



ESTUDIO SOBRE EL ESTIGMA ASOCIADO A LA ENFERMEDAD MENTAL

Trabajo de Fin de Grado
Grado en Enfermería



Facultad de Ciencias de la Salud: Sección Enfermería
Y Fisioterapia. Universidad de La Laguna. Tenerife

Año 2015

Autor/a: Beatriz Izquierdo Sánchez

Tutor/a: M^a Luz Villaverde Ruiz

AUTORIZACIÓN DEL TUTOR PARA LA PRESENTACIÓN DEL TRABAJO FIN DE GRADO

Grado en Enfermería. Universidad de La Laguna

Título del Trabajo Fin de Grado:

Estudio sobre el estigma asociado a la enfermedad mental

Autor/a:

Beatriz Izquierdo Sánchez

Firma del alumno/a

Tutor/a:

M^a Luz Villaverde Ruiz

V^o. B^o del Tutor/a:

La Laguna a 3 de junio de 2015

Resumen: Las personas con enfermedad mental grave tienen que hacer frente a la discapacidad y al prejuicio social, con las consiguientes actitudes de rechazo que suponen una barrera para su integración social y laboral, aumentan su sufrimiento y repercuten en su calidad de vida.

Este estudio de tipo descriptivo y correlacional tiene como objetivos analizar el estigma asociado a la enfermedad mental en dos muestras, familiares de enfermos y población general, así como analizar si existen diferencias entre ambas en relación a determinadas variables relacionadas con el estigma (creencias, actitudes y conductas), para lo cual se utilizará como instrumento de evaluación la versión española del Attribution Questionnaire 27 (AQ-27).

Palabras clave: estigma, enfermedad mental

Summary: People with serious mental illness have to deal with disability and social prejudice, with the resulting attitudes of rejection, which represent a barrier to their social and professional integration, increase their suffering and affect their quality of life.

This descriptive and correlational study aims to analyze the stigma associated with mental illness in two samples, relatives of patients and the general population, as well as to examine whether there are differences between the two in relation to certain variables related to stigma (beliefs, attitudes and behaviors), to which will be used as an instrument of evaluation the Spanish version of Attribution Questionnaire 27 (AQ-27).

Key words: stigma, mental illness

ÍNDICE

	Página/s
1. Introducción	
1.1. Planteamiento del problema- Justificación del estudio.....	1
1.2. Marco teórico	
1.2.1 Enfermedad mental y trastorno mental grave.....	2
1.2.2 El estigma: conceptualización.....	3
1.2.3 El estigma asociado a la enfermedad mental.....	5
1.2.4 Lucha contra el estigma.....	8
2. Objetivos/ Hipótesis.....	11
3. Material y método	
3.1. Tipo estudio.....	12
3.2. Población objeto estudio y muestra.....	12
3.3. Variables de estudio.....	13
3.4. Instrumento de evaluación.....	13
3.5. Metodología de trabajo.....	14
3.6. Cronograma.....	14
3.7. Análisis de los datos.....	15
3.8. Limitaciones y cuestiones éticas.....	15
4. Resultados- Discusión- Conclusiones.....	15
5. Bibliografía.....	16
6. Anexos.....	18

1. INTRODUCCIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA- JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

El concepto de enfermedad mental ha ido evolucionando a lo largo de la historia; sin embargo, las personas con una enfermedad mental, especialmente si es grave, siempre han despertado miedos y desconfianza en la sociedad, como consecuencia de una serie de creencias culturales que han favorecido el proceso de estigmatización, puesto de manifiesto a través de tres aspectos del comportamiento social: los estereotipos, los prejuicios y la discriminación ¹.

El estigma ha sido definido por Goffman como *“un atributo profundamente devaluador que degrada a la persona portadora del mismo”* ². Respecto al estigma asociado a la enfermedad mental se han diferenciado tres niveles relacionados entre sí: estructural, social e internalizado. El estructural hace referencia a las discriminaciones a nivel de instituciones y leyes que limitan las oportunidades de personas con enfermedad mental, el social al estigma público (población general, familiares, profesionales, medios de comunicación) respecto a distintos grupos o características de la persona y el internalizado al estigma que percibe y siente la persona ³. Por tanto, las personas con enfermedad mental deben afrontar dos problemas: la enfermedad y la estigmatización.

En el libro verde sobre la salud mental de la Comisión Europea se dice que *“la estigmatización de los enfermos mentales es una realidad, los mismos se enfrentan a prejuicios que aumentan su sufrimiento y agravan su exclusión social”, “persisten la estigmatización, la discriminación y la falta de respeto por los derechos humanos y la dignidad de las personas con discapacidades psíquicas, lo cual pone en entredicho valores europeos fundamentales”*. ⁴

Las investigaciones dirigidas a estudiar el proceso de estigmatización, hacia las personas con enfermedades mentales, tienen en la actualidad un interés creciente dado que favorece la exclusión-rechazo social, supone una barrera para la integración de las personas afectadas, para la búsqueda de tratamiento y adherencia al mismo y por consiguiente afecta a la calidad de vida de estas personas y a la de sus familias ³⁻⁵.

Las investigaciones basadas en la evidencia ayudan a fundamentar propuestas e intervenciones dirigidas a disminuir el estigma asociado a la enfermedad mental; razón por la que consideramos pertinente la realización de este estudio, que tiene como objetivo: analizar el estigma asociado a la enfermedad mental en familiares de personas con enfermedad mental grave y en población general.

1.2. MARCO CONCEPTUAL

1.2.1 La enfermedad mental y el trastorno mental grave

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud mental abarca un amplio conjunto de actividades directa o indirectamente relacionadas con el componente de bienestar mental incluido en la definición de salud que da la propia OMS: *“un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de afecciones o enfermedades”*. Se define por tanto como *“un estado de bienestar en el que el individuo es consciente de sus capacidades y acciones, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de contribuir como miembro de una comunidad”* ⁶.

La enfermedad mental es un término muy amplio que incluye varios tipos de trastornos. Podría definirse como una alteración emocional, cognitiva y/o del comportamiento, en el que quedan afectados procesos psicológicos básicos como son la emoción, la motivación, la cognición, la conciencia, la conducta, el lenguaje, el aprendizaje, la sensación y la percepción, entre otros.

Entre las enfermedades mentales se encuentra la enfermedad-trastorno mental grave (TMG). El trastorno mental grave se define de acuerdo a tres dimensiones: el diagnóstico clínico, la duración y el nivel de discapacidad. Según el diagnóstico clínico, todas las categorías diagnósticas incluidas en el TMG tienen la consideración de psicóticas (incluyen trastornos psicóticos de tipo no orgánico); lo que implica no sólo la presencia de síntomas, sino también un patrón de relaciones gravemente alterado, un comportamiento inadecuado y/o una afectividad inapropiada grave, así como una percepción distorsionada de la realidad. En función de la duración, se ha utilizado como criterio para establecer el TMG una evolución 2 años o más, o un deterioro progresivo y característico en el funcionamiento en los últimos 6 meses, como es el abandono de los roles sociales con riesgo de cronificación. El componente de discapacidad implica la afectación de moderada a grave del funcionamiento personal, laboral, socio-familiar. ⁷

El Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos (NIMH) define al colectivo de personas que sufren un trastorno mental grave como *“un grupo de personas heterogéneas, que sufren trastornos psiquiátricos graves que cursan con alteraciones mentales de duración prolongada, que conllevan un grado variable de discapacidad y de disfunción social, y que han ser atendidas mediante diversos recursos sociosanitarios de la red de atención psiquiátrica y social”* ⁸. Según la definición del NIMH, la discapacidad

mental produce limitaciones en actividades importantes de la vida y al menos incluye dos de los siguientes criterios de forma continua o intermitente:

- Desempleo, o empleo protegido o apoyado, habilidades claramente limitadas o historia laboral pobre.
- Necesidad de apoyo económico público para mantenerse fuera del hospital y es posible que precise apoyo para procurarse dicha ayuda.
- Dificultades para establecer o mantener sistemas de apoyo social personal.
- Necesidad de ayuda en habilidades de la vida diaria, como higiene, preparación de alimentos o gestión económica.
- Conducta social inapropiada que determina la asistencia psiquiátrica o del sistema judicial. (Ministerio de Sanidad y Política Social)

Se estima que en la región europea la prevalencia del trastorno mental grave oscila entre un 0,6% y un 1% y según estimaciones de la OMS, cerca de un 1% de la población sufrirá enfermedades mentales graves

La falta de información sobre la enfermedad mental, es un factor que contribuye a que la sociedad tenga un miedo generalizado hacia este sector de la población, lo que contribuye al estigma.

1.2.2 El estigma: concepto y modelos explicativos

Existen múltiples definiciones de estigma pero ninguna de ellas puede aplicarse de modo universal, puesto que el estigma va variando en función de la época y del contexto social, familiar o económico del momento. Una definición muy aceptada es la propuesta por Goffman quien define el estigma como *“un atributo personal negativo que hacía a una persona diferente de las otras y la tornaba en una categoría inferior”* ². Otros autores, como Stafford y Scott, definen el estigma como *“una característica de las personas que resulta contraria a la norma de una unidad social, considerando como “norma” una creencia compartida dirigida a comportarse de una forma determinada en una momento preciso”* ⁹⁻¹⁰

La conceptualización del estigma se ha planteado desde diferentes modelos, desde el modelo sociológico destaca el concepto de Link que define el estigma como un proceso en el que se diferencian cinco componentes: las etiquetas, los estereotipos, la segregación o separación en categorías diferentes (“nosotros” y “ellos”), la pérdida de estatus o degradación y la discriminación, y aplican el término de estigma cuando estos componentes tienen lugar a la vez en una situación de poder (social, político, económico) asimétrico que permite que esto suceda; por tanto, el grupo que estigmatiza tiene que

estar en una situación superior al estigmatizado. Por otra parte, desde el modelo psicosocial, destaca el concepto de Corrigan que incide más en aspectos cognitivos y conductuales, es decir, en los estereotipos, los prejuicios y la discriminación, como los elementos centrales que dan lugar al estigma; estableciendo una relación entre ellos, de forma que los estereotipos tienen que ver con los conocimientos y creencias, los prejuicios se generan por los estereotipos y la discriminación o rechazo se produce como consecuencia de los prejuicios. ¹⁰⁻¹¹⁻¹²

Estigma público y autoestigma

El estigma público se refiere al estigma de la sociedad, población general, respecto a distintos grupos o características de las personas. En nuestra sociedad estamos continuamente etiquetando y diferenciando grupos, por ejemplo, ricos y pobres o blancos y negros. Etiquetar normalmente incluye una distinción entre “nosotros” y “ellos”, en el que “ellos” son completamente diferentes a “nosotros”. De este modo, el lenguaje puede ser una fuente importante de estigmatización.¹¹

Según los modelos de la psicología social, se han diferenciado como elementos del estigma público: los estereotipos, los prejuicios y la discriminación que tienen relación con factores cognitivos, emocionales y conductuales ¹. Los estereotipos se definen como modelos de conocimientos o creencias que son aprendidos por la mayoría de las personas de un grupo social. Son una manera eficaz de categorizar información sobre diversos grupos sociales y de tener expectativas hacia ellas. Son creencias que todos tenemos pero con los que podemos estar o no de acuerdo. Los prejuicios definen la actitud y valoración que refleja la disposición de las personas para actuar de forma tanto negativa como positiva hacia un objeto susceptible de prejuicio. Estos prejuicios pueden producir reacciones emocionales negativas (miedo, desconfianza), dando lugar a conductas de rechazo y discriminación.

El autoestigma se refiere al estigma que siente y percibe cada persona. Las personas pueden aceptar esas ideas y creencias relacionadas con el estereotipo “los enfermos mentales somos incompetentes”, dando lugar a los auto-prejuicios con reacciones emocionales negativas (miedo, ansiedad, vergüenza) que afectan a su autoestima, favoreciendo conductas de aislamiento y la propia discriminación. Por tanto, el autoestigma al igual que el estigma público, desde una perspectiva psicosocial, consta de estereotipos, prejuicios y discriminación ³⁻¹⁰⁻¹¹.

En base a lo descrito anteriormente, el proceso de estigmatización engloba un conjunto de características: el etiquetado, la atribución de características negativas al grupo objeto de etiqueta, su consideración cómo grupo diferente, “ellos” versus

“nosotros”, las repercusiones emocionales tanto para quien estigmatiza como para el estigmatizado, la pérdida de estatus y la discriminación, la asimetría de poder ¹³.

1.2.3 Estigma asociado a la enfermedad mental

Para una mejor comprensión del estigma hacia las personas con enfermedad mental habría que hacer un recorrido a lo largo de la historia

Evolución histórica:

En la Edad Antigua los primeros médicos babilonios consideraban las enfermedades mentales como una posesión demoníaca y las trataban con métodos mágico-religiosos. En el Judaísmo, las consideraban enfermedades ocultas que sólo debían ser tratadas por sacerdotes. Los mitos, leyendas y pensamientos religiosos de la época hicieron consolidar la concepción diabólica de las enfermedades mentales en toda la sociedad. Así pues, la Iglesia primitiva cristiana creó una orden de sacerdotes llamada “los posesos” que eran los encargados de practicar el exorcismo con el fin de expulsar al “demonio” de los pacientes mentales. A lo largo de los siguientes siglos surgiría el término “licantropía”, que se refería a que los enfermos mentales en noches de luna llena, se convertían en hombres lobo; así como el término “lunatismo”, que hacía referencia a que los pacientes psiquiátricos se descompensaban con la luna llena y atacaban a sus víctimas ¹⁴. Todos estos ideales derivan del pensamiento primitivo, el cual, dio lugar a las trepanaciones craneales que se llevaban practicando desde hacía más de 5000 años, con el fin de liberar a los demonios que provocaban las enfermedades mentales ¹⁵.

Los griegos fueron los primeros en estudiar la enfermedad mental desde el punto de vista científico, de hecho, fueron los primeros en emplear el término “estigma” para definir a aquellas personas que eran potencialmente peligrosas¹⁰. La posesión demoníaca tomó su forma más extravagante y llegaron a considerar la enfermedad mental como una posesión de los dioses. Los griegos establecieron el origen somático de la enfermedad mental, producida en el cerebro ¹⁵. Hipócrates sentó las bases de una concepción racional y científica de las enfermedades mentales, clasificándolas y estableciendo su origen ¹⁴. Los romanos siguieron las filosofías griegas y postularon que una insatisfacción de los deseos y pasiones actuaban sobre el alma produciendo enfermedades mentales, que podían controlarse si se alcanzaba un estado de tranquilidad interior. En este contexto, Celso, clasificó las enfermedades mentales en locales y sistémicas, y estas últimas las dividió a su vez en febriles (delirios) y no febriles (locura).

En la Edad Media se produjo un gran retroceso en lo que a salud mental respecta, y se volvió a la idea de que las enfermedades mentales eran posesiones demoníacas. Se produce un conflicto de médicos que luchan entre sus concepciones profesionales y la concepción cristiana ¹⁴⁻¹⁵. El Renacimiento también se convirtió en un período de decadencia de la psiquiatría y de los derechos de los enfermos mentales. En 1486 los teólogos alemanes Heinrich Kramer y Johann Sprenger, con el apoyo del Vaticano, publicaron el *Malleus Malificarum* en el que atribuyeron las enfermedades mentales como causa del demonio, negando cualquier explicación natural de las mismas y destruyendo toda la herencia científica griega y romana. El tratamiento para la enfermedad mental era la tortura y si se llegaba a la muerte (quemados en una hoguera) era por caridad cristiana, para poder liberar el alma del poseído. En los siglos XVIII y XIX ya no se realizaban torturas, sin embargo, los pacientes mentales eran objeto de desprecio, burlas y maltrato.

Posteriormente surge la contribución fundamental del médico y reformador francés Philippe Pinel (1745-1826), quién consiguió cambiar la visión de la sociedad respecto a los enfermos mentales, considerándolos seres humanos con derechos a un tratamiento médico estándar. Pinel llamó a su labor sanitaria “tratamiento moral” y muchas de sus concepciones siguen vigentes a día de hoy.

En el siglo XX surgen las clasificaciones internacionales y la psicofarmacología que ha supuesto un gran avance en el tratamiento de las enfermedades mentales.

Situación actual

El estigma hacia los pacientes con enfermedad mental sigue siendo un problema vigente en la actualidad. Según los estudios de referencia, en sociedades occidentales, los estereotipos (relacionados con creencias) más frecuentes expresados en relación con personas que padecen enfermedad mental grave, son: peligrosidad, extrañeza e impredecibilidad, dificultad de relación e incapacidad para manejar su vida y autocuidado, incompetencia, atribución de responsabilidad o culpa sobre lo que les sucede, falta de control. Asociados a estas ideas aparecen sentimientos de miedo y desconfianza que tienen como consecuencia el rechazo social o el aislamiento ¹⁰⁻¹³.

Muñoz y colaboradores ¹⁰, tras revisar los principales estudios publicados sobre el estigma asociado a la enfermedad mental, llegan entre otras a las siguientes conclusiones:

“Las investigaciones que han evaluado el estigma percibido coinciden en que un alto porcentaje de los participantes anticipan el rechazo al creer que serán discriminadas por padecer un trastorno mental, y que este estigma percibido guarda correlación

negativa con la calidad de vida, la autoestima y la adherencia al tratamiento y correlación positiva con síntomas de depresión y ansiedad”

“Los familiares de personas con enfermedad mental tienden a creer que la comunidad devalúa y rechaza a las personas con trastorno mental y a sus familias, una proporción importante de familiares muestra actitudes estigmatizantes hacia las personas con enfermedad mental, los familiares adoptan como estrategia habitual de afrontamiento ante el estigma el ocultamiento total o parcial de la enfermedad mental”

“Las actitudes de los profesionales que trabajan con personas con enfermedad mental son más positivas que las de la población general aunque también tienen actitudes estigmatizantes”

En la población general, “la esquizofrenia se asocia con la creencia de que la persona que la padece es peligrosa y la percepción de peligrosidad se asocia con reacciones emocionales negativas y con un deseo de distancia social, la aceptación de una persona con trastorno mental tiende a disminuir cuanto más cercana se plantea la relación”

Respecto a los medios de comunicación, “la enfermedad mental es retratada de forma negativa apareciendo en muchas ocasiones ligada a sucesos violentos, la visión que transmiten está en consonancia con estereotipos como peligrosidad, impredecibilidad, falta de control, proyectan una imagen distorsionada y a menudo sensacionalista de las personas con enfermedades mentales”

En definitiva, todas estas las actitudes estigmatizantes tienen consecuencias negativas, tales como, un fuerte rechazo a la aceptación de la enfermedad por parte del paciente, ocultándola, y de la familia, ocultando al paciente, así como la falta de adherencia al tratamiento¹⁶. Además, producen distanciamiento social y rechazo y también conductas de evitación, tanto la distancia social como la evitación tienen repercusiones perjudiciales sobre la autoestima y la conducta social y personal ¹³.

Medios de comunicación y estigma en la enfermedad mental

En la actualidad, es de destacar, que los medios de comunicación se han convertido en la fuente principal de información y que los mismos han difundido información errónea en relación a las personas con trastorno mental, dando una imagen distorsionada de la realidad, como que “*hay que temer a los maniacos homicidas*”, o si se produce un asesinato enseguida dicen “*el autor de los hechos tenía antecedentes psiquiátricos y requirió tratamiento*” ¹⁷.

En relación a los medios de comunicación, Puchol plantea las siguientes preguntas ¿con qué frecuencia resulta posible verificar la presencia en los medios de comunicación como son la prensa, la radio y la televisión, de historias relacionadas con la inserción laboral con éxito de un enfermo mental? ¿Información realista sobre los psicofármacos, sus beneficios en el mundo psiquiátrico y su gran ayuda a estos pacientes para llevar una vida sana en lo medianamente posible, sin hablar de sus adicciones?, a día de hoy esta información es escasa. Por el contrario ¿con qué frecuencia solemos encontrarnos con noticias relacionadas con la última agresión de un esquizofrénico contra su madre? ¿Asesinatos llevados a cabo por trastornados? ¿Retratos cinematográficos de enfermos mentales como enajenados, aislados e incontrolables por su violencia?, estas noticias no son difíciles de encontrar. Este mismo autor dice que *“a los medios de comunicación parece no interesarles mostrar una imagen ajustada a la realidad sobre la enfermedad mental y aquellos que la padecen. Sería una imagen mucho más rigurosa y cierta, pero bastante menos vendible e impactante, por lo que su audiencia y fines comerciales se verían negativamente afectados”* ¹⁸.

Por tanto, se puede concluir que esta forma de divulgar la información por parte de los medios de comunicación favorece la estigmatización y refuerza las actitudes negativas en la población.

1.2.4 Lucha contra el estigma. Principales estrategias en el ámbito de la salud mental

Organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud y la Unión Europea incluyen como una de las prioridades de sus políticas sanitarias y sociales, la lucha y erradicación de la estigmatización. Ejemplo de esto serían: La Conferencia Ministerial Europea de la OMS sobre Salud Mental, en la declaración europea de salud mental de Helsinki (2005), ha establecido entre sus prioridades: *“la eliminación de los estigmas, la discriminación y la desigualdad de las personas con problemas de salud mental o discapacidad”* ¹⁹. La Comisión Europea en el libro verde sobre salud mental (2005) también contempla entre sus objetivos principales la integración de las personas con enfermedad mental, garantizando sus derechos y señala la estigmatización como un factor clave en este sentido ⁴. La resolución del Parlamento Europeo sobre salud mental (19 febrero 2009) en relación con la lucha contra la estigmatización y la exclusión social, *“pide que se organicen campañas públicas de información y sensibilización para promover la salud mental, dejar de estigmatizar a las personas con trastornos mentales y promover la integración activa de las personas que sufren problemas de salud”* *“subraya el papel determinante de los medios de comunicación para cambiar la imagen de la*

enfermedad” y “pide que se elaboren directrices europeas para la cobertura responsable de la salud mental por parte de los medios de comunicación”²⁰.

En esta misma línea, El Ministerio de Sanidad de España en el año 2005 puso en marcha la campaña “todos somos parte del tratamiento de una enfermedad mental”; se trata de una campaña de sensibilización social para la eliminación de prejuicios hacia las personas con enfermedad mental. Para esta campaña, el Ministerio contó con la colaboración de FEAFES (Confederación española de agrupaciones de familiares y personas con enfermedad mental), la Asociación Española de Neuropsiquiatría y la Sociedad Española de Psiquiatría. La Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional del Salud, 2009-2013, del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, plantea entre sus objetivos “*erradicar el estigma y la discriminación asociada a las personas con trastornos mentales*” y recomienda “*implantar mecanismos que permitan identificar en la legislación vigente, y en las nuevas propuestas legislativas, barreras que impiden el ejercicio de la ciudadanía a las personas con trastornos mentales*”, “*las intervenciones dirigidas a fomentar la integración y reducir el estigma de las personas con enfermedades mentales se dirigirán preferentemente a profesionales de la salud, de la comunicación, de la educación, empresarios y agentes sociales, asociaciones de personas con trastornos mentales y sus familiares*”

En la Declaración de Oviedo (noviembre de 2011) contra la discriminación y el estigma hacia las personas con enfermedad mental, se dice textualmente: “*En el marco del XV Congreso Nacional de Psiquiatría de Oviedo, y con objeto de divulgar esta problemática, la Sociedad Española de Psiquiatría, la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica y la Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental declaran:*”

- *Que una sociedad mejor informada, pierde los miedos y reacciona de una forma más solidaria.*
- *Que la peligrosidad y relación con actos violentos de la persona con enfermedad mental no es la norma habitual en su comportamiento y han de considerarse, tal y como son, hechos aislados.*
- *Que la persona con enfermedad mental no tiene ninguna responsabilidad sobre la aparición y evolución de la misma.*
- *Que padecer una enfermedad mental no es sinónimo de incompetencia o incapacidad para desarrollar las tareas básicas de la vida.*
- *Que romper los tabúes de la enfermedad y hacer comprender que cada persona es un enfermo diferente puede ayudar a que se les vea de otra forma desde todos los ámbitos de la sociedad.*

- *Que la persona con enfermedad mental es obviamente como cualquiera otra pero necesita aún más del cuidado y aceptación del entorno para su mejoría.*
- *Que las capacidades intelectuales de la persona con enfermedad mental no tienen porqué ser menores que las del resto de la población y por tanto pueden tener la misma aptitud para enfrentarse a la formación académica.*
- *Que las habilidades y competencias de la persona con enfermedad mental no tienen porqué ser menores que las de la persona sin enfermedad mental y por tanto pueden tener la misma capacidad para desarrollar una profesión y oficio.*
- *Que algunas personas con enfermedad mental no pueden desarrollar un trabajo normalizado, pero en la mayoría de estos casos sí lo pueden hacer de forma supervisada y adaptada a su nivel de funcionamiento.*
- *Que las autoridades sanitarias pueden y deben redoblar esfuerzos para la integración de las personas con enfermedad mental como ciudadanos de pleno derecho.*
- *Que se deben erradicar los términos ofensivos, imprecisos, inadecuados que generan confusión, alarma y recelo.*
- *Que los medios de comunicación pueden ayudar a la erradicación del estigma asociado a la enfermedad mental.*

2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

2.1. Objetivos:

- Analizar el estigma asociado a la enfermedad mental en familiares de personas con enfermedad mental grave en la isla de Tenerife.
- Analizar el estigma asociado a la enfermedad mental en población general de la isla de Tenerife
- Comparar el estigma asociado a la enfermedad mental en ambas muestras (población en general y familiares de pacientes con trastorno mental grave)

2.2. Hipótesis:

La hipótesis que se plantea, teniendo en cuenta los datos aportados por los estudios de referencia, es que el estigma asociado a la enfermedad mental grave es menor entre los familiares de pacientes psiquiátricos que entre la población general

3. MATERIAL Y MÉTODO

3.1 Tipo de estudio

Se trata de un estudio de tipo descriptivo, transversal, para analizar ciertas variables relacionadas con el estigma social asociado a la enfermedad mental en familiares de personas con enfermedad mental grave y en población general; y correlacional, para analizar si existen diferencias significativas entre ambas muestras respecto a estas variables.

3.2 Población de estudio y muestra

La población objeto de estudio será la población general y los familiares próximos de enfermos mentales graves de la isla de Tenerife

La muestra de familiares, será de conveniencia, y se extraerá entre los familiares próximos (padres, hermanos, hijos, pareja) de pacientes mentales graves con diagnóstico de esquizofrenia, atendidos en la red de recursos de atención socio-sanitaria a personas con enfermedad mental grave de Santa Cruz de Tenerife y estará formada por 50 personas.

La muestra de población general se seleccionará de manera aleatoria, entre la población residente en el Municipio de Santa Cruz de Tenerife, siguiendo un muestreo fluctuado en función del género y la edad, estableciéndose tres grupos de edad, 18-40 años, 40-65 años y más de 65 años. Es decir, si se realiza un cuestionario a una mujer de 55 años, el siguiente cuestionario ha de pasarse a un hombre entre los 18-40 años o más de 65 años, de este modo se pretende obtener una correcta distribución muestral por género y edad que garantice la representatividad de la muestra. Esta muestra estará integrada por 100 personas.

Criterios de exclusión muestra de familiares:

1. Padecer una enfermedad mental
2. Ser profesional sanitario

Criterios de exclusión muestra de población general:

1. Padecer una enfermedad mental
2. Ser profesional sanitario
3. Tener familiares directos afectados de enfermedad mental (muestra de población general)

3.3 Variables

- Sociales: Edad, sexo, nivel de estudios
- Creencias, actitudes y conductas estigmatizantes

3.4 Instrumentos de evaluación:

Para la realización del estudio se utilizará un cuestionario de diseño propio para evaluar las variables sociales (Anexo I) y la versión española del *Attribution Questionnaire-27 (AQ-27)* para evaluar las variables relacionadas con el estigma social asociado a la enfermedad mental grave (Anexo II)

El AQ-27 es un cuestionario, diseñado por Corrigan y cols, para evaluar creencias, actitudes y conductas estigmatizantes hacia las personas con enfermedad mental, es de carácter auto-administrado, consta de 27 ítems que se agrupan en 9 factores, cada factor incluye 3 ítems, de acuerdo al siguiente criterio:

- Responsabilidad (las personas son responsables y pueden controlar su enfermedad mental) = ítems: 10+11+23
- Piedad (sentir lástima por las personas con enfermedad mental) = ítems: 9+22+27
- Ira (sentir ira, irritación hacia las personas con enfermedad mental) = ítems: 1+4+12
- Peligrosidad (las personas con enfermedades mentales representan una amenaza para los demás) = ítems: 2+13+18
- Miedo (sentir miedo de las personas con enfermedad mental) = Ítems: 3+19+24
- Ayuda (disposición a ayudar a las personas con enfermedad mental) = Ítems: 8+20+21
- Coacción (las personas con enfermedad mental deben ser obligadas a participar en el tratamiento) = ítems: 5+14+25
- Segregación (las personas con enfermedad mental deber ser separadas de la sociedad) = ítems: 6+15+17
- Evitación (evitar vivir o trabajar cerca de una persona con enfermedad mental) = ítems: 7+16+26 (los ítems de este factor deben invertirse)

Los ítems han de responderse en una escala tipo Likert de 1 a 9; por tanto, la puntuación de cada ítems oscila entre 1 y 9 y la de cada factor entre 3 y 27. A mayor puntuación, mayor valor del ítem y del factor, a excepción del factor evitación y de los ítems incluidos en el mismo en los que debe invertirse el valor, de forma que a menor puntuación, mayor valor del ítem y del factor ²¹

En este estudio, para un mejor análisis de los datos, y siguiendo estudios de referencia, se agruparan las puntuaciones obtenidas en los ítems en dos categorías: ≥ 7 y < 7 ; a excepción de los ítems inversos en donde se agruparan en ≤ 3 y > 3 ¹⁰.

3.5 Metodología de trabajo

En un primer momento se contactará con los dispositivos socio-sanitarios de atención a los enfermos mentales graves de Santa Cruz de Tenerife y con las asociaciones AFES y ATELSAM para explicarles el proyecto y solicitar su colaboración. A continuación se seleccionará una muestra de conveniencia entre los familiares próximos de estos pacientes, atendidos en los centros reseñados.

El siguiente paso será seleccionar una muestra, de carácter aleatorio, entre la población general, siguiendo los criterios expuestos en el apartado de muestra.

A la totalidad de participantes (de ambas muestras) se les explicará la finalidad del estudio, el procedimiento a seguir, y se les indicará que la participación en el estudio es de carácter voluntario, garantizándoles el anonimato y agradeciéndoles de antemano su colaboración.

Tras la selección de las muestras se procederá a la cumplimentación de los instrumentos de evaluación, en primer lugar se evaluará la muestra de familiares y después la de población general. Por último, y tras la recogida de datos, se procederá a su análisis estadístico.

3.6. Cronograma:

Se estima que este proyecto se lleve a cabo en un periodo de 6 meses, siguiendo el siguiente cronograma

	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6
	Recogida de datos en familiares	Análisis de los datos recogidos	Recogida de datos en población	Análisis de los datos obtenidos	Análisis estadístico y cálculo de errores	Descripción de los resultados y publicación del trabajo

3.7. Análisis de los datos

a) Análisis descriptivo de cada una de las muestras.

Las variables categóricas se describirán mediante frecuencias y se expresarán en porcentajes, las variables continuas o cuantitativas mediante la media y la desviación típica.

El análisis de los datos obtenidos en el AQ-7 se hará calculando las puntuaciones medias de cada ítem y de cada factor y también, para un mejor análisis de los datos, mediante frecuencias/porcentajes, de forma que se agruparan las puntuaciones obtenidas en los ítems en dos categorías: alta y baja

b) Análisis de correlaciones.

Para establecer correlaciones entre las dos muestras en relación a los distintos ítems y cada dimensión del AQ-27, teniendo en cuenta que los mismos van a ser tratados de forma cuantitativa y también categórica se utilizará: el estadístico chi y el coeficiente de correlación de Pearson.

Todos los análisis estadísticos se llevarán a cabo utilizando el software SPSS para Windows versión 18.

3.8. Limitaciones y aspectos éticos:

Durante el desarrollo del estudio podríamos encontrarnos con las siguientes limitaciones: la falta de participación ya que la misma es de carácter voluntario y la falta de sinceridad, razón por la que a los participantes se les indicará la importancia de que sean sinceros en sus respuestas y en el carácter anónimo de los datos.

En relación a los aspectos éticos, el estudio no conlleva riesgo para los participantes, garantizándose el anonimato; sin embargo, la participación en el mismo puede ser de ayuda para las personas que sufren una enfermedad mental grave.

4. RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES:

Al tratarse de un diseño de proyecto de investigación, aún no disponemos de resultados por lo que no procede la discusión y las conclusiones.

5. BIBLIOGRAFÍA

1. Ottati, V., Bodenhausen, G.V., Newman, L.S. (2005). En: Muñoz, M., Pérez Santos, E., Crespo, M., Guillen, A.I. Estigma y enfermedad mental: análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental, Madrid: Editorial complutense SA, 2009
2. Goffman E. Estigma: la identidad deteriorada (4^o ed). Buenos Aires: Amorrortu, 1998.
3. Muñoz M, Sanz M, Pérez-Santos. Estado del conocimiento sobre el estigma internalizado desde el modelo socio-cognitivo-comportamental. Anuario de Psicología Clínica y Salud, 2011; vol 07, 41-50
4. Unión europea. Libro verde. Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental. Comisión de las Comunidades Europeas, Bruselas, 2005.
5. Muñoz M, Guillen AI, Pérez-Santos, E. La lucha contra el estigma de la enfermedad mental: razón para la esperanza. Rehabilitación Psicosocial. 2013; 10 (2): 10-19
6. Who.int [Internet]. OMS 2015 [enero 2015, citado 19 enero 2015]. Disponible en http://www.who.int/topics/mental_health/es/
7. Ministerio de Sanidad y Política Social. Guía de práctica clínica de intervenciones psicosociales en el trastorno mental grave. 2009.
8. National Institute of Mental Health. 1987. En: Guía de práctica clínica de intervenciones psicosociales en el trastorno mental grave. Ministerio de Sanidad y Política Social. 2009.
9. Stafford MC y Scott R (1986). En: Muñoz, M., Pérez Santos, E., Crespo, M., Guillen, A.I. Estigma y enfermedad mental: análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental, Madrid: Editorial complutense SA, 2009
10. Muñoz, M., Pérez Santos, E., Crespo, M., Guillen, A.I. Estigma y enfermedad mental: análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental, Madrid: Editorial complutense SA, 2009
11. Arnaiz A. Uriarte JJ. Estigma y enfermedad mental. Rev de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria [Internet]. 2006 [diciembre 2014]; N°26, pp 49-59. Disponible en <http://revistanorte.es/index.php/revista/article/view/438/433>
12. Pederson, D. Estigma y exclusión social en la enfermedad mental: apuntes para el análisis e investigación. Revista Psiquiatría y Salud Mental. 2005, VI (1): 3-14

13. López M., Laviana M., Fernández L., López A., Rodríguez AM y Aparicio A. La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., 2008, vol. XXVIII, n.º 101, pp. 43-83. Disponible en <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v28n1/v28n1a04.pdf>
14. León Castro H.M. Estigma y enfermedad mental: un punto de vista histórico-social. Rev. Psiq Her Val. Vol VI Nº1 Enero- Junio 2005, pp 33-34
15. Salaverry Oswaldo. La piedra de la locura: inicios históricos de la salud mental. Rev Peru Med Exp Salud Pública [Internet]. 2012 [diciembre 2014] pp143-148. Disponible en <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v29n1/a22v29n1.pdf>
16. Bernal AR. Stop al estigma de la salud mental. Editorial Club Universitario; 2010. 171p.
17. FEAFES Galicia [Internet]. Mofase 2015 [enero 2015, citado 21 enero 2015]. Disponible en 7. Who.int [Internet]. OMS 2015 [enero 2015, citado 19 enero 2015]. Disponible en http://www.who.int/topics/mental_health/es/
18. Puchol Esparza, D. Medios de comunicación, salud mental y locura. Psiquiatría.com. 2007; 11 (1)
19. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Helsinki. Lucha contra la estigmatización y la discriminación en relación con la enfermedad mental. Ginebra, 2005
20. Diario Oficial de la Unión Europea. Resolución del Parlamento Europeo, de 19 de febrero de 2009, sobre la salud mental (2008/2209 (INI) (2010/C 76 E/05)
21. Consejería de familia y asuntos sociales, Dirección General de Servicios Sociales, Comunidad de Madrid. Cuestionario de Atribución 27 (AQ-27)

ANEXO I. CUESTIONARIO DE ELABORACIÓN PROPIA

- Edad (18-40; 40-65; más de 65)
- Sexo (Masculino o Femenino)
- Lugar de residencia
- Nivel máximo de estudios (ESO, Bachillerato o FP, Ciclo superior o Universidad)
- Situación laboral (Trabajando, Desempleado, En paro)
- ¿Pertenece a alguna ONG o asociación? En caso afirmativo, ¿de qué se trata?
¿Por qué la escogió?
- ¿Tiene alguna relación cercana con la sanidad?
- ¿Conoce alguna persona con trastorno psiquiátrico?

ANEXO II. CUESTIONARIO DE ATRIBUCIÓN AQ-27

POR FAVOR, LEA LAS SIGUIENTES FRASES ACERCA DE JOSE

José es un soltero de 30 años con esquizofrenia. A veces oye voces y se altera. Vive solo en un apartamento y trabaja con empleado en una gran firma de abogados. Ha sido hospitalizado seis veces a causa de su enfermedad.

AHORA CONTESTE CADA UNA DE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SOBRE JOSÉ. RODEE CON UN CIRCULO EL NUMERO DE LA MEJOR RESPUESTA PARA CADA PREGUNTA.

1. Me sentiría violentado a causa José
En absoluto 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Muchísimo

2. Me sentiría inseguro cerca de José
No, en absoluto 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Muchísimo

3. José me aterraría
En absoluto 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Muchísimo

4. ¿En qué medida se sentiría enfadado con José?
En absoluto 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Muchísimo

5. Si estuviera a cargo del tratamiento de José, le exigiría que se tomara su tratamiento
En absoluto 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Muchísimo

6. Creo que José supone un peligro para sus vecinos si no se le hospitaliza
En absoluto 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Muchísimo

7. Si fuera un empresario entrevistaría a José para un trabajo
No es probable 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Muy probablemente

8. Estaría dispuesto a hablar con José acerca de su problema
En absoluto 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Muchísimo

9. Sentiría pena por José
Ninguna en absoluto 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Muchísimo

10. Pensaría que es culpa de José que se encuentre en su situación actual

No, en absoluto 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Sí, totalmente

11. ¿Hasta qué punto cree que es controlable la causa de la situación actual de José?
No hay ningún control personal 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Completamente bajo control personal

12. ¿En qué medida se sentiría irritado por José?
En absoluto 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Muchísimo

13. En tu opinión, ¿hasta qué punto es José peligroso?
En absoluto 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Muchísimo

14. ¿Hasta qué punto está de acuerdo en que José debe ser obligado a ponerse en tratamiento médico incluso si él no quiere?
En absoluto 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Muchísimo

15. Creo que sería mejor para la comunidad de José que lo recluyeran en un hospital psiquiátrico
En absoluto 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Muchísimo

16. Compartiría el coche para ir al trabajo con José cada día
No es probable 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Muy probablemente

17. ¿Hasta qué punto cree que un hospital psiquiátrico, donde José está lejos de sus vecinos, es el mejor lugar para él?
En absoluto 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Muchísimo

18. Me sentiría amenazado por José
No, en absoluto 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Sí, muchísimo

19. ¿Hasta qué punto José le asustaría?
En absoluto 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Muchísimo

20. ¿Cuál es la probabilidad de que ayudara a José?
Definitivamente no ayudaría 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Definitivamente ayudaría

21. ¿Con qué certeza cree que ayudaría a José?

Ninguna certeza 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Absoluta certeza

22. ¿Hasta qué punto comprende a José?

En absoluto 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Muchísimo

23. En su opinión, ¿hasta qué punto es José responsable de su situación actual?

No es responsable en absoluto 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Muy responsable

24. ¿Hasta qué punto le aterrorizaría José?

En absoluto 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Muchísimo

25. Si estuviera al cargo del tratamiento de José, le obligaría a vivir en un piso supervisado

En absoluto 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Muchísimo

26. Si fuera propietario, probablemente alquilaría un piso a José

No es probable 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Muy probable

27. ¿Cuánta preocupación sentiría por José?

Ninguna en absoluto 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Muchísima

El AQ consta de 9 factores, que se puntúan sumando los tres ítems correspondientes de cada uno, de acuerdo con el siguiente criterio:

Responsabilidad = AQ10+AQ11+AQ23

Piedad = AQ 9+AQ22+AQ27

Ira = AQ1+AQ4+AQ12

Peligrosidad = AQ2+AQ13+AQ18

Miedo = AQ3+AQ19+AQ24

Ayuda = AQ8+AQ20+AQ21

Coacción = AQ5+AQ14+AQ25

Segregación = AQ6+AQ15+AQ17

Evitación = AQ7+AQ16+AQ26. Ítems invertidos; a mayor puntuación, mayor valor.