media de la UE, que alcanza los siete euros, lo que origina falta de recursos y repercute en las personas con trastorno mental, quienes no tienen cubiertas varias de sus necesidades.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma que sin salud mental no hay salud, lo que implica no solo que no haya trastorno mental sino que debe existir un bienestar personal y social, tal y como recuerda, en declaraciones a Efe, el jefe del Servicio de Psiquiatría del Hospital General Gregorio Marañón, Celso Arango.

En España, una de cada cuatro personas tendrá algún trastorno mental a lo largo de la vida y, en la actualidad, los más frecuentes son, afortunadamente, **los menos**

graves como la ansiedad o los relacionados con la afectividad.

Luego están, explica el experto, los que padece una población menor pero que son mucho más graves como la **esquizofrenia, la bipolaridad o el trastorno del espectro autista**, entre otros, y tienen una repercusión mayor en el día a día de los afectados.

En la víspera del Día Mundial de la Salud Mental, Arango, quien además es presidente de la comisión delegada del Tronco de Psiquiatría del Ministerio de Sanidad, lamenta la inversión de España en salud mental: "Destina un 5,5 % del gasto total sanitario, es decir, que de cada cien euros que se invierten en sanidad, 5,5 van a salud mental, eso nos pone por debajo de la media europea, que se sitúa en siete".

El acceso al mercado laboral

Así, identifica algunas de las necesidades que no están siendo cubiertas por la poca inversión, como la **falta de medidas preventivas, la escasez de recursos** para la intervención precoz adecuados a la edad del paciente, el desarrollo de la asistencia a los niños y adolescentes o la falta de recursos intermedios, como los centros y hospitales de día para estas personas.