

La Infrahumanización de las personas con enfermedad mental

TRABAJO FIN DE GRADO

2015

Autora: Dña. Sara Tadeo Marrero
Alumna de Grado en Trabajo social

Directora: Dra. Verónica Betancor
Rodríguez



ÍNDICE

RESUMEN	4
ABSTRACT	4
Presentación	6
CAPÍTULO I: PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL	7
1. Introducción	7
1. 1 Breve recorrido histórico.....	8
1.2 Conceptualización	10
1.3 Causas de la enfermedad mental	11
1.4 Tipos de enfermedad mental	12
1.5 Los problemas mentales más comunes en el mundo.....	14
1.6 Enfermedad mental y discapacidad.....	16
CAPÍTULO II. PERCEPCIÓN SOCIAL DEL ESTIGMA: La estigmatización de las personas con enfermedad mental	21
2.1. Conceptualización	21
2.2 Categorías del Estigma	22
2.3 Dimensiones del estigma	24
CAPÍTULO III: LA INFRAHUMANIZACIÓN	27
3.1 Infrahumanizar	27
CAPÍTULO IV: OBJETIVOS E HIPÓTESIS	30
4.1 Objetivos	30
4.2 Hipótesis	30
CAPÍTULO V: METODO	31
5.1 Estudio preliminar:.....	31
5.2 Estudio experimental:.....	32
5.2.1 Descripción de la muestra del estudio:.....	32
5.2.2 Diseño.....	33
5.2.3 Procedimiento e instrumentos	33
CAPÍTULO VI: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	35



6.1 Resultados	35
6.2 Discusión	38
CAPÍTULO VII: CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y PROPUESTAS ...	40
7.1 Conclusiones	40
7.2 Recomendaciones y propuestas.....	40
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	42
Anexo I: Modelo de cuestionario del estudio preliminar.....	44
Anexo II: Modelos de cuestionarios del estudio experimental.....	51
2.1 Cuestionario de la categoría social personas sin enfermedad mental	51
2.2 Cuestionarios de la categoría social personas con enfermedad mental.....	55

RESUMEN

La infrahumanización es el proceso por el que se niega a la otra persona alguna de las cualidades que lo distinguen como ser humano. Los primeros estudios realizados sobre la infrahumanización, apuntan a que una de las características esencialmente humanas es la capacidad de experimentar sentimientos, encontraron que en la capacidad de experimentar emociones las comparten con los animales y seres humanos. De forma similar, una forma de infrahumanizar a los/as otros/as es quitándoles la capacidad de sentir dolor social, que es una característica esencialmente humana. El objetivo de esta investigación es comprobar si se infrahumaniza a las personas con enfermedad mental. Para ello se a empleado el paradigma de la atribución del dolor social. En la investigación se le pidió se le pidió a 49 estudiantes de Grado en Trabajo Social de la Universidad de La Laguna, que valoraran en qué medida creían que las situaciones que se les presentaban eran dolorosas bien los miembros del endogrupo (personas sin enfermedad mental) o miembros del exogrupo (personas sin enfermedad mental). Es decir, la mitad de los participantes estaban pensando en miembros del endogrupo y la otra mitad lo hacían pensando en miembros del exogrupo. Nuestros resultados muestran que las personas que participaron en la investigación no infrahumanizan a las personas con enfermedad mental.

Palabras clave: Infrahumanización, dolor social, dolor físico, enfermedad mental.

ABSTRACT

The infrahumanisation is a process which denies any characteristic of the human been to any person. The first researches about infrahumanisation, showed that one of the characteristics essentially from humans was the ability to express feelings, besides the feelings were shared with the other living beings. Therefore, a way to infrahumanisation others is denieing the potential to express feelings. In a similar way, a way to abandon the infrahumanisation is understanding when others are infrahumanisation removing the ability to feel social pain, which is a basic human characteristic. Meanwhile the physical pain is attached to the ingroup and outgroup as well. For it to be built on the paradigm of attribution of social pain. In research we asked 49 students of Degree in Social Work at the University of La Laguna, to rate the extent to which they believed the situations presented

to them were painful good ingroup members (people without mental illness) or members outgroup (people without mental illness). That is, half of the participants were thinking of ingroup members and the other half did so thinking of outgroup members. Our results show that people who participated in the investigation did not infrahumanize people with mental illness.

Keywords: infrahumanisation, social pain, physical pain, mental illness.

Presentación

Este trabajo responde a las exigencias de la asignatura Trabajo de fin de grado de 4º de Trabajo Social de la Universidad de La Laguna.

Los motivos que me han llevado a elegir el tema de la enfermedad mental y más concretamente, la infrahumanización de los enfermos mentales han sido tres.

En primer lugar, tras pedir una beca que concedía el Banco Santander para la realización de prácticas en empresas, decidí aventurarme junto con la Asociación Domitila Hernández FADEMUR – Canarias, en la creación de un Centro Especial de Empleo para personas con discapacidad, en especial personas con enfermedad mental.

En segundo lugar, la experiencia en la Asociación me ha permitido constatar que, aunque la sociedad al igual que las personas que la componen han evolucionado a pasos agigantados, aún hoy en día se siguen percibiendo a las personas con enfermedad mental como una lacra social, como un problema sin resolver. Es por ello que he querido investigar sobre dicha problemática, ya que es un tema que tiene gran relevancia social y, sin embargo, el sistema general de Servicios Sociales no destina ni el tiempo, ni el dinero necesario para abordarla en su complejidad.

En tercer lugar, pero no por ello menos importante para mí, es que tengo un hermano con psicosis paranoide, y he sufrido de primera mano, las repercusiones sociales y económicas que ello conlleva. Para intentar ayudar en la medida de mis posibilidades, realicé mis estudios en Trabajo Social, que considero que es una de las vías más acertada para acercarme mejor a la problemática social y más concretamente a la problemática que estas personas sufren para conseguir paliar la situación que viven tantas familias como la mía.

CAPÍTULO I: PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL

1. Introducción

El objetivo principal de nuestra investigación es comprobar si el alumnado del Grado en Trabajo Social infrahumaniza a las personas con enfermedad mental. Es por ello que partiremos desde las hipótesis de que no habrá una diferencia significativa en la atribución de dolor físico al endogrupo (personas sin enfermedad mental) y al exogrupo (personas con enfermedad mental). Sin embargo si habrá una diferencia significativa en la atribución de dolor social al endogrupo (personas sin enfermedad mental) y al exogrupo (personas con enfermedad mental). Más concretamente, se atribuirá mas dolor social a los miembros del endogrupo (personas sin enfermedad mental) que a los del exogrupo (personas con enfermedad mental).

Según las más recientes estimaciones epidemiológicas de la Organización Mundial de la Salud, en España alrededor de un 9% de población soportarán a lo largo de sus vidas algún trastorno mental de distinta intensidad y duración. Los mismos estudios indican que cerca de un 1% de la población sufrirá enfermedades mentales graves como la esquizofrenia, en muchos casos de forma constante y extendida en el tiempo.

Esta investigación aporta al Trabajo Social una ampliación de conocimientos, ya que en el plan de estudios de Grado en Trabajo Social, no hay un acercamiento profundo al tema de la salud mental. Y de esta manera, se podrían dar a conocer algunos datos relevantes.

Para fundamentar este trabajo de investigación, se ha llevado a cabo una revisión teórica, recogiendo diferentes aspectos: Antecedentes (breve repaso histórico del sufrimiento del estigma en las personas con enfermedad mental), un acercamiento a los conceptos relacionados con la enfermedad mental, tipos de enfermedad mental, la estigmatización y, finalmente, nos acercaremos a la infrahumanización de los/as enfermos/as mentales.

1. 1 Breve recorrido histórico

El modo en que las sociedades han entendido y tratado a las personas con enfermedad mental ha ido evolucionando a lo largo del tiempo.

Así, existen reseñas a la “locura” en las civilizaciones humanas antiguas como Grecia y Roma. En ellas, la enfermedad mental se relacionaba con lo mágico, lo demoníaco o lo sobrenatural. Durante la Edad Media, el pensamiento en Europa estuvo totalmente influido por las ideas religiosas. La atención a estas enfermedades en este tiempo estaban más basados en la caridad.

Con el paso del tiempo, el pensamiento mágico dio paso al pensamiento basado en la razón.

“En la Ilustración, comienzan a prepararse las condiciones para el advenimiento de la ciencia y la industria. Las sociedades se fueron volviendo más exigentes y complejas, y sus ciudadanos necesitaron cada vez más conocimientos y habilidades para desenvolverse. La evolución hacia la mayor organización y complejidad social ha incrementado las exigencias a los ciudadanos y ha aumentado el riesgo de que las personas más vulnerables fracasen en su inserción social. Por otra parte, dicha evolución ha conducido a la aparición de sistemas políticos con mayor sensibilidad hacia lo social, y al incremento de bienes disponibles para ser utilizados en beneficio del bienestar y el control social.” (Instituto de mayores y Servicios Sociales¹, 2007, pp. 27).

Tras la Ilustración surgen nuevas instituciones dedicadas al cuidado de las personas con enfermedad mental, tal y como se conocían antiguamente los “manicomios”. Instituciones en que se reclusión a las personas con enfermedad mental, las mantenían al margen del resto de población, hospitalizados en lugares cerrados, etc.

Afortunadamente a mediados del siglo XX, con la evolución de la Ciencia, los Derechos Humanos y gracias a la definición de salud mental creada por la Organización Mundial de la Salud, se produjeron grandes progresos que dieron lugar a reformas importantes en dichas instituciones.

“Uno de los elementos centrales de la reforma ha sido un cambio de perspectiva, revertiendo la política de institucionalización de los enfermos, hacia la desinstitucionalización, adoptando el denominado modelo comunitario, que tiene por objetivo organizar la ayuda y la asistencia al enfermo sin extraerlo y separarlo de su red social” (IMSERSO, 2007, pp28).

El inicio de esta reforma se llevó a cabo en España en el año 1985 con el “Informe para la reforma Psiquiátrica”. Sabemos que hoy en día la sociedad se muestra cada vez más tolerante ante ciertas problemáticas, han surgido nuevas políticas sociales que abarcan problemas como es el de la enfermedad mental con la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, sin embargo a pesar del paso de los años no podemos ver los resultados satisfactorios que a día de hoy podían esperarse.

Para entender mejor la situación actual de las personas con enfermedad mental, a continuación mostramos el crecimiento del número de personas con enfermedad mental en España y en Canarias.

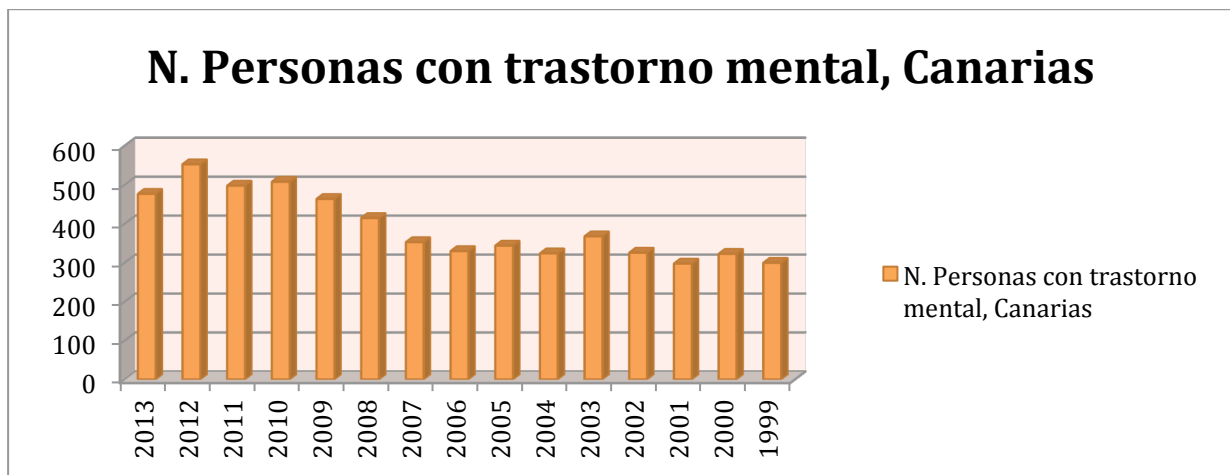
Figura 1. Personas con trastornos mentales en España desde el año 2009 hasta el año 2013. Ambos sexos.



Fuente: Elaboración propia basado en el INE (Instituto Nacional de Estadística) 2013.

Como podemos observar en esta tabla, en el año 2009 había 14.456 personas con enfermedad mental, y ya en el año 2013 había 16.977 personas con enfermedad mental, por lo que hay un incremento de 2.521 personas.

Figura 2. Personas con trastornos mentales en Canarias desde el año 1999 hasta el año 2013. Ambos sexos.



Fuente: Elaboración propia basado en el INE (Instituto Nacional de Estadística) 2013.

En Canarias el incremento es menor, por lo que en el año 1999 había 300 personas con enfermedad mental mientras que en 2013 había aumentado hasta 477.

Para poder entender mejor esta problemática, a continuación vamos a realizar un breve recorrido por los conceptos principales que nos acercan más al conocimiento del tema que nos concierne.

1.2 Conceptualización

A continuación hacemos referencia a dos conceptos que nos acercan a la realidad social que queremos investigar: salud mental y enfermedad mental.

1.2.1 Salud mental

La Organización Mundial de la Salud¹ (OMS, 2007, ¶ 1) describe la salud mental como: *“un estado de bienestar en el que el individuo es consciente de sus capacidades, puede afrontar las exigencias normales de la vida y trabajar productivamente y de modo fructífero, y a la vez es capaz de contribuir a su comunidad”*.

1.2.2 Enfermedad mental

La Federación de Asociaciones y familiares de personas con enfermedad mental² (2015, ¶ 1) la define como: *“una alteración de tipo emocional, cognitivo y / o del comportamiento, en que quedan afectados procesos psicológicos básicos como son la emoción, la motivación, la cognición, la conciencia, la conducta, la percepción, la sensación, el aprendizaje, el lenguaje, etc”*.

Otra forma de ver el concepto de enfermedad mental es según el National Alliance on mental illness (2015, ¶ 1), que define las enfermedades mentales como: *“condiciones médicas que interrumpen el pensamiento, los sentimientos, el humor, la habilidad de relacionarse con otros y el funcionamiento diario de una persona”*.

Una vez que hemos definido los conceptos más relevantes en relación al tema social que vamos a estudiar, vamos a referirnos a continuación haciendo referencia a las causas que han llevado a las personas a padecer una enfermedad mental.

1.3 Causas de la enfermedad mental

Según FEAFES en su guía de *“Salud mental y medios de comunicación”* en 2008, refieren que el trastorno mental responde muy pocas veces a simples patrones de causa-efecto. Esto es, las causas de las enfermedades mentales son muy variadas. Y, en algunos casos, son desconocidas. Se sabe que factores como alteraciones en la química del cerebro u otras unidades biológicas, la genética, factores ambientales y culturales, lesiones en el cerebro, consumo de sustancias, etc. pueden influir en su aparición, pero no se conoce con exactitud ni en qué nivel afecta cada uno de estos factores, ni qué combinaciones se

¹ En adelante: OMS

² En adelante: FEAFES

producen en cada caso, además que cada persona que padece una enfermedad mental es única y se le ha desarrollado su enfermedad de forma distinta.

A pesar de no haber una única respuesta a la causa por la cual se producen las enfermedades mentales, si existe una clasificación para poder conocer los tipos de las mismas, es por ello que a continuación hacemos referencia a los tipos de enfermedad mental o trastorno mental según la Clasificación Internacional de Enfermedades.

1.4 Tipos de enfermedad mental

Según la Clasificación Internacional de Enfermedades³ (CIE-10) en el capítulo V, podemos encontrar diversidad de trastornos mentales y de comportamiento.

- **Trastornos mentales orgánicos, incluidos los trastornos sintomáticos.** En este grupo encontramos : Demencia en la enfermedad de Alzheimer, Demencia vascular, Demencia en otras enfermedades clasificadas en otra parte , Demencia, no especificada, Síndrome amnésico orgánico, no inducido por alcohol o por otras sustancias psicoactivas, Delirio, no inducido por alcohol o por otras sustancias psicoactivas, Otros trastornos mentales debidos a lesión y disfunción cerebral, y a enfermedad física, Trastornos de la personalidad y del comportamiento debidos a enfermedad, lesión o disfunción cerebral, Trastorno mental orgánico o sintomático, no especificado.
- **Trastornos mentales orgánicos, incluidos los trastornos sintomáticos.** En este grupo encontramos: Esquizofrenia, Trastorno esquizotipico, Trastornos delirantes persistentes, Trastornos psicoticos agudos y transitorios, Trastorno delirante inducido, Trastornos esquizoafectivos, Otros trastornos psicoticos de origen no orgánico, Psicosis de origen no orgánico, no especificada.
- **Trastornos del humor (afectivos).** Dentro de este grupo encontramos: Episodio maníaco, Trastorno afectivo bipolar, Episodio depresivo, Trastorno depresivo recurrente, Trastornos del humor [afectivos] persistentes, Otros trastornos del humor [afectivos], Trastorno del humor [afectivo], no especificado

³ En adelante CIE

- **Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el stress y trastornos somatomorfos.** Dentro de este grupo encontramos: Trastornos fobicos de ansiedad, Otros trastornos de ansiedad, Trastorno obsesivo-compulsivo, Reacción al estrés grave y trastornos de adaptación, Trastornos disociativos [de conversión], Trastornos somatomorfos, Otros trastornos neuróticos.
- **Síndromes del comportamiento asociados con alteraciones fisiológicas y factores físicos.** Dentro de este grupo encontramos: Trastornos de la ingestión de alimentos , Trastornos no orgánicos del sueño, Disfunción sexual no ocasionada por trastorno ni enfermedad orgánicos, Trastornos mentales y del comportamiento asociados con el puerperio, no clasificados en otra parte, Factores psicológicos y del comportamiento asociados con trastornos o enfermedades clasificados en otra parte, Abuso de sustancias que no producen dependencia, Síndromes del comportamiento asociados con alteraciones fisiológicas y factores físicos, no especificados.
- **Trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos.** Dentro de este grupo podemos encontrar: Trastornos específicos de la personalidad, Trastornos mixtos y otros trastornos de la personalidad, Cambios perdurables de la personalidad, no atribuibles a lesión o a enfermedad cerebral, Trastornos de los hábitos y de los impulsos, Trastornos de la identidad de genero, Trastornos de la preferencia sexual, Trastornos psicológicos y del comportamiento asociados con el desarrollo y con la orientación sexuales, Otros trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos, Trastorno de la personalidad y del comportamiento en adultos, no especificado.
- **Retraso mental.** Dentro de este grupo encontramos: Retraso mental leve, Retraso mental moderado, Retraso mental grave, Retraso mental profundo, Otros tipos de retraso mental, Retraso mental, no especificado.
- **Trastornos del desarrollo psicológico.** Dentro de este grupo encontramos: Trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje, Trastornos específicos del desarrollo de las habilidades escolares, Trastorno específico del desarrollo de la función motriz, Trastornos específicos mixtos del desarrollo, Trastornos generalizados del desarrollo, Otros trastornos del desarrollo psicológico, Trastorno del desarrollo psicológico, no especificado.
- **Trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez u en la adolescencia.** Dentro de este grupo podemos encontrar: Trastornos

hipercinéticos, Trastornos de la conducta, Trastornos mixtos de la conducta y de las emociones, Trastornos emocionales de comienzo específico en la niñez, Trastornos del comportamiento social de comienzo específico en la niñez y en la adolescencia, Trastornos por tics, Otros trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez y en la adolescencia.

- **Trastorno mental no especificado.** Dentro de este grupo encontramos: Trastorno mental, no especificado.

Tras realizar un breve recorrido por la mayoría de los tipos de enfermedad mental que están reconocidos en la clasificación internacional, vamos a conocer cuáles de ellos son los más comunes en el mundo.

1.5 Los problemas mentales más comunes en el mundo

Ya hemos hablado de lo que es una enfermedad mental, los tipos que existen, su relación con el mundo de la discapacidad, las causas, etc. Ahora vamos a finalizar refiriéndonos cuáles son los problemas más comunes dentro de la sociedad. Según Reveiz y Giraldo, (2015) son:

- *Depresión:* Es un estado de tristeza, acompañado habitualmente de disminución de la actividad, ya que en ella se detiene la iniciativa y la decisión. La depresión de un sujeto se refleja en su actitud hacia los demás y sus acciones. La persona deprimida se vuelve excesivamente excusada, teme gastar dinero y disfrutar, vacila en reunirse con otras personas y eventualmente se enfrenta no sólo con el mundo en general sino consigo misma. En el tratamiento de la depresión se han empleado varios medicamentos, llamados energéticos psíquicos. Estos fármacos pueden elevar el nivel de actividad del sistema nervioso central cuando este se muestra perezoso.
- *Esquizofrenia:* Es un grave trastorno mental o psicosis, que indica pérdida de contacto con la realidad y una desorganización temporal o permanente de la personalidad. Derivado de esquizo, "separación", y frenia, "mente", el nombre alude a una separación entre la mente y la realidad. La persona que padece esquizofrenia rechaza el mundo exterior y se introduce en su propio mundo. Sus

actos se acomodan a este mundo imaginario y por ello son tan difíciles de interpretar.

- *Melancolía involutiva*: Perturbación psíquica similar a la depresión. Por lo general la enfermedad se presenta en edades avanzadas. Es una época en la que el ser humano se da cuenta de sueños que no ha podido realizar, viajes que no puede hacer, o actividades que por ciertas limitaciones de la vejez en el cuerpo humano no puede ejecutar, y comienza a entrar en una etapa de tristeza y melancolía.
- *Neurosis*: Trastorno psíquico. Son situaciones que por ciertas características y el tener que adaptarse a las mismas, le crean a la persona estados de ansiedad, los cambios en su rutina diaria son las principales causas.
- *Paranoia*: Rara psicosis que se caracteriza por manías persecutorias y frecuentes alucinaciones, por lo general de tipo auditivo. En ella, sin que se pierda el contacto con la realidad, esta deforma la realidad. El paranoico siente que una persona o un grupo le persiguen o quizás intentan matarle.
- *Psicosis*: Es un desorden mental severo que se manifiesta en comportamiento, reacciones e ideas anormales. La persona no es capaz de enfrentarse con las demandas de su medio ambiente. A diferencia de la neurosis la persona con paranoia no se adapta al cambio.
- *Psicosis maníaco-depresiva*: forma de disturbios mentales. Es casi tan común como la esquizofrenia. Giraldo (2015) indica, que alrededor de un tercio de todos los pacientes internados en institutos mentales pertenecen a este grupo. La psicosis maníaco-depresiva puede atacar en cualquier edad pero es más prevalente en el grupo entre 20 y 50 años.

A continuación vamos a ir adentrándonos en las dificultades que tienen estas personas en la vida diaria. A pesar de que pueden llevar una vida totalmente normalizada, no es del todo estable ya que a la hora de enfrentarse a la vida social tienen ciertas limitaciones. Por ejemplo, a la hora de conseguir un empleo, estas personas están estigmatizadas por lo que muchas empresas no las contratan. A continuación nos acercamos el mundo de la discapacidad y a su relación con la enfermedad mental.

1.6 Enfermedad mental y discapacidad

La enfermedad mental es una de las primeras causas de discapacidad en el mundo, tanto en países subdesarrollados como desarrollados o en desarrollo.

¿Qué diferencia hay entre una enfermedad mental y otras discapacidades?

Según FEAFES (2008), una deficiencia hace referencia a las anormalidades de la estructura corporal y de la apariencia, y a la función de un órgano o sistema. No obstante, es una pérdida de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica, como resultado de la patología subyacente.

FEAFES (2008) afirma que es importante distinguir un trastorno mental de:

- Deficiencia psíquica o intelectual: se usa cuando una persona tiene limitaciones en su funcionamiento intelectual, y en habilidades tales como la comunicación, cuidado personal y destrezas sociales.
- Deficiencia física: se refiere a cuando una persona tiene limitaciones físicas debido a alguna alteración en el aparato locomotor, que comprende el sistema óseoarticular, el sistema muscular y el sistema nervioso.
- Deficiencia sensorial: se usa en el caso de personas que tienen algún tipo de alteración en los órganos sensoriales, lo que les impide una correcta percepción auditiva o visual.
- Trastorno mental orgánico: es un estado de deterioro, generalmente progresivo, de las facultades mentales anteriormente existentes en un individuo, debido a una alteración del tejido cerebral producto de un proceso degenerativo.

Esta discapacidad afecta tanto a la propia persona que la padece, como a la familia. Es por ello que hemos querido hacer mención de algunas de las repercusiones que conlleva el tener un familiar con enfermedad mental o padecerla.

Tabla 1. Repercusiones sobre distintos sectores de la población que tienen las personas con enfermedad mental.

	Costos de atención	Costos de productividad	Otros costos
Personas afectadas	Tratamiento y pago de los servicios	Tener una discapacidad menos empleabilidad.	Angustia/sufrimiento;efectos colesterales del tratamiento; suicidio
Familias y amigos	Cuidado no formal	Ausencia en el trabajo	Angustia, aislamiento, estigma
Empleadores	Contribuciones al tratamiento y cuidado	Reducción en la productividad	
Sociedad	Oferta de atención a la salud mental impuesto/seguro	Reducción de la productividad	Pérdida de vidas, enfermedades no tratadas (necesidades no satisfechas), exclusión social.

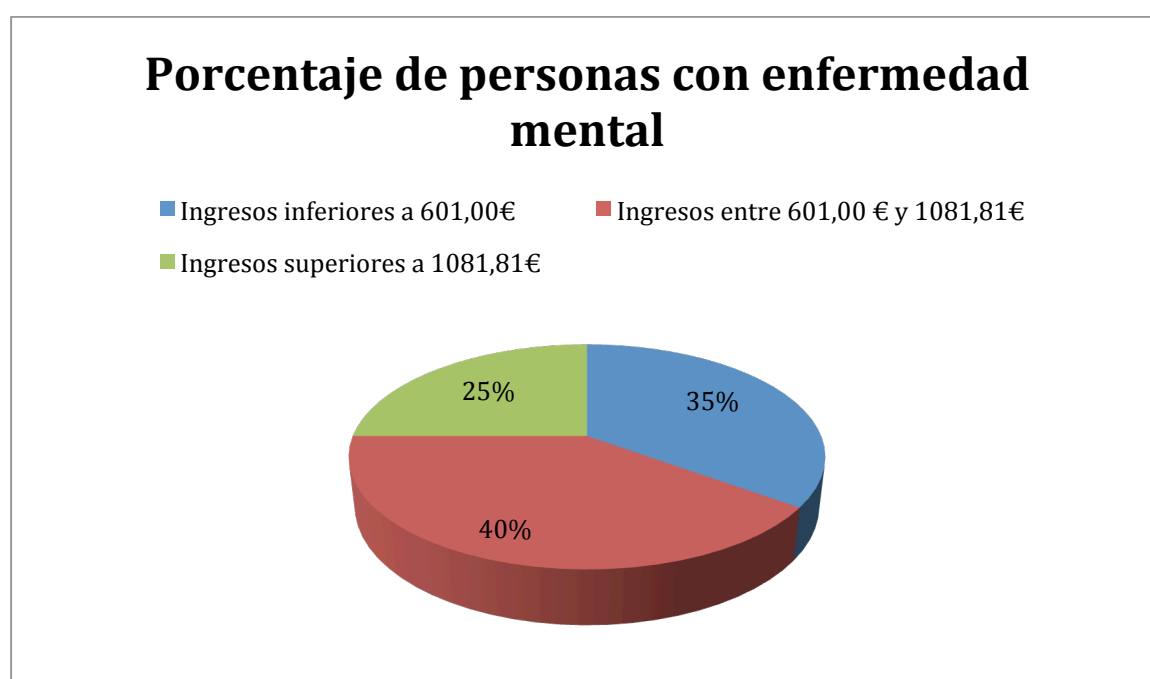
Elaboración propia basado en “Invertir en salud mental” de la OMS 2004.

Como se observa en la tabla, el tener una enfermedad mental o ser familiar de una persona con enfermedad mental, conlleva no sólo gastos económicos, sino personales, de productividad, problemas en el ámbito laboral, etc. Además, muchas familias tienen que acarrear gastos extraordinarios para poder pagar la medicación que se les tiene que suministrar a las personas con enfermedad mental, medicación que a pesar de existir el COPAGO en España, sigue siendo un gran sacrificio para las familias ya que son medicamentos que requieren un gasto mayor de lo habitual. Así la Organización Mundial de La Salud, en 2004, afirma que : “Los gastos acarreados por el tratamiento de los trastornos mentales son frecuentemente solventados por las familias, toda vez que el estado o los seguros de salud no cubren esa atención sea parcial, sea completamente.” (OMS,

2004).

Si nos centramos en los costos económicos de tener una enfermedad mental, hay que destacar que estas personas sólo reciben ingresos mínimos, el estado ayuda en los ingresos básicos para que una persona con discapacidad pueda vivir, pero hay muchas veces que no son suficiente.

Figura 3. Población de 16 y más años según estado de salud mental, ingreso equivalente y sexos o grupos de edad.



Fuente: Elaboración propia basado en Instituto Canario de Estadística (ISTAC) y Servicio Canario de Salud (SCS)

Como observamos en la figura 3, un 35 % de la población con enfermedad mental en Canarias tiene unos ingresos medios anuales por debajo de los 601,00€, mientras que solo el 25% son aquellas personas con enfermedad mental que tienen unos ingresos medios anuales de 1081,81€.

Además, cabe destacar que un entorno familiar apropiado y sereno es muy importante para las personas con enfermedad mental. El papel de la familia es vital, puesto que la experiencia vivida y la proximidad con la persona con enfermedad mental pueden aportar

muchos datos y soporte al tratamiento. La familia es un elemento clave para ayudar a la persona con la enfermedad a dar continuidad al tratamiento que debe llevar, por ejemplo las personas con esquizofrenia tienen la tendencia a abandonar el tratamiento farmacológico o personas que han sido diagnosticadas de anorexia, que requieren un seguimiento continuo de su alimentación y tratamiento. Para ello es muy importante que también la familia reciba apoyo por parte de los profesionales y los servicios de salud mental (FEAFES 2008).

En cuanto a las repercusiones sociales de tener una enfermedad mental hay que destacar a la familia. La familia de la persona con enfermedad mental son aquellas personas que viven día a día la enfermedad en el núcleo de convivencia, son las personas que dan apoyo emocional, soportan las crisis del enfermo/a, y como ya mencionamos antes también acarrean los costos financieros que ello conlleva. Se considera que una de cada cuatro familias tiene por lo menos un miembro afectado por un trastorno mental o conductual (OMS, 2004). Es por ello que son esas familias las que también requieren de apoyo para sobrellevar la situación en el domicilio. Y tampoco debemos olvidar el aislamiento que sufren dichas familias al tener que restringir actividades de ocio o simplemente participar en redes sociales, debido al rechazo de parientes, amigos y amigas, la comunidad, etc.

Una persona con enfermedad mental, a diferencia de otras personas con otro tipo de discapacidad pueden llevar una vida completamente normalizada o deberían poder llevarla. ¿Por qué? Porque según FEAFES (2008), con el tratamiento médico y farmacológico adecuado y con el entorno social y familiar propicio, una persona con enfermedad mental puede disminuir la cantidad de limitaciones que le supondría su enfermedad, con lo que tiene las mismas capacidades que el resto de personas que no tienen una discapacidad para trabajar, cuidar hijos, relacionarse, etc. Y debería poder llevarla, puesto que todos tenemos el mismo derecho a un trabajo y una vida normalizada, aunque en la mayoría de los casos, los prejuicios que a pesar del nivel de desarrollo global de la sociedad en la que vivimos, aún existen y les impiden disfrutar de todos sus derechos.

Un reciente estudio de la OMS sobre los recursos en el ámbito de la salud mental en 158 países (Proyecto ATLAS, 2000- 2001), en el que podemos observar la falta de recursos existentes para paliar esta necesidad:

- *El 41% de los países no tiene definida una política de salud mental.*
- *El 25% carece de legislación en la materia.*
- *El 28% no dispone de un presupuesto independiente para salud mental. (Entre los países que informaron tenerlo, el 36% destina a esta área menos del 1% de su presupuesto total de salud).*
- *El 37% carece de establecimientos de atención comunitaria salud mental.*
- *En más del 25% de los países, los centros de atención primaria no tienen acceso a medicamentos psiquiátricos esenciales.*
- *En más del 27% no hay ningún sistema para recoger y comunicar información relativa a la salud mental.*
- *Alrededor del 65% de las camas destinadas a la atención de salud mental se encuentra en hospitales psiquiátricos autónomos.*
- *El 70% de la población mundial dispone de menos de un psiquiatra por cada 100 000 personas.*

Estos datos muestran cómo a pesar de la evolución y desarrollo de muchas sociedades, los/as enfermos/as mentales siguen siendo un tema pendiente en las agendas políticas de nuestros gobernadores, y continua siendo necesario sensibilizar a la población. Aún queda mucho trabajo para poder acabar con los estigmas sociales que han llevado a excluir a este sector de la población.

CAPÍTULO II. PERCEPCIÓN SOCIAL DEL ESTIGMA: La estigmatización de las personas con enfermedad mental.

En este segundo capítulo vamos a analizar la percepción que la sociedad tiene de las personas con enfermedad mental por ser portadoras de un estigma. En el primer capítulo hemos podido conocer de primera mano conceptos, repercusiones en el ámbito social y económicos de las personas con enfermedad mental y sus familias y las consecuencias que arrastra la discapacidad. A continuación, se nos presenta otro interrogante ¿Cómo influye el estigma en la percepción que la sociedad tiene hacia las personas con enfermedad mental? De modo que en este capítulo responderemos a cuestiones como qué es el estigma, qué categorías lo conforman y qué consecuencias tiene esta particularidad negativa para la sociedad y para la persona estigmatizada.

2.1. Conceptualización

El término estigma se remonta a los griegos que cortaban o quemaban marcas en la piel de criminales, esclavos y traidores, a fin de identificarlos como personas contaminadas o inmorales que debe evitarse (Goffman, 1963 en Bos, Pryor, Reeder y Stutterheim, (2013). Los primeros estudios realizados sobre la estigmatización, los inició Erving Goffman en 1963 en su publicación “*Stigma: Notes on the management of spoiled identity*”. En dichos estudios describía las experiencias traumáticas de los individuos estigmatizados. Goffman definía el estigma como un atributo que negativamente marca y diferencia a la persona, haciendo que la interacción con la persona poseedora del estigma resulte menos deseable. Este autor afirmaba que las personas con estigma son considerados por el resto como inferiores menos humanos.

De forma similar, Quiles (2008) en su obra “Estigmatización y marginación social de colectivos de jóvenes” define el estigma como “*una característica o marca diferenciadora, un atributo negativo o anormal que hace que la persona que lo posea quede reducida a algo inferior, menos humano, más incompleto que aquellos denominados normales*” (pp.32).

Además esta autora (Quiles, 2008) también nos presenta una diferenciación entre los conceptos estigmatizado y estigmatización. Estigmatizado, se refiere al individuo que posee una marca que lo diferencia; esta marca tiene un valor social negativo y en cuanto a la estigmatización, es un proceso a través del cual el estigma convierte al estigmatizado en un individuo marginado, siguiendo las reglas que así lo estipulan. Estas reglas cambian con el tiempo y la sociedad, de modo que hay comportamientos que pasan de ser aceptables a ser prohibidos con lo que ello conlleva de pasar de una categoría desviada a una normativa, o al contrario.

En una definición más reciente, Iglesias (2014) afirma que un estigma es: *“una condición, atributo, rasgo o comportamiento que hace que su portador sea incluido en una categoría social hacia cuyos miembros se genera una respuesta negativa y se les ve como culturalmente inaceptables o inferiores”* (pp.2)

2.2 Categorías del Estigma

Goffman (1963) en su obra *“Stigma: Notes on the management of spoiled identity”*, crea la primera taxonomía del estigma diferenciando entre tres tipos distintos: las deformidades físicas (estigma físico), los defectos del carácter (estigma psicológico) y los estigmas tribales (estigma social). El estigma físico parte de las aversiones del cuerpo o deformidades físicas, como la obesidad y las discapacidades físicas. El estigma psicológico parte de los defectos de carácter del individuo. Este estigma hace referencia a la voluntad débil del individuo como las pasiones imperiosas o innaturales, la traición y rigidez de creencias, y la falta de honradez, inferidos a grupos con trastorno mental, convictos, adictos, alcohólicos, homosexuales, desempleados, personas con intentos suicidas y los políticos con pensamiento radical. El estigma social (o tribal) hace referencia a la raza, religión o nación.

Otra clasificación más reciente es la que hace Marichal y Quiles en el año 2000, basándose en los estudios de Goffman en 1963. Estas autoras pretendían comprobar la utilidad de una taxonomía de estigmas actualizada en el proceso de percepción de las personas estigmatizadas, frente a la tradicional concepción del estigma como una categoría social única. Concretamente, la distinción de Goffman (1963) entre deformidades físicas, defectos del carácter y estigmas tribales se empleará para diferenciar entre tres categorías más actualizadas: estigmas físicos, estigmas psicológicos y estigmas sociales.

Los resultados con puntuación más alta en estigma físico fueron *leprosos, enanos, síndrome de Down y minusválidos*, en el estigma sociocultural *gitanos, delincuentes, prostituta y drogadictos*, y en el psicológico *esquizofrénicos, locos, dementes, y depresivos*.

Tabla 1. Orden de los estigmas en la categoría psicológica según Quiles 2000.

M.P= Puntuación media de cada estigma en el componente psicológico					
ESTIGMAS	M.P	ESTIGMAS	M.P	ESTIGMAS	M.P
ESQUIZOFREN.	6.1	SIDA	2.4	EMIGRANTES	1.8
LOCOS	6.0	MENDIGOS	2.3	ENANOS	1.7
DEMENTES	5.7	MORMONES	2.3	PSORIASIS	1.7
DEPRESIVOS	5.5	OBESOS	2.2	FLACOS	1.7
MONGOLICOS	4.8	MUDOS	2.1	MUJERES	1.7
DOWN	4.7	PARADOS	2.1	GODOS	1.7
ALCOHOLICOS	4.3	CANCEROSOS	2.0	SUDACAS	1.7
DELINCUENTES	3.9	ACNE	2.0	CALVOS	1.6
DROGADICTOS	3.8	VIEJOS	2.0	LATINOAMER.	1.6
EPILEPTICOS	3.6	ANCIANOS	2.0	JUDIOS	1.6
MUJ.MALTRATA.	3.6	FEOS	2.0	JOROBADOS	1.5
MUJ.VIOLADAS	3.6	CURAS	2.0	COJOS	1.5
EXPRESIDIAR.	3.6	MAD.SOLTERA	2.0	LLAGAS PIEL	1.5
TARTAMUDOS	3.5	LEPROSOS	1.9	TUERTOS	1.5
MACARRAS	3.5	CIEGOS	1.9	RENALES	1.5
TES.JEHOVA	3.1	ZURDOS	1.9	HINDUES	1.5
HOMOSEXUALES	2.9	GITANOS	1.9	MOROS	1.5
LESBIANAS	2.9	MAG.CAMPO	1.9	MANCOS	1.4
CHAPEROS	2.7	MANCHA PIEL	1.8	NEGROS	1.4
ANALFABETOS	2.6	PROTESIS	1.8	COREANOS	1.4
MINUSVALIDOS	2.5	SORDOS	1.8	DEF.FACIALES	1.3
PROSTITUTAS	2.5	JUBILADOS	1.8	ALBINOS	1.3

Como se observa en la tabla, resulta relevante resaltar que respecto al orden de los estigmas en la categoría psicológica son los depresivos, los locos, los esquizofrénicos y los dementes los que ocupan los primeros lugares.

Otra tipología es la clasificación del estigma atendiendo a la persona (o fuente) que estigmatiza (ONUSIDA, 2002; Parker y Aggleton, 2003; Tsutsumi y Izutsu, 2010). Por un lado, el estigma declarado: actitudes de rechazo y discriminación expresados por el grupo mayoritario. Y por otro lado el estigma internalizado: interiorización de las creencias y actitudes negativas sociales por la persona estigmatizada. Este hecho produce sentimientos de auto-estigmatización y conductas de auto-exclusión en la persona con estigma.

Por último, otro estudio más actual es el de Pryor y Reeder (2011), en el cuál nos

hablan de una clasificación de cuatro componentes en los que se interrelaciona el estigma. En primer lugar está el estigma público, es el centro del esquema de Pryor y Reeder, representa reacciones sociales y psicológicas de las personas que perciben tener una condición estigmatizada. El estigma público comprende las reacciones cognitivas, afectivas y conductuales, de quienes estigmatizan (perceptores). El segundo tipo de estigma es el del auto-estigma. Refleja el impacto social y psicológico de poseer un estigma. Incluye tanto la percepción de estar expuesto a la estigmatización como la internalización potencial de las creencias y sentimientos negativos asociados a la condición estigmatizada. El autoestigma surge debido a que muchas personas con enfermedad mental conocen los estereotipos sobre su grupo (Arnaíz, y Uriarte, 2006). Incluso al conocerlos ellos/as mismos/as se estigmatizan ya que es lo que está socialmente construido, bajan su autoestima y aumentan sus sentimientos de inferioridad y por creencias que han sido aprendidas desde su nacimiento. En lo relativo al estigma en los sujetos que padecen una enfermedad mental, su expresión más grave es el internalizado o autoestigma. Esta situación se refiere a la internalización, por parte del individuo estigmatizado, de las formas negativas que ha recibido. El estigma internalizado se ha relacionado con creencias de desvalorización y discriminación, con disminución de la calidad de vida, la autoestima, la autoeficacia y el agravamiento de los síntomas (Mascayano Tapia et al. 2015).

En tercer lugar, hacen mención al estigma por asociación que es el estigma que implica las reacciones sociales y psicológicas de personas cercanas a una persona estigmatizada (por ejemplo, la familia y los amigos), así como las reacciones de la gente a ser relacionado con una persona estigmatizada. Por último, el estigma estructural se define como la "legitimación y perpetuación de un estado estigmatizado por las instituciones de la sociedad y los sistemas ideológicos" (Pryor y Reeder, 2011). Las cuatro manifestaciones de estigma están interrelacionados.

2.3 Dimensiones del estigma

Existen ciertas dimensiones teóricas del estigma como la visibilidad, la evolución del estigma, el potencial disruptivo del estigma, la apariencia física del estigmatizado/a y la peligrosidad (Quiles,2008).

La visibilidad del estigma, es el grado en el que la personas estigmatizada puede ocultarse o esconderse. Existen ciertos rasgos que no pueden ocultarse como, por ejemplo personas que pertenecen a determinada etnias, pero hay otras enfermedades que si pueden esconderse como por ejemplo el Sida. Las consecuencias de esta dimensión es que en la interacción social las personas tienden a ocultarse para no ser clasificadas dentro de un determinado contexto social. Se ha comprobado que la visibilidad tiene un papel importante al comenzar una relación social. A pesar de que muchas personas consigan disimular u ocultar su estigma, no asegura una relación social satisfactoria ya que a largo plazo no se puede mantener oculto.

La evolución del estigma. Esta dimensión se refiere a que un estigma puede cambiar a lo largo del tiempo. Hay que saber diferenciar entre, si un estigma ha cambiado realmente o simplemente hay una creencia de dicho cambio. Desgraciadamente, no siempre la eliminación de un estigma va acompañado de la aprobación social. Por tanto, se puede decir que algunos estigmas se quedan en nuestra sociedad de manera permanente.

El potencial disruptivo del estigma. Esta dimensión hace alusión de la dificultad de la persona estigmatizada para relacionarse con los demás.

La apariencia física del estigmatizado: Aunque a primera vista puede confundirse esta dimensión con la dimensión visibilidad. Pero esta hace referencia al sentimiento de

“La fealdad o falta de atractivo físico constituye, por tanto, un factor estigmatizante (ser obeso en una sociedad donde el modelo predominante de belleza es un cuerpo escultural o la vejez donde el valor social se decanta por la juventud - prolongada muchas veces por las intervenciones quirúrgicas-, etc. etc. son, sin duda, ejemplo de lo que decimos).” (Quiles, 2008, pp36).

satisfacción o insatisfacción que puede producirse en la persona estigmatizada.

El origen del estigma. En esta dimensión nos acercamos al hecho de que hay que saber bien diferenciar entre la causa real que genera el estigma y lo que se cree que lo genera.

A continuación llegamos a la dimensión que más nos interesa y más relación guarda con la problemática social que estamos investigando, las personas con enfermedad mental, esta dimensión es la de: *peligrosidad del estigma*. El peligro puede adoptar dos formas. El peligro para la salud del individuo que interactúa con la persona estigmatizada, o su imagen antes la sociedad por estar con una personas estigmatizada.

La mayoría de los autores que han estudiado esta dimensión coinciden a la hora de considerarla como uno de los factores más importantes en las reacciones que despiertan los estigmatizados. Y precisamente, Bos et al. (2013) ejemplifican este factor aludiendo a las personas con problemas mentales, quienes producen peligro por ser percibidas como impredecibles y peligrosas.

Hasta ahora, en los epígrafes anteriores, hemos realizado un acercamiento al grupo social objeto de nuestra investigación y la percepción social que hay de los mismos, las personas con enfermedad mental. Para finalizar este marco teórico vamos a referirles al concepto de *infracomunicación*. El motivo es que precisamente el objetivo general de nuestra investigación es comprobar si este grupo social estigmatizado, las personas con enfermedad mental, son *infracomunicadas*.

CAPÍTULO III: LA INFRAHUMANIZACIÓN

3.1 Infrachumanizar

Infrachumanizar es privar a la otra persona de las cualidades que lo distinguen como ser humano. Así, Leyens y colaboradores (Betancor, Rodríguez, y Delgado 2006, Leyens et al, 2000 y Paladino et al, 2002) afirman que las personas reservan para su grupo los sentimientos (emociones exclusivamente humanas), mientras que se muestran reacios a asignarlos al exogrupo. Esta forma de infrachumanización no es un comportamiento excepcional ante exogrupos étnicos estigmatizados o ante individuos extremos, sino que forma parte del comportamiento intergrupales en general.

Leyens en 2000-2001 en su primera investigación, junto con sus colaboradores, preguntaron a estudiantes de Lovaina y Tenerife cuál era su opinión acerca de la esencia humana, es decir, ¿Qué era lo que hacía distintos a los seres humanos del resto de animales? Las características que surgieron en este estudio fueron; la inteligencia, los sentimientos y el lenguaje. Estos autores determinaron que estas tres características eran esenciales para distinguir a los seres humanos de los animales, por lo que la ausencia de alguna de ellas sería suficiente para suponer que otras personas o grupos tienen menos humanidad que nosotros mismos o nuestro endogrupo (Demoulin, Leyens et al., 2004). Partiendo de estas tres características que definen a los seres humanos, Leyens y su equipo se focalizaron en uno de los pilares de la esencia humana, los sentimientos, frente a la inteligencia y el lenguaje. La motivación para seleccionar esta característica fue que los sentimientos son independientes del estatus y las relaciones estructurales de los grupos sociales (Jost y Banaji, 1994), y que, además, el lenguaje y la inteligencia han sido más ampliamente estudiadas.

Por tanto, la teoría de la Infrachumanización parte de la complejidad de las relaciones intergrupales y de la distinta percepción de humanidad que las personas atribuyen hacia los miembros de su endogrupo y de su exogrupo. Concretamente, Leyens y colaboradores afirman que las personas atribuyen la capacidad de experimentar sentimientos a los miembros del endogrupo y niegan esta capacidad a los miembros del exogrupo. Sin embargo, las emociones que compartimos con los animales no se les niega al exogrupo.

Esta diferenciación se basa en que los sentimientos, se consideran exclusivas de los seres humanos, por ejemplo, felicidad, orgullo o rabia, mientras que las emociones son estados emocionales básicos, como alegría, miedo o dolor, que se pueden encontrar tanto en los seres humanos como en otras especies animales. Así, Leyens et al. (2001), centrándose en los sentimientos o “emociones secundarias”, encontraron que atribuir menos emociones secundarias a los miembros del exogrupo en comparación con el endogrupo, equivalía a una negación sutil de su humanidad.

Diferentes investigaciones, utilizando diferentes procedimientos experimentales con la asociación implícita (Paladino et al., 2002), un proceso de disociación procedimiento (Gaunt, Leyens, y Demoulin, 2002), y un tarea de decisión léxica (Boccatto, Corte's, Demoulin, y Leyens, 2007) encuentran siempre los mismos resultados: las personas tienden a atribuir el mismo número de emociones primarias a ambos grupos, pero atribuyeron más emociones secundarias al endogrupo que al exogrupo. Esto es, infrahumanizan a los miembros del exogrupo quitándoles la capacidad de experimentar sentimientos.

Es importante señalar que las personas atribuyen a su grupo tanto más sentimientos positivos como negativos que al grupo externo. Como consecuencia, la atribución diferencial de la capacidad de sentir emociones secundarias no es una cuestión de simple

Más recientemente, Riva y Andrighetto (2012), han investigado otra forma de Infrahumanizar a los miembros del exogrupo. Concretamente, en lugar de utilizar sentimientos y emociones, ellos utilizan el dolor social frente al dolor físico. El dolor social sería exclusivamente del ser humano, mientras que el dolor físico, lo comparten tanto los seres humanos como los animales.

Riva y Andrighetto (2012) hipotetizan que las personas reservan la capacidad de sentir dolor social para su endogrupo y niegan dicha capacidad a los miembros del exogrupo. Sin embargo el dolor físico lo atribuyen tanto al endogrupo como al exogrupo. Para poner a prueba su hipótesis realizaron, en primer lugar, realizan un estudio preliminar con 40 universitarios/as en el que tenían que valorar si una serie de situaciones dolorosas eran exclusivas de los seres humanos o las compartían con los animales. Concretamente se les presentaban 30 situaciones de dolor y los sujetos tenían que valorar en una escala Likert de 7 puntos, donde el 1 significaba que seres humano y otros seres vivos sentirían dolor y el 7 que únicamente los seres humanos sentirían dolor. Entre el 1 y el 7 también podían elegir otros valores. Dichas situaciones dolorosas se clasificaban en situaciones de dolor social (perder el contacto con sus compañeros/as; ser excluidos de su grupo; ser humillado

delante de sus compañeros/as; perder la confianza de sus compañeros/as; de ser rechazado por su compañero/a etc.) y situaciones de dolor físico (ser golpeado en la cabeza; una fuerte bofetada; privación de comida y agua durante dos días, siendo golpe en la parte posterior; ser golpeado en la cabeza).

Los resultados mostraron tal y como se esperaba, que en el caso de las situaciones de dolor social la media estaba más cerca de lo exclusivamente humano ($M=5,18$; $SD=2,23$) mientras que para las situaciones de dolor físico la media se acercaba a seres humanos y otros seres vivos ($M=1,13$; $SD=2,06$) $t(39)=9.309, p<.001$.

Una vez seleccionadas las frases que representaban dolor físico y dolor social se realizó el estudio experimental.

En esta ocasión, decidieron trabajar con personas italianas (endogrupo) y personas chinas y ecuatorianas (exogrupo). Se les presentaron las situaciones de dolor social y dolor físico ordenadas aleatoriamente. Los/as participantes debían responder en una escala Likert de 10 puntos, 1 “nada de dolor” y 10 “muchísimo dolor”, el grado de dolor que sentían los miembros del endogrupo (personas italianas) o los miembros del exogrupo (personas chinas y ecuatorianas).

Los resultados mostraron, que las personas que participaron en el experimento atribuyeran significativamente más dolor social que dolor físico a las personas del endogrupo (italianas) que las personas del exogrupo (chinas y ecuatorianas). Sin embargo, no encontraron diferencias significativas en el dolor físico atribuido al endogrupo y al exogrupo.

CAPÍTULO IV: OBJETIVOS E HIPÓTESIS

4.1 Objetivos

Objetivo general:

Comprobar si el alumnado del Grado en Trabajo Social infrahumaniza a las personas con enfermedad mental.

Objetivos específicos:

1. Comprobar si se realiza una atribución diferencial de la capacidad de experimentar dolor físico dependiendo de si la persona es miembro del endogrupo (persona sin enfermedad mental) o del exogrupo (persona con enfermedad mental).
2. Comprobar si se realiza una atribución diferencial de la capacidad de experimentar dolor social dependiendo de si la persona es miembro del endogrupo (persona sin enfermedad mental) o del exogrupo (persona con enfermedad mental).

4.2 Hipótesis

1. No habrá una diferencia significativa en la atribución de dolor físico al endogrupo (personas sin enfermedad mental) y al exogrupo (personas con enfermedad mental).
2. Habrá una diferencia significativa en la atribución de dolor social al endogrupo (personas sin enfermedad mental) y al exogrupo (personas con enfermedad mental).
Más concretamente, se atribuirá más dolor social a los miembros del endogrupo (personas sin enfermedad mental) que a los del exogrupo (personas con enfermedad mental).

CAPÍTULO V: METODO

Para responder a nuestro objetivo y comprobar nuestra hipótesis, hemos realizado dos estudios. En primer lugar llevamos a cabo un estudio preliminar y, en segundo lugar una investigación experimental.

Para facilitar la comprensión de las dos investigaciones, a continuación explicaremos cada una de ellas por separado.

Este trabajo se realizó entre febrero y principios de Julio del 2015.

5.1 Estudio preliminar:

Esta investigación preliminar tenía como objetivo comprobar que las personas consideran la experiencia de dolor social más humana que la de dolor físico.

Con este objetivo, se le pidió a 30 estudiantes de Grado en Trabajo Social de la Universidad de La Laguna, que valoraran en qué medida creían que las situaciones que se les presentaban eran dolorosas para los seres humanos y otros seres vivos, o si eran dolorosas únicamente para los seres humanos.

Tabla 1. Muestra encuestada del estudio preliminar

Variabes		Frecuencias	Porcentaje
Sexo	Mujer	28	93%
	Hombre	2	7%
Edad	21-22	17	57%
	23-25	8	27%
	26 o más	5	16%
Estudios que realiza	Trabajo Social	30	100%

Fuente: Elaboración propia

Los participantes tenían que responder en una escala tipo Likert que oscilaba entre 1 y 7 donde el 1 era “dolorosa tanto para seres humanos como otros seres vivos” y el 7 “únicamente dolorosas para los seres humanos”. Concretamente se presentaban 30

situaciones de dolor de las cuales, 15 eran situaciones consideradas de dolor físico (p.ej., pillarse los dedos con una puerta, quemarse la lengua con comida caliente, cortarse con un cristal, clavarse una espina, ser atropellado/a, etc- $\alpha = ,956$) y 15 eran situaciones consideradas de dolor social (p.ej., ver a su madre llorar desesperadamente, la separación de sus padres, perder el contacto con una buen/a amigo/a, la ruptura de una relación de pareja, un familiar gravemente enfermo, etc- $\alpha = ,832$).

Tras haber recogido todos los cuestionarios se procedió al vaciado de datos utilizándose el programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS⁴). Se calculó inicialmente la prueba de consistencia interna de todos los ítems de dolor físico y de todos los ítems de dolor social. El alpha de Cronbach resultó alto ($\alpha=0.956$ y $\alpha= 0.832$ respectivamente) Esto significa que todos los ítems de dolor físico están altamente relacionados entre sí y lo mismo con los ítems de dolor social. Todo ello se ejecutó a través del SPSS una prueba de “T” para comprobar la diferencia en las medias de cada ítem de dolor físico y social. Como esperábamos, la prueba de T reveló que las situaciones de dolor social eran valoradas como más exclusivamente humanas ($M=4,1$; $SD=1,13$) que las situaciones de dolor físico ($M=1,9$; $SD=1,31$), $T_{(29)}=8,48$; $P,000$.

5.2 Estudio experimental:

Una vez terminado el estudio preliminar procedimos a la realización de la investigación experimental.

5.2.1 Descripción de la muestra del estudio:

La muestra de personas que participaron en la investigación estaba compuesta por 49 estudiantes del Grado en Trabajo Social de la Universidad de La Laguna. Además como teníamos que controlar que todas las personas que participasen en la investigación fuesen del mismo endogrupo, personas sin enfermedad mental, y que no tuvieran contacto directo con personas con enfermedad mental y que los vieran como exogrupo. Se colocaron dos preguntas de control al final de los cuestionarios: ¿Sufre usted alguna enfermedad mental? y ¿Tiene contacto directo con alguna persona con enfermedad mental?, la razón era que teníamos que controlar que todas las personas que participasen en la investigación fuesen

⁴ En adelante SPSS

del mismo endogrupo. Esto es, personas sin enfermedad mental y de igual forma, que no tuvieran contacto directo con personas con enfermedad mental para que los hicieran como exogrupo. Por tanto, eliminamos a 6 participantes que manifestaron tener enfermedad mental. Por lo que nuestra muestra final es de 43 personas.

Tabla 2. Muestra encuestada de la investigación experimental

VARIABLES		Frecuencias	Porcentaje
Sexo	Mujer	31	72%
	Hombre	12	28%
Edad	19-21	16	37%
	22-25	22	51%
	Más de 25	5	12%
Estudios que realiza	Trabajo Social	43	100%

Fuente: Elaboración propia

Como se observa en la tabla, las personas que participaron en la investigación tenían edades comprendidas entre 19 y 29 años, de las cuales 31 son mujeres y 12 son hombres.

5.2.2 Diseño

La investigación se diseñó de acuerdo con un modelo factorial de 2 (categoría social: personas sin enfermedad mental- endogrupo vs personas con enfermedad mental- exogrupo) x 2(tipo de dolor: dolor físico vs dolor social). La primera variable era intergrupo y la segunda intragrupo. La variable dependiente fue el grado de dolor físico y social atribuido al endogrupo (personas sin enfermedad mental) y al exogrupo (personas con enfermedad mental).

5.2.3 Procedimiento e instrumentos

Esta investigación se realizó en la Facultad de Ciencias Políticas, Sociales y de la Comunicación, en el aula 1.6 y en el aula 1.2 en el mes de Junio de 2015. El instrumento

utilizado era un cuestionario en el que se les presentaba un breve introducción al tema de investigación, se solicitaba su participación y se les explicaba la tarea. A continuación se les presentaba una serie de situaciones dolorosas que experimentaban bien los miembros del endogrupo (personas sin enfermedad mental) o miembros del exogrupo (personas sin enfermedad mental). Es decir, la mitad de los participantes estaban pensando en miembros del endogrupo y la otra mitad lo hacían pensando en miembros del exogrupo.

Se les presentaban 14 situaciones dolorosas seleccionadas en el estudio preliminar, concretamente de las 30 situaciones del estudio preliminar se seleccionaron 7 de dolor social ($M=3,8$; $SD= 1,1$) y 7 de dolor físico ($M=1,6$; $SD=1,1$), $t_{(29)}= 10,5$; $p<.000$). Las situaciones de dolor social fueron p.ej., sus amigos quedan para ir a cenar sin avisarle, una discusión con una persona de confianza y que este/a exprese el no querer saber nada más de él o ella, estar encerrado/a a durante semanas oscuras en una habitación sin nada alrededor, el fallecimiento de alguien muy querido/a, etc. La consistencia interna de estos ítems fue $\alpha =,732$. Las situaciones de dolor físico fueron p.ej., córtale una parte del cuerpo, recuperarse de una operación dolorosa, cortarle una parte del cuerpo, recibir un puñetazo en la cara, etc. La consistencia interna de estos ítems $\alpha =,923$. (Ver anexo 2). Para cada situación los/as participantes tenían que indicar el grado de dolor que sentirían el endogrupo o el exogrupo. Se amplió una escala del 1 al 10, donde el 1 significaba que sentirían dolor y el 10 significaba que sentirían muchísimo dolor. El orden de presentación de los ítems de dolor social y dolor físico fue aleatorio. Finalmente los/as participantes respondieron a las preguntas de control: ¿Sufre usted alguna enfermedad mental?, y ¿Tiene contacto directo con alguna persona con enfermedad mental?, y se les daba las gracias a los/as participantes.

CAPÍTULO VI: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

6.1 Resultados

Se realizó un análisis de varianza con medidas repetidas (ANOVA). En primer lugar, obtuvimos los datos de un análisis de estadísticos descriptivos.

Tabla 1. Estadísticos descriptivos.

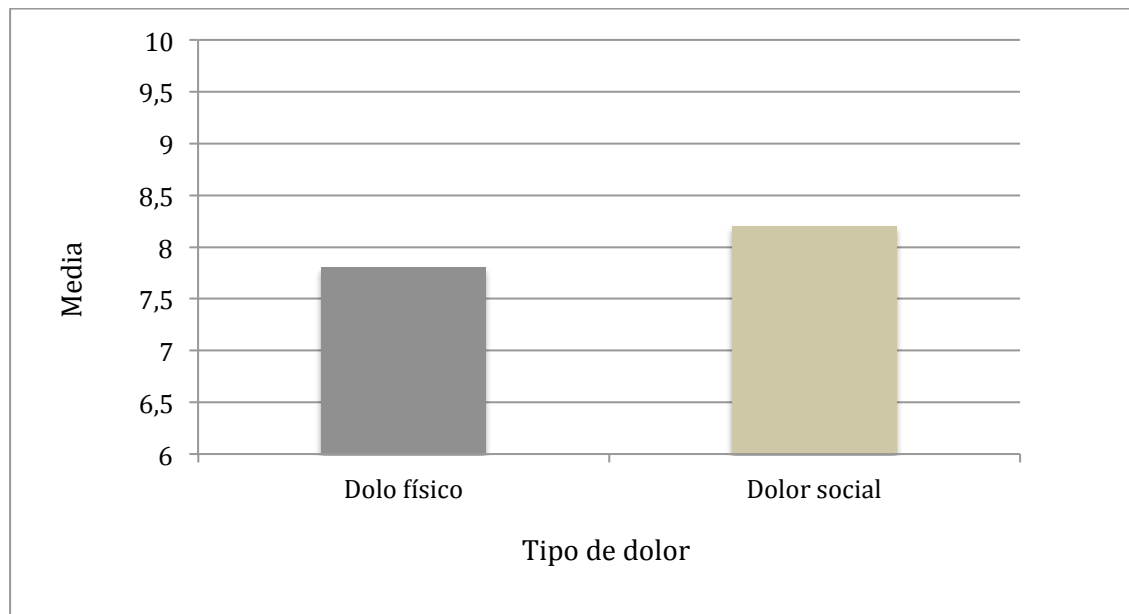
Tipo de cuestionario		Media	Desviación típica	N
Media del dolor físico	Con enfermedad mental	8,26	0,88	20
	Sin enfermedad mental	7,46	1,39	23
	Total	7,84	1,24	43
Media del dolor social	Con enfermedad mental	8,29	1,18	20
	Sin enfermedad mental	8,14	0,95	23
	Total	8,21	1,05	43

Fuente: Elaboración propia basado en resultados según SPSS.

Como se observa en la tabla 1, los análisis descriptivos muestran que los participantes atribuyeron una media de dolor físico de 8.3 a las personas con enfermedad mental y de 7.5 a las personas sin enfermedad mental. Esto es, atribuyeron más dolor físico a las personas con enfermedad mental que a las personas sin enfermedad mental. Además, los participantes atribuyeron una media más alta de dolor social (M=8,3) a las personas con enfermedad mental que a las personas sin enfermedad mental (M=8,1).

El ANOVA ejecutado dio lugar a un efecto principal de la variable, tipo de dolor ($F_{(1,41)}=4,052;P=,051$).

Figura 1. Puntuación media en dolor físico y en dolor social.

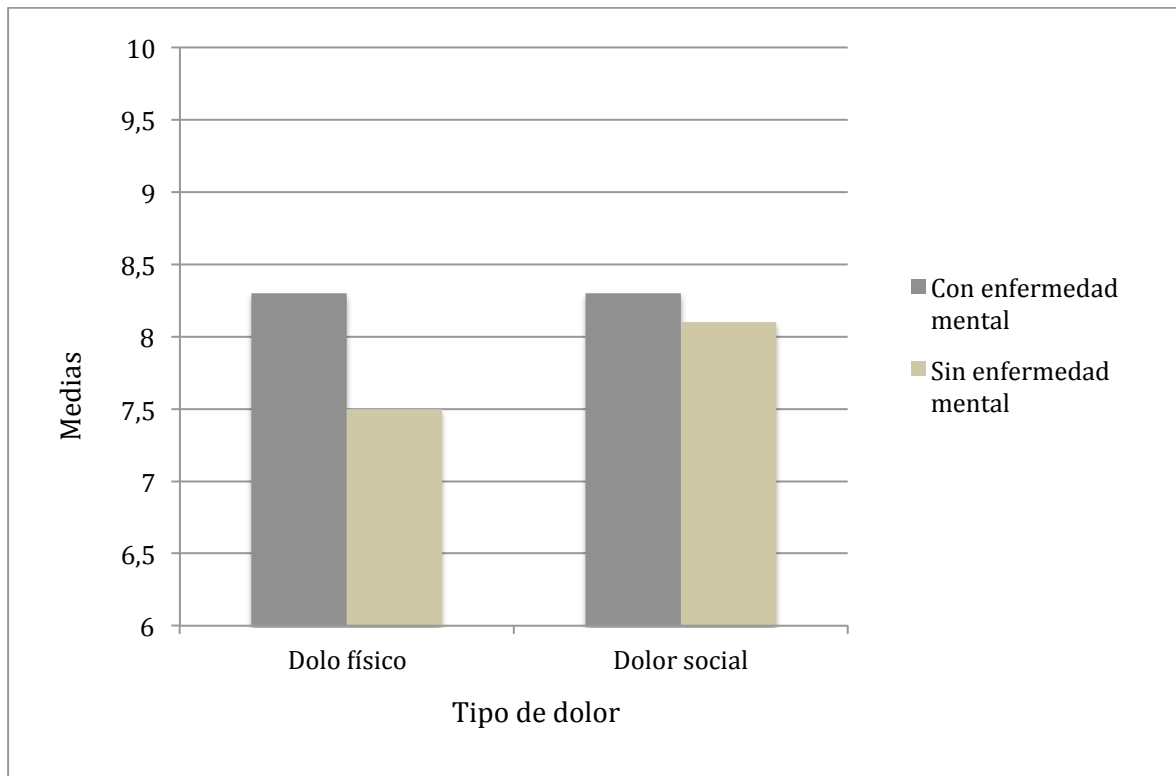


Fuente: Elaboración propia basado en resultados según SPSS.

Como se observa en la figura 1, los participantes atribuyen más dolor social que dolor físico tanto para personas con enfermedad mental (exogrupo) como personas sin enfermedad mental (endogrupo).

Además se obtuvo que resultó marginalmente significativa la interacción entre la variable tipo de dolor y la variable categoría social ($F_{(1,41)}= 3,428;P=.07$).

Figura 2. Puntuación media de dolor físico y dolor social atribuida a las personas con enfermedad mental y personas sin enfermedad mental.



Fuente: Elaboración propia basado en resultados según SPSS.

Como podemos observar en la figura los/as participante atribuyeron una media de dolor físico a las personas con enfermedad mental (exogrupo) de 8,3 y una media de dolor físico a las personas sin enfermedad mental (endogrupo) de 7,5. Mientras que atribuyeron una media de dolor social de 8,3 a las personas con enfermedad mental (exogrupo) y una media de dolor social de 8,1 a las personas sin enfermedad mental (endogrupo).

Finalmente, el análisis de los efectos simples de la interacción, muestra que la significación se debe a la diferencia del dolor físico atribuido a las personas con enfermedad mental y a las personas sin enfermedad mental, ($F_{(1,41)}=3,428;p=.034$).

6.2 Discusión

El objetivo de nuestra investigación era comprobar que las personas hacen una atribución diferencial de dolor social dependiendo de si lo sufre un miembro del endogrupo (personas sin enfermedad mental) o del exogrupo (personas con enfermedad mental). Concretamente, esperábamos que se atribuyera más dolor social a los miembros del endogrupo que a los del exogrupo. La razón de esta hipótesis es que el dolor social es una característica exclusivamente humana, y, por tanto, lo reservamos para el endogrupo. En cambio, el dolor físico no tiene esta especificidad humana por lo que no esperábamos obtener diferencias en la atribución al endogrupo y al exogrupo. Sin embargo, nuestros resultados no corroboran las hipótesis planteadas.

En primer lugar, no encontramos diferencias significativas en la atribución de dolor social al endogrupo y al exogrupo. Es decir, que los participantes no reservan para los miembros del endogrupo la capacidad de experimentar dolor social. Concretamente atribuyeron la misma capacidad de sufrir dolor social a las personas sin enfermedad mental y con enfermedad mental. Por tanto, no se infrahumanizó a las personas con enfermedad mental ya que no se las privó de la característica típicamente humana de sufrir dolor social.

Por tanto, nuestros resultados no coinciden con los encontrados por Riva y Andrighetto (2012) quienes, mostraban que se hacía una mayor atribución de dolor social al endogrupo que al exogrupo.

Una posible explicación a nuestros resultados es que la muestra con la que hemos trabajado estudiantes de Grado en Trabajo Social, sean especialmente conocedores de la problemática de este colectivo o grupo social, y esa mayor sensibilidad les haya llevado a no considerarles como exogrupo sino como personas más cercanas. Por tanto, al no verlos/as como un miembro del exogrupo no le han quitado la esencia humana.

En segundo lugar, sí encontramos diferencias significativas en la atribución del dolor físico que se atribuye al endogrupo y al exogrupo. Concretamente, se atribuye más dolor físico a las personas con enfermedad mental que sin enfermedad mental.

Nuevamente, nuestros resultados no coinciden con los de Riva y Andrighetto (2012) quienes no encontraron diferencias significativas en la atribución de dolor físico al endogrupo y al exogrupo.

Las personas que fueron partícipes de la misma, es posible que se hayan focalizado en que son “enfermos/as”. Esta palabra, esta etiqueta, ha podido influir en los/las

participantes y lo hayan asociado a características de debilidad y sufrimiento y , por tanto, les hayan atribuido más dolor físico que a las personas del endogrupo. Otra posibilidad es que al ser “enfemos/as” se haya activado la lástima o pena por la persona que padece la enfermedad y se les haya atribuido más dolor físico.

CAPÍTULO VII: CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y PROPUESTAS

7.1 Conclusiones

Las principales conclusiones de este trabajo son:

1. Los/as estudiantes de Grado en Trabajo Social no infrahumanizan a las personas con enfermedad mental.
2. No obstante, hay que ser prudentes en nuestras conclusiones puesto que se trata de los resultados derivados de una única investigación.
3. Es necesario corroborar los resultados encontrados realizando nuevas investigaciones que siguiendo el mismo paradigma utilicen otros/as participantes o cambiar el paradigma y aplicar otras medidas de infrahumanización.

7.2 Recomendaciones y propuestas

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos y las conclusiones derivadas de nuestro trabajo vamos a realizar una serie de propuestas concretas.

En primer lugar, se podría replicar la investigación experimental realizada con participantes diferentes. Ya en la discusión contamos que la muestra seleccionada, estudiantes de Grado en Trabajo Social, puede tener un conocimiento y sensibilidad especial hacia las personas con enfermedad mental, que han podido incidir en los resultados.

Se podría optar, bien por estudiantes de Grados distintos, o bien por una muestra de la población en general.

En segundo lugar, se podría realizar la investigación cambiando la “etiqueta” refiriéndose a distintos tipos de enfermedad mental según la CIE-10 en lugar de personas con enfermedad mental.

En tercer lugar, se podría hacer una nueva investigación sobre la infrahumanización hacia personas con enfermedad mental pero utilizando un paradigma diferente. En lugar de la atribución de dolor social y dolor físico, se podría utilizar

atribución de sentimientos y emociones que utilizan Leyens y colaboradores (Betancor, Rodríguez, y Delgado, 2006, Leyens et al, 2000 y Paladino et al, 2002).

En cuarto lugar, se podría investigar en la misma línea de la infrahumanización, la cuestión de si el género de la persona con enfermedad mental es una variable relevante. Esto es, si hay un grado de infrahumanización diferente de si la persona con enfermedad mental es mujer u hombre.

Cualquiera de estas formas de investigar la infrahumanización permitirán un mayor conocimiento de la percepción social que se tiene de las personas con enfermedad mental.

Como expresaba en la presentación de este trabajo, mis motivaciones han sido tanto personales como profesionales. Desde el punto de vista personal me ha dado una sensación esperanzadora el saber que al menos los/as estudiantes de Trabajo Social no infrahumanizan a las personas con enfermedad mental y es algo muy positivo que debo destacar. Haciendo referencia a lo profesional, como futura Trabajadora Social me ha hecho ver que es un colectivo, que a pesar de su evolución a lo largo de la historia se debe seguir luchando por conseguir eliminar el estigma que clasifica a las personas con enfermedad mental en la sociedad, que hay que trabajar en red y con las familias, para prestarles todo el apoyo que necesiten. Todas las personas que se dedican al Trabajo Social debemos apostar por una remodelación de las políticas sociales, debemos apostar por mejorar los recursos que tenemos y crear nuevos e innovadores para la atención no sólo de las personas con enfermedad mental si no de todos los sectores de la población que se encuentran en riesgo o en exclusión social.

Para finalizar, el Trabajo Social me ha aportado los valores que el ser profesional de este Grado conlleva, la lucha por los derechos de aquellas personas que por circunstancias en la vida no han podido ejercerlos. Somos profesionales agentes de cambio, y durante el trabajo que hemos realizado, me he dado cuenta de que hay muchas esferas de la población que hay que mejorar. Hay que ayudar a recuperar ciertas partes del tejido social, que por las circunstancias que ha propiciado la evolución humana, han hecho que estén a punto de romperse. No somos profesionales que cambian el mundo, pero si existe una parte de él que podamos cambiar. Es por ello, que enlazo mi profesión con mis circunstancias personales, porque para cambiar el mundo hay que empezar a cambiar nuestro propio entorno.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anggleton, P; Parker, R . (2002). Marco conceptual y base para la acción: Estigma y discriminación relacionados con el VIH/SIDA. Ginebra, Suiza: ONUSIDA.
- Arnaíz, A y Uriarte, J.. (2006). *Estigma y enfermedad mental*. Norte de Salud Mental. País Vasco. España.
- Bos, A, Pryor, J, Reeder, G & Stutterheim, S. (2013). *Stigma: Advances in theory and research. Basic and Applied Social Psychology*. Facultad de Psicología de la Universidad Abierta. Amsterdam: Países Bajos.
- Confederación española de agrupaciones de familiares y enfermos mentales. (2008). *Salud mental y medios de comunicación Guía de Estilo*. España. FEAFES.
- Delgado, N; Rodríguez, A; Vaes, J; Betancor, V y Leyens, J. (2012). *Contextual Variations of Infrahumanization: The Role of Physical Context and Territoriality, Basic and Applied Social Psychology*, 34:5, pp.456-466.
- Demoulin, S; Brezo, P; Tendayi, V. Rodríguez, A; Rodríguez, R; Paladino, M; Leyens, J.. (2009). *The role of in-group identification in infra-humanization*. International Journal of Psychology, 44, 4-11.
- FEAFES. (2015). ¿Qué es una enfermedad mental?. Recuperado el 1 de Junio de 2015, de Federación de Asociaciones y familiares de personas con enfermedad mental Sitio web: <http://www.feafesgalicia.org/ES/contenido/19/Qu%C3%A9%20es%20una%20enfermedad%20mental>
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes of the Management of spoiled identity*. Buenos Aires: Argentina.: Amorrortu editores S.A.
<http://www.buenasalud.com/lib/ShowDoc.cfm?LibDocID=3313>
- Iglesias, C.. (2014). Estigma y enfermedad mental. 25/02/2015, de Psiquiatría Oviedo. Sitio web: <http://www.unioviedo.es/psiquiatria/docencia/material/PSIQUIATRIA/2013-14/bolonia/Psiq-T11%20Estigma%20y%20enfermedad%20mental%202014.pdf>
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). (2007). *Modelo de atención a las personas con enfermedad mental grave*. Colección Documentos Serie Documentos Técnicos, 21005, 172. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) . Madrid. España.

- Marichal, F; Quiles, M. (2000). La organización del estigma en categorías: actualización de la taxonomía de Goffman. *Psicothema*, 12, pp. 58-465.
- National Alliance on mental illness. (2015). Datos sobre las enfermedades mentales. Recuperado el 2 de Junio de 2015, de NAMI (National Alliance on mental illness) Sitio web: https://www2.nami.org/Content/NavigationMenu/Inform_Yourself/NAMI_en_espa%C3%B1ol/Enfermedades_mentales1.htm
- OMS. (2002). *Programa Mundial de Acción en Salud Mental*. Madrid. España.: Organización Mundial de la Salud.
- OMS. (2004) Traducido por Levav, I. *Invertir en Salud Mental*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.
- OMS. (2007). Salud Mental. Recuperado el 1 de Junio de 2015, de La Organización Mundial de la Salud Sitio web: http://www.who.int/topics/mental_health/es/
- Organización Mundial de la Salud. (2000). *Clasificación Estadística Internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud*. Madrid:España.: Editorial Médica Panamericana.
- Quiles, M. (2008). *Estigmatización y marginación social de colectivos de jóvenes*. Tenerife: España.
- Revez, L y Giraldo, C . (2015). *Problemas mentales, los trastornos más comunes* . Recuperado el 3 de Julio de 2015, de Buena Salud Sitio web:
- Riva, P; Andrighetto, L. (2012). Everybody feels a broken bone, but only we can feel a broken heart: Group membership influences the perception of targets, suffering. *European Journal of Social Psychology*, 42. pp-801-806.
- Rodríguez, A; Coello, E; Betancor, V; Rodríguez, R y Delgado, N. (2006). Amenaza del endogrupo y nivel de infrahumanización del exogrupo. *Psicotema*, 18, 73-77.

Anexo I: Modelo de cuestionario del estudio preliminar.

Desde el departamento de psicología cognitiva, social y organizacional de la Universidad de La Laguna se está realizando un estudio de investigación sobre la perspectiva del dolor. En este sentido, diferentes investigaciones han demostrado que las personas en diferentes situaciones pueden sentir de forma distinta a los animales. La investigación que estamos realizando quiere profundizar en estos resultados, y por este motivo solicitamos su colaboración y se la agradecemos anticipadamente.

El cuestionario al que tiene que responder tiene sólo una tarea. A continuación le explicaremos lo que tiene que hacer.

Vamos a presentarle diferentes frases y tendrá que decirnos en qué medida cree que esas situaciones son dolorosas para los seres humanos y otros seres vivos (como insectos, animales salvajes, etc), o si son dolorosas únicamente para los humanos.

Para completar la tarea tiene que tachar el número correspondiente que se le presentará debajo de la frase. Cada uno de ellos tiene un significado diferente. El 1 significa que los humanos y otros seres vivos sentirán dolor, y el 7 que solamente sentirán dolor los humanos. Entre el 1 y el 7 hay puntuaciones que también puedes elegir.

Por favor, lea las frases con atención y conteste lo que usted piensa. ¡Y recuerde, no hay respuestas correctas o incorrectas, sólo queremos conocer su opinión!

El cuestionario es anónimo y la información que usted nos facilite es confidencial, y sólo tendrá acceso a ella el equipo de investigación. Además esta información no será utilizada con cualquier otro fin que no sea el objetivo de este estudio.

SEXO: HOMBRE

MUJER

EDAD:

ESTUDIOS QUE REALIZA:

1. La separación de los padres:

¿Quiénes sentirán dolor en esta situación?						
1 Seres humanos y otros seres vivos	2	3	4	5	6	7 Únicamente los seres humanos

2. Recibir una bofetada de forma inesperada:

¿Quiénes sentirán dolor en esta situación?						
1 Seres humanos y otros seres vivos	2	3	4	5	6	7 Únicamente los seres humanos

3. Perder el contacto con un buen amigo/a:

¿Quiénes sentirán dolor en esta situación?						
1 Seres humanos y otros seres vivos	2	3	4	5	6	7 Únicamente los seres humanos

4. Ser golpeado/a con un palo en la espalda:

¿Quiénes sentirán dolor en esta situación?						
1 Seres humanos y otros seres vivos	2	3	4	5	6	7 Únicamente los seres humanos

5. Perder la confianza en tus padres o seres queridos:

¿Quiénes sentirán dolor en esta situación?						
1 Seres humanos y otros seres vivos	2	3	4	5	6	7 Únicamente los seres humanos

6. Tener champú en los ojos:

¿Quiénes sentirán dolor en esta situación?						
1 Seres humanos y otros seres vivos	2	3	4	5	6	7 Únicamente los seres humanos

7. Ser humillado delante de un grupo de amigos/as o compañeros/as.

¿Quiénes sentirán dolor en esta situación?						
1 Seres humanos y otros seres vivos	2	3	4	5	6	7 Únicamente los seres humanos

8. Cortarse con un cristal:

¿Quiénes sentirán dolor en esta situación?						
1 Seres humanos y otros seres vivos	2	3	4	5	6	7 Únicamente los seres humanos

9. La ruptura de una relación de pareja:

¿Quiénes sentirán dolor en esta situación?						
1 Seres humanos y otros seres vivos	2	3	4	5	6	7 Únicamente los seres humanos

10. Quemarse la lengua con comida muy caliente:

¿Quiénes sentirán dolor en esta situación?						
1 Seres humanos y otros seres vivos	2	3	4	5	6	7 Únicamente los seres humanos

11. Un grupo de amigos/as quedan para tomarse algo sin avisar:

¿Quiénes sentirán dolor en esta situación?						
1 Seres humanos y otros seres vivos	2	3	4	5	6	7 Únicamente los seres humanos

12. Clavarse una espina:

¿Quiénes sentirán dolor en esta situación?						
1 Seres humanos y otros seres vivos	2	3	4	5	6	7 Únicamente los seres humanos

13. No ser invitado a una cena de amigos/as:

¿Quiénes sentirán dolor en esta situación?						
1 Seres humanos y otros seres vivos	2	3	4	5	6	7 Únicamente los seres humanos

14. Golpearse un dedo del pie con la pata de una silla o mesa:

¿Quiénes sentirán dolor en esta situación?						
1 Seres humanos y otros seres vivos	2	3	4	5	6	7 Únicamente los seres humanos

15. Una discusión con una persona de confianza y que esa persona exprese el no querer saber nada más de la otra:

¿Quiénes sentirán dolor en esta situación?						
1 Seres humanos y otros seres vivos	2	3	4	5	6	7 Únicamente los seres humanos

16. Ser atropellado/a:

¿Quiénes sentirán dolor en esta situación?						
1 Seres humanos y otros seres vivos	2	3	4	5	6	7 Únicamente los seres humanos

17. Pillarse los dedos al cerrar una puerta:

¿Quiénes sentirán dolor en esta situación?						
1 Seres humanos y otros seres vivos	2	3	4	5	6	7 Únicamente los seres humanos

18. Un familiar gravemente enfermo:

¿Quiénes sentirán dolor en esta situación?						
1 Seres humanos y otros seres vivos	2	3	4	5	6	7 Únicamente los seres humanos

19. Cortarse con un papel:

¿Quiénes sentirán dolor en esta situación?						
1 Seres humanos y otros seres vivos	2	3	4	5	6	7 Únicamente los seres humanos

20. Morderse la lengua al comer:

¿Quiénes sentirán dolor en esta situación?						
1 Seres humanos y otros seres vivos	2	3	4	5	6	7 Únicamente los seres humanos

21. Estar encerrado/a durante semanas a oscuras en una habitación sin nada alrededor:

¿Quiénes sentirán dolor en esta situación?						
1 Seres humanos y otros seres vivos	2	3	4	5	6	7 Únicamente los seres humanos

22. La traición de alguien en que confiaba:

¿Quiénes sentirán dolor en esta situación?						
1 Seres humanos y otros seres vivos	2	3	4	5	6	7 Únicamente los seres humanos

23. La familia se muda a otro país sin él/ella:

¿Quiénes sentirán dolor en esta situación?						
1 Seres humanos y otros seres vivos	2	3	4	5	6	7 Únicamente los seres humanos

24. Recibir un puñetazo en la cara:

¿Quiénes sentirán dolor en esta situación?						
1 Seres humanos y otros seres vivos	2	3	4	5	6	7 Únicamente los seres humanos

25. Estar encerrado/a durante dos días sin comida ni bebida:

¿Quiénes sentirán dolor en esta situación?						
1 Seres humanos y otros seres vivos	2	3	4	5	6	7 Únicamente los seres humanos

26. El fallecimiento de alguien muy querido:

¿Quiénes sentirán dolor en esta situación?						
1 Seres humanos y otros seres vivos	2	3	4	5	6	7 Únicamente los seres humanos

27. Ponerse una inyección:

¿Quiénes sentirán dolor en esta situación?						
1 Seres humanos y otros seres vivos	2	3	4	5	6	7 Únicamente los seres humanos

28. Ver a su madre llorar desesperadamente:

¿Quiénes sentirán dolor en esta situación?						
1 Seres humanos y otros seres vivos	2	3	4	5	6	7 Únicamente los seres humanos

29. Recuperarse de una operación dolorosa:

¿Quiénes sentirán dolor en esta situación?						
1 Seres humanos y otros seres vivos	2	3	4	5	6	7 Únicamente los seres humanos

30. Cortarle una parte del cuerpo:

¿Quiénes sentirán dolor en esta situación?						
1 Seres humanos y otros seres vivos	2	3	4	5	6	7 Únicamente los seres humanos

Anexo II: Modelos de cuestionarios del estudio experimental.

2.1 Cuestionario de la categoría social personas sin enfermedad mental.

Responsables de la investigación:
Sara Tadeo Marrero
Verónica Betancor Rodríguez

Desde el departamento de Psicología Cognitiva, Social y Organizacional de la Universidad de La Laguna se está realizando un estudio de investigación sobre la perspectiva del dolor. Diferentes investigaciones han demostrado que no todas las personas sentimos el mismo grado de dolor ante la misma situación. La investigación que estamos realizando pretende, precisamente, comprobar el grado de dolor que sienten las personas de diferentes grupos sociales. Pero usted tendrá que contestar pensando únicamente en uno de los grupos sociales con los que estamos trabajando. Usted tiene que responder pensando en personas sin enfermedad mental.

El cuestionario al que tiene que responder tiene sólo una tarea. A continuación le explicaremos lo que tiene que hacer. Vamos a presentarle diferentes frases y tendrá que decirnos en qué medida cree que esas situaciones son dolorosas para personas sin enfermedad mental.

Para completar la tarea tiene que tachar un número de los que se le presentará debajo de la frase. Cada uno de ellos tiene un significado diferente. El 1 significa que las personas sin enfermedad mental no sienten dolor y 10 significa que las personas sin enfermedad mental sienten muchísimo dolor. Entre el 1 y el 10 hay puntuaciones que también puede elegir.

Por favor, lea las frases con atención y conteste lo que usted piensa. ¡Y recuerde, no hay respuestas correctas o incorrectas, sólo queremos conocer su opinión!

Este cuestionario es completamente anónimo, sólo servirá para la

recopilación de datos para su posterior estudio, muchas gracias por su colaboración.

SEXO: HOMBRE MUJER

EDAD:

ESTUDIOS QUE REALIZA:

10. Cortarse con un cristal:

¿En qué medida una persona sin enfermedad mental sentirá dolor en esta situación?									
1 Ningún dolor	2	3	4	5	6	7	8	9	10 Muchísimo dolor

11. Un grupo de amigos/as quedan para tomarse algo sin avisarle:

¿En qué medida una persona sin enfermedad mental sentirá dolor en esta situación?									
1 Ningún dolor	2	3	4	5	6	7	8	9	10 Muchísimo dolor

12. Clavarse una espina:

¿En qué medida una persona sin enfermedad mental sentirá dolor en esta situación?									
1 Ningún dolor	2	3	4	5	6	7	8	9	10 Muchísimo dolor

13. No ser invitado a una cena de amigos/as:

¿En qué medida una persona sin enfermedad mental sentirá dolor en esta situación?									
1 Ningún dolor	2	3	4	5	6	7	8	9	10 Muchísimo dolor

14. Una discusión con una persona de confianza y que esa persona exprese el no querer saber nada más de él/ella:

¿En qué medida una persona sin enfermedad mental sentirá dolor en esta situación?									
1 Ningún dolor	2	3	4	5	6	7	8	9	10 Muchísimo dolor

15. Ser atropellado/a:

¿En qué medida una persona sin enfermedad mental sentirá dolor en esta situación?									
1 Ningún dolor	2	3	4	5	6	7	8	9	10 Muchísimo dolor

16. Pillarse los dedos al cerrar una puerta:

¿En qué medida una persona sin enfermedad mental sentirá dolor en esta situación?									
1 Ningún dolor	2	3	4	5	6	7	8	9	10 Muchísimo dolor

17. Estar encerrado/a durante semanas a oscuras en una habitación sin nada alrededor:

¿En qué medida una persona sin enfermedad mental sentirá dolor en esta situación?									
1 Ningún dolor	2	3	4	5	6	7	8	9	10 Muchísimo dolor

18. La familia se muda a otro país sin él/ella:

¿En qué medida una persona sin enfermedad mental sentirá dolor en esta situación?									
1 Ningún dolor	2	3	4	5	6	7	8	9	10 Muchísimo dolor

19. Recibir un puñetazo en la cara:

¿En qué medida una persona sin enfermedad mental sentirá dolor en esta situación?									
1 Ningún dolor	2	3	4	5	6	7	8	9	10 Muchísimo dolor

dolor									dolor
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	-------

20. El fallecimiento de alguien muy querido:

¿En qué medida una persona sin enfermedad mental sentirá dolor en esta situación?									
1 Ningún dolor	2	3	4	5	6	7	8	9	10 Muchísimo dolor

21. Ver a su madre llorar desesperadamente:

¿En qué medida una persona sin enfermedad mental sentirá dolor en esta situación?									
1 Ningún dolor	2	3	4	5	6	7	8	9	10 Muchísimo dolor

22. Recuperarse de una operación dolorosa:

¿En qué medida una persona sin enfermedad mental sentirá dolor en esta situación?									
1 Ningún dolor	2	3	4	5	6	7	8	9	10 Muchísimo dolor

23. Cortarle una parte del cuerpo:

¿En qué medida una persona sin enfermedad mental sentirá dolor en esta situación?									
1 Ningún dolor	2	3	4	5	6	7	8	9	10 Muchísimo dolor

Para terminar, por favor, conteste a dos últimas cuestiones:

- ¿Sufre usted alguna enfermedad mental? SI ____ NO ____
- ¿Tiene contacto directo con alguna persona con enfermedad mental? SI ____ NO ____

2.2 Cuestionarios de la categoría social personas con enfermedad mental.

Responsables de la investigación:
Sara Tadeo Marrero
Verónica Betancor Rodríguez

Desde el departamento de Psicología Cognitiva, Social y Organizacional de la Universidad de La Laguna se está realizando un estudio de investigación sobre la perspectiva del dolor. Diferentes investigaciones han demostrado que no todas las personas sentimos el mismo grado de dolor ante la misma situación. La investigación que estamos realizando pretende, precisamente, comprobar el grado de dolor que sienten las personas de diferentes grupos sociales. Pero usted tendrá que contestar pensando únicamente en uno de los grupos sociales con los que estamos trabajando. Usted tiene que responder pensando en los/as enfermos/as mentales.

El cuestionario al que tiene que responder tiene sólo una tarea. A continuación le explicaremos lo que tiene que hacer. Vamos a presentarle diferentes frases y tendrá que decirnos en qué medida cree que esas situaciones son dolorosas para una persona con enfermedad mental.

Para completar la tarea tiene que tachar un número de los que se le presentará debajo de la frase. Cada uno de ellos tiene un significado diferente. El 1 significa que los/as enfermos/as mentales no sienten dolor y 10 significa que los/as enfermos/as mentales sienten muchísimo dolor. Entre el 1 y el 10 hay puntuaciones que también puede elegir.

Por favor, lea las frases con atención y conteste lo que usted piensa. ¡Y recuerde, no hay respuestas correctas o incorrectas, sólo queremos conocer su opinión!

Este cuestionario es completamente anónimo, sólo servirá para la recopilación de datos para su posterior estudio. Muchas gracias por su colaboración.

SEXO:

HOMBRE MUJER

EDAD:

ESTUDIOS QUE REALIZA:

24. Cortarse con un cristal:

¿En qué medida una persona con enfermedad mental sentirá dolor en esta situación?									
1 Ningún dolor	2	3	4	5	6	7	8	9	10 Muchísimo dolor

25. Un grupo de amigos/as quedan para tomarse algo sin avisarle:

¿En qué medida una persona con enfermedad mental sentirá dolor en esta situación?									
1 Ningún dolor	2	3	4	5	6	7	8	9	10 Muchísimo dolor

26. Clavarse una espina:

¿En qué medida una persona con enfermedad mental sentirá dolor en esta situación?									
1 Ningún dolor	2	3	4	5	6	7	8	9	10 Muchísimo dolor

27. No ser invitado a una cena de amigos/as:

¿En qué medida una persona con enfermedad mental sentirá dolor en esta situación?									
1 Ningún dolor	2	3	4	5	6	7	8	9	10 Muchísimo dolor

28. Una discusión con una persona de confianza y que esa persona exprese el no querer saber nada más de él/ella:

¿En qué medida una persona con enfermedad mental sentirá dolor en esta situación?									
1 Ningún dolor	2	3	4	5	6	7	8	9	10 Muchísimo dolor

29. Ser atropellado/a:

¿En qué medida una persona con enfermedad mental sentirá dolor en esta situación?									
1 Ningún dolor	2	3	4	5	6	7	8	9	10 Muchísimo dolor

30. Pillarse los dedos al cerrar una puerta:

¿En qué medida una persona con enfermedad mental sentirá dolor en esta situación?									
1 Ningún dolor	2	3	4	5	6	7	8	9	10 Muchísimo dolor

31. Estar encerrado/a durante semanas a oscuras en una habitación sin nada alrededor:

¿En qué medida una persona con enfermedad mental sentirá dolor en esta situación?									
1 Ningún dolor	2	3	4	5	6	7	8	9	10 Muchísimo dolor

32. La familia se muda a otro país sin él/ella:

¿En qué medida una persona con enfermedad mental sentirá dolor en esta situación?									
1 Ningún dolor	2	3	4	5	6	7	8	9	10 Muchísimo dolor

33. Recibir un puñetazo en la cara:

¿En qué medida una persona con enfermedad mental sentirá dolor en esta situación?									
1 Ningún dolor	2	3	4	5	6	7	8	9	10 Muchísimo dolor

34. El fallecimiento de alguien muy querido:

¿En qué medida una persona con enfermedad mental sentirá dolor en esta situación?									
1 Ningún dolor	2	3	4	5	6	7	8	9	10 Muchísimo dolor

35. Ver a su madre llorar desesperadamente:

¿En qué medida una persona con enfermedad mental sentirá dolor en esta situación?									
1 Ningún dolor	2	3	4	5	6	7	8	9	10 Muchísimo dolor

36. Recuperarse de una operación dolorosa:

¿En qué medida una persona con enfermedad mental sentirá dolor en esta situación?									
1 Ningún dolor	2	3	4	5	6	7	8	9	10 Muchísimo dolor

14. Cortarle una parte del cuerpo:

¿En qué medida una persona con enfermedad mental sentirá dolor en esta situación?									
1 Ningún dolor	2	3	4	5	6	7	8	9	10 Muchísimo dolor

Para terminar, por favor, conteste a dos últimas cuestiones:

- ¿Sufre usted alguna enfermedad mental? SI ____ NO ____
- ¿Tiene contacto directo con alguna persona con enfermedad mental? SI ____ NO ____