

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

EL ESTIGMA DE LA ENFERMEDAD MENTAL EN JOVENES UNIVERSITARIOS. ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE LAS CIUDADES DE METZ (FRANCIA) Y ZARAGOZA (ESPAÑA)

Trabajo de fin de grado

Estudiante: Castán Rasal, Inés

Tutora: Oliván Blazquez, Bárbara

Zaragoza, octubre de 2014



Facultad de
Ciencias Sociales
y del Trabajo
Universidad Zaragoza



Universidad
Zaragoza

1542

“Triste época la nuestra,
es más fácil desintegrar un átomo que un prejuicio”.

Albert Einstein.

INDICE

INTRODUCCION.....	1
1.PLANTEAMIENTO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	6
1.1. Objetivos	9
Objetivo general.....	9
Objetivos específicos	9
1.2. Hipótesis.....	9
2. METODOLOGIA	11
3. MARCO TEÓRICO DE REFERENCIA.....	17
3.1. La enfermedad mental	17
3.2. El estigma.....	18
3.2.1. Surgimiento y proceso de estigmatización.....	19
3.2.3. Eliminando el estigma.	28
3.3. Antecedentes históricos del estigma asociado a la enfermedad mental.	29
3.4. Estado de la cuestión: ideario, pensamientos y creencias sobre las personas con enfermedad mental. Investigaciones previas.	30
3.4.1. Estudios e investigaciones en población universitaria.....	32
3.5. Legislación, recursos y organización en relación a la enfermedad mental. El caso de España y el caso de Francia.	33
4. PRESENTACIÓN DE DATOS: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.....	38
4.1. ESTUDIO CUANTITATIVO	38
4.1.1. Análisis General.....	40
4.1.2. Análisis detallado.....	42
4.2 ESTUDIO CUALITATIVO.....	58
4.2.1. Análisis detallado.....	59
CONCLUSIONES DEL ESTUDIO	72
Verificación de hipótesis.	72
Conclusiones del estudio cuantitativo y cualitativo.....	73
Limitaciones del estudio.....	75
Extrapolación al Trabajo Social	76
BIBLIOGRAFIA.....	79
ANEXOS	

INTRODUCCION

La presencia del estigma en la población general hacia personas que padecen cualquier tipo de enfermedad mental se puede observar en lo cotidiano, puesto que se integran en él creencias, sentimientos y conductas muy arraigadas en nuestra cultura. El simple hecho de llamar "esquizofrénica" a una persona que padece esquizofrenia da buena cuenta de ello, ya que se centra la atención en una sola característica de la persona. Así pues, un error muy común es pensar que la enfermedad mental no es "algo que alguien tiene", sino "algo que alguien es". Se identifica completamente a la persona con la patología y se lanzan sobre ella todos los prejuicios generados por falsos mitos (Moreno, Sánchez y López, 2014).

Según Moreno, Sánchez y López (2014), las personas con una enfermedad mental a menudo tienen que enfrentarse a un doble problema, por un lado a la propia enfermedad, y por otro al estigma. Los problemas de salud mental todavía se viven en el silencio, a menudo provocado por el miedo, la vergüenza o la incomprensión, en resumen, por el estigma social que los rodea y los ha acompañado durante siglos. Ese silencio impide que muchas personas afectadas busquen ayuda profesional y se recuperen.

Los avances en el campo de la Psiquiatría en este último siglo han permitido romper los muros de contención de los llamados manicomios y han logrado "normalizar" la vida de personas con enfermedad mental. Este conjunto de cambios y avances pudieron darse gracias a la reforma psiquiátrica, ya que se comienza a debatir cuales son los derechos de las personas con enfermedad mental y se cuestionan los métodos y tratamientos que estas personas reciben y necesitan. Uno de los aportes más importantes vino de la mano de la farmacología, ya que ha facilitado, entre otras cosas, el control de los síntomas positivos. En conclusión, esta reforma supone el acercamiento de las personas con enfermedad mental a la comunidad y la

búsqueda de una integración y “normalización” de sus vidas donde la farmacología y sus aportaciones en este campo son de vital importancia.

No se puede olvidar el papel que juegan hoy en día los *mass media*, ya que es habitual que las personas con enfermedad mental aparezcan bajo tres imágenes prototípicas en los medios de comunicación (López, Laviana, Fernández, López, Rodríguez, Aparicio, 2008). La del maniaco o maniaca homicida que hay que recluir (se relaciona con la violencia y aparece con mayor frecuencia), la de persona adulta con comportamientos infantiles que requieren control externo y la del espíritu libre y creativo que produce cierta admiración. Por tanto, mientras continúen distorsionando la realidad de las personas con enfermedad mental, el estigma no desaparecerá por completo.

“¡Triste época la nuestra, es más fácil desintegrar un átomo que un prejuicio!” Esta cita del célebre Albert Einstein define de manera muy clara la esencia de la presente investigación, ya que a pesar de todos los avances científicos, el estigma supone todavía hoy un problema que dificulta e incluso frena el éxito en los tratamientos y la reinserción de las personas con enfermedad mental.

Es por esto que el estudio del fenómeno de la creación y reproducción del estigma constituye una necesidad latente en la sociedad actual, que ha de proyectarse hacia la integración real y efectiva, con el objetivo último de que la diversidad funcional constituya una fuente de riqueza y no una barrera.

Con la realización de esta investigación se pretende conocer si existe o no el estigma de la enfermedad mental en personas universitarias de las ciudades de Metz (Francia) y Zaragoza (España).

Para poder dar respuesta a esta problemática social, se ha realizado el estudio de las dos muestras comparables de los universitarios de ambos sexos, países y teniendo en cuenta el área de conocimiento.

De esta manera, el estudio consta de dos fases esenciales. La primera fase de carácter cuantitativo en la cual se aplicaron los cuestionarios MAKs,

RIBS y CAMI, que miden respectivamente el conocimiento, las conductas y el comportamiento con el fin de conocer y comparar cómo se manifiesta el fenómeno del estigma social asociado a la enfermedad mental. Una segunda fase de carácter cualitativo, en la cual se realizó un grupo focal con estudiantes de la Universidad de Zaragoza con el objeto de detallar los resultados arrojados por los cuestionarios además de debatir y explorar las fortalezas existentes en el contexto español con el propósito de advertir las líneas estratégicas para la erradicación del estigma.

Teniendo en cuenta que se trata de un estudio comparativo de carácter mixto entre universitarios de ciudades de diferentes países con el que se pretende abordar el problema del estigma social, se ha estructurado de la siguiente manera. Una primera parte referida al planteamiento y diseño de la investigación, explicando los objetivos, las hipótesis, las unidades de observación y el ámbito temporal y geográfico además de la metodología donde se definen las herramientas y técnicas empleadas.

Una segunda parte en la que se desarrolla el marco teórico en el que se ha tenido en cuenta la complejidad que envuelve a este fenómeno y su necesidad de ser abordado desde un enfoque multidimensional. Por tanto se ha creído pertinente explicar que es la enfermedad mental; que es el estigma, como surge y cuál es el proceso que sigue; hablar de los antecedentes históricos del estigma asociado a la enfermedad mental que, “pretende dibujar un esquema de las bases sociales de la psiquiatría a través de los condicionamientos sociales, históricos y culturales” (Fierro y Justo 2009:58), y así entender algunas de las ideas erróneas con las que se facilita la creación y reproducción del estigma; una aproximación al desarrollo legislativo y a los recursos existentes en materia de salud mental en ambos países objeto de estudio y una revisión de investigaciones realizadas previamente.

La tercera parte referida al análisis de los datos, en primer lugar, aborda el análisis cuantitativo de los cuestionarios administrados sobre la valoración del estigma y en segundo lugar, el análisis cualitativo que se realizó mediante

un grupo focal.

Para finalizar, la última parte incluye las conclusiones a las que se ha llegado, las recomendaciones y dificultades que se han percibido durante el desarrollo de la investigación y los anexos, los cuales recogen un modelo de los cuestionarios MAKS, RIBS Y CAMI; la traducción del español al francés y la retro traducción del francés al español de estos instrumentos; el guión del grupo focal y la transcripción de la propia sesión.

Muchas son las personas a las que debo agradecer que esta investigación vea la luz, todas ellas esenciales para la realización de cada una de las partes que lo conforman.

A las personas usuarias de Asapme (Asociación Aragonesa Pro Salud Mental) les debo la inspiración y la esencia de este trabajo ya que, gracias a ellas aprendí lo injusto que es que tengan que cargar con un estigma que no les pertenece y que verdaderamente no tiene nada que ver con lo que estas personas son.

A mi tutora Bárbara Oliván, por su dedicación, ayuda, colaboración y todos los ánimos que me dio.

A Sylvie Frisoli y Olivier Poinignon, por sus aportaciones para realizar la parte de la investigación referida a Francia.

A todos los universitarios tanto españoles como franceses que me concedieron cinco minutos de su tiempo para la realización de los cuestionarios.

A los y las estudiantes de la Universidad de Zaragoza que participaron en la sesión del Grupo Focal, por su tiempo y por su compromiso.

Para terminar, tengo que agradecerme a mí misma haberme mantenido “cuerda” durante el desarrollo de esta investigación.

A todas estas personas, ¡Muchas gracias!

1. PLANTEAMIENTO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación tiene por título “El estigma de la enfermedad mental en jóvenes universitarios. Estudio comparativo entre las ciudades de Metz (Francia) y Zaragoza (España)” y es el resultado obtenido en la asignatura del Trabajo Final de Grado. Se trata por tanto, de la fase final, donde se plasman los conocimientos adquiridos a lo largo del Grado en Trabajo Social realizados en la Universidad de Zaragoza.

Este trabajo se va a centrar en el estudio comparativo de la aparición del estigma asociado a la enfermedad mental en jóvenes universitarios de dos países limítrofes (España y Francia) con el fin de establecer una comparación. Resulta de gran interés ya que se va a comparar el mismo fenómeno entre un país en el que se llevó a cabo mucho antes la Reforma Psiquiátrica y que por tanto, estableció con anterioridad una red sólida de atención a la enfermedad mental. Es por esto que, en base a los resultados que se pudieran obtener tras la investigación y presuponiendo que fueran más favorables en dicho país, se pueden guiar futuras estrategias de la lucha contra el estigma tomando como ejemplo el modelo francés.

La investigación ha sido elaborada entre las ciudades de Metz y Zaragoza. La primera pertenece al departamento de la Moselle y la Región de la Lorena (Francia) y según datos del INSEE (*Institut national de la statistique et des études économiques*), en junio de 2014 contaba con un total de 119.962 habitantes. Zaragoza, pertenece a la Comunidad Autónoma de Aragón (España) y, en base a los datos del IAEST (Instituto Aragonés de Estadística), en enero de 2013 contaba con una población total de 682.004 personas. La investigación se ha llevado a cabo entre los meses de febrero y octubre de 2014. La elaboración de la misma ha sido posible gracias a la realización de un intercambio dentro del programa Erasmus, en la ciudad francesa que forma parte de la presente investigación.

La población universo de la presente investigación son los estudiantes

que se encontraban realizando sus estudios en la Universidad de Zaragoza, concretamente en el Campus de Zaragoza (véase Tabla 1) y en la Universidad de Lorena, situados en el Campus de Metz (véase Tabla 2), durante el curso académico 2013/2014.

Tabla 1. Estudiantes matriculados en la UZ por facultades (Campus de Zaragoza) curso 2013-2014.

Facultades	Estudiantes curso 13-14
Facultad de Ciencias	1.801
Facultad de Derecho	2.432
Facultad de Filosofía y Letras	3.129
Facultad de Medicina	1.550
Facultad de Veterinaria	1.158
Facultad de Educación	1.703
Facultad de CC.SS y del Trabajo	1.573
Facultad de Economía y Empresa	4.006
Escuela de Ingeniería y Arquitectura	5.029
Facultad de CC. De la Salud	1.334
Escuela Universitaria de Turismo	320
Centro Universitario de Defensa	854
Total	24.889

Fuente: elaboración propia en base a <http://www.unizar.es/>

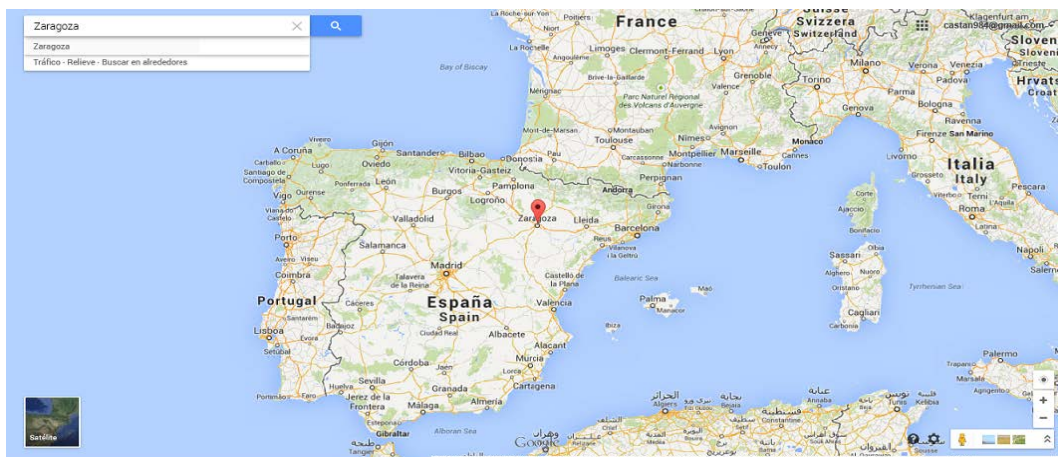


Ilustración 1. Localización geográfica de Zaragoza (España). Extraído de Google Maps 2014.

Tabla 2. Estudiantes matriculados en l'Université de Lorraine por centros (Campus de Metz) curso 2013-2014.

Facultades	Estudiantes curso 13-14
UFR Lettres et Langues	2.200
Département STAPS	446
SciFa (UFR de Sciences fondamentales et Appliqués)	1.400
UFR Droit, économie, administration	2.500
UFR Mathématiques, informatique, mécanique	1.200
UFR Sciences Humaines et Sociales	3.000
IUT (Institut Universitaire de Technologie)	1.787
IAT (UFR Etudes supérieurs de management)	1.988
ISFATES (Institut supérieur franco-allemand de techniques, d'économie et sciences)	380
IRTS Lorraine	289
Total	15.190

Fuente: elaboración propia en base a <http://www.univ-lorraine.fr/>

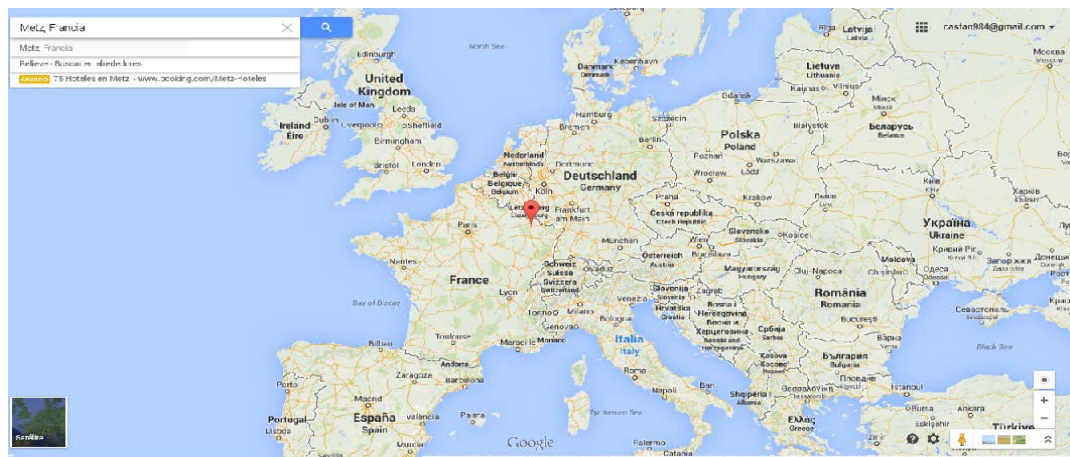


Ilustración 2. Localización geográfica de Metz (Francia). Extraído de Google Maps 2014.

1.1. Objetivos

En base a lo anterior, se han establecido una serie de objetivos que van a permitir lograr los fines que la presente investigación propone.

Objetivo general

El **objetivo general** es establecer una comparación entre los estudiantes universitarios de las ciudades de Metz (Francia) y Zaragoza (España), con el fin de determinar el grado en el que se manifiesta el fenómeno del estigma social asociado a la enfermedad mental.

Objetivos específicos

En cuanto a los **objetivos específicos**, los cuales permitirán llegar al general se encuentran:

- Describir el fenómeno del estigma en relación a la enfermedad mental.
- Identificar cómo se manifiestan las actitudes, conocimientos y conductas sobre el estigma en la población universitaria de Zaragoza (España) y Metz (Francia).
- Analizar los resultados de la investigación en nuestro entorno con el fin de elaborar las líneas de trabajo para la erradicación del estigma.

1.2. Hipótesis

Para la consecución del objetivo tanto general como los específicos, se han planteado las siguientes hipótesis, con el fin de comprobar o desmentir su autenticidad. Se ha establecido una hipótesis para cada uno de los objetivos planteados.

La hipótesis establecida para el objetivo general es la siguiente:

- La aparición del fenómeno del estigma social entre los universitarios de las dos ciudades que abarca esta investigación será mayor en el caso de los universitarios españoles.

Para los objetivos específicos las hipótesis son, respectivamente, las siguientes:

- El proceso de construcción del estigma social en personas con enfermedad mental es un proceso difícil de abordar debido a su complejidad.
- Los universitarios españoles manifiestan con mayor frecuencia conductas, actitudes y conocimientos encaminados a la aparición del fenómeno del estigma en comparación a los universitarios franceses.
- Se puede establecer estrategias en la población española con las que poder erradicar poco a poco el estigma de la enfermedad mental.

2. METODOLOGIA

Para la realización de la presente investigación se ha procedido, en primer lugar, a la determinación del tema que en este caso es el estigma social asociado a la enfermedad mental y a la elección de la problemática social a la que se pretende dar respuesta; el estigma social de la enfermedad mental en jóvenes universitarios.

Una vez definidos ambos, se ha procedido a la delimitación de los objetivos e hipótesis a través de los cuales se definen las aspiraciones que este estudio persigue, un objetivo general y tres específicos cada uno con su correspondiente hipótesis que quedan recogidos en el apartado anterior.

El siguiente paso ha sido crear el marco de referencia. Para ello se han tenido en cuenta los objetivos que se pretenden alcanzar con esta investigación. De esta manera, en el marco teórico se abordan las explicaciones del fenómeno del estigma desde una perspectiva psicosocial. Se incluye además, una referencia a los antecedentes históricos del estigma asociado a la enfermedad mental, según Fierro y Justo (2009), "pretende dibujar un esquema de las bases sociales de la psiquiatría a través de los condicionamientos sociales, históricos y culturales" y así entender algunas de las ideas erróneas con las que se facilita la creación y reproducción del estigma. Se ha incorporado también una aproximación a la evolución legislativa y a los recursos existentes en ambos contextos foco de la investigación además de una reseña de investigaciones previas en materia del estigma de la enfermedad mental, en jóvenes universitarios de España.

Esto ha sido posible mediante el empleo de fuentes primarias como libros, investigaciones previas, artículos, revistas electrónicas, bases estadísticas y el empleo de bases de datos como Dialnet en la cual se empleaba para la búsqueda palabras claves como "estigma", "enfermedad mental", "salud mental" o "psiquiatría". Y ha permitido alcanzar el primer objetivo específico planteado, *describir el fenómeno del estigma en relación a*

la enfermedad mental.

Este Trabajo de Fin de Grado, se trata de un estudio comparativo de carácter mixto, es decir, integra tanto metodología cuantitativa como cualitativa, las cuáles conducirán a la consecución de los objetivos que en ésta se plantean, si bien son un perfecto medio con el que abordar de manera más rigurosa el conocimiento, análisis e interpretación de la problemática social objeto de esta investigación.

El siguiente paso abarca la recogida de la información, para lo que ha sido necesario el manejo de instrumentos como son los cuestionarios (MAKS, RIBS Y CAMI) y la ejecución de un Grupo Focal, de modo que se puede advertir la existencia de dos partes en la investigación en base al carácter mixto de la misma.

La parte cuantitativa dará respuesta al objetivo general de *establecer una comparación entre los estudiantes universitarios de las ciudades de Metz (Francia) y Zaragoza (España), con el fin de determinar el grado en el que se manifiesta el fenómeno del estigma social asociado a la enfermedad mental, y al objetivo específico de identificar cómo se manifiestan las actitudes, conocimientos y conductas de la población universitaria de Zaragoza (España) y Metz (Francia)*. La consecución de los mismos y la comprobación de sus respectivas hipótesis serán posibles gracias al procesamiento de los datos estadísticos.

Los instrumentos empleados para este fin son tres modelos de cuestionario: MAKS, CAMI Y RIBS (Anexo II). Han sido empleados en el *Estudio sobre estigma en salud mental en la población de Almería Capital de Moreno, Sánchez y López (2012)* y evalúan, respectivamente, conocimientos, actitudes y conducta relacionados con el estigma en torno al trastorno mental.

Para la elección de estos instrumentos se ha considerado su pertinencia para la identificación de los aspectos incluidos en los objetivos de la investigación ya que, "se han elegido para este estudio unos instrumentos de evaluación que miden el Estigma en sus diferentes constructos" (Moreno,

Sánchez y López, 2012: 26).

Se trata de instrumentos que en el momento de la realización de esta investigación no estaban validados en francés por lo que fue necesario realizar una traducción del conjunto de las escalas al francés (Anexo III) y una posterior retrotraducción (Anexo IV) al idioma original. Ambos pasos fueron realizados por dos personas diferentes con formación específica y los resultados tras haber realizado uno y otro, muestran la fiabilidad del conjunto de los cuestionarios traducidos al francés si bien existe una gran semejanza entre los cuestionarios iniciales y los elaborados tras la retrotraducción al idioma original, en este caso el castellano. La validación de dichos instrumentos no se ha llevado a cabo por no ser objeto de estudio en esta investigación, sin embargo los datos hallados por estos podrán emplearse con el propósito de realizar un estudio de validación de dichos cuestionarios.

La finalidad de cada uno de los instrumentos es la siguiente:

- MAKS, mide el conocimiento en salud mental en relación al estigma abordando seis áreas: búsqueda de ayuda, reconocimiento, apoyo, empleo, tratamiento y recuperación. Se incluyen seis ítems que infieren en el conocimiento sobre enfermedades mentales. La medición de la misma se hace en base a la prevalencia de la aparición de los conocimientos en los que pretende indagar (Evans-Lacko, Rose, Little, Rhydderch, Henderson y Thornicroft, 2010 citado en Moreno, Sánchez, López, 2012).
- RIBS, evalúa la conducta intencionada y consumada, es decir el comportamiento. Se basa en The Star Social Distance Scale (Escala Estrella de la Distancia Social). La puntuación de esta para los ítems del 1 al 4 se realiza únicamente calculando la prevalencia y para los ítems del 5 al 8, se emplea una escala ordinal (1-5) en la que el 5 se vincula a la totalidad de acuerdo hacia la conducta, el 3 es neutro (ni de acuerdo ni en desacuerdo) y el 1 refleja el total desacuerdo de la persona. De

este modo se obtiene una puntuación total (Evans-Lacko, Rose, Little, Rhydderch, Henderson y Thornicroft, 2010 citado en Moreno, Sánchez y López, 2012).

- CAMI, mide las actitudes. Únicamente se mide la prevalencia en la aparición de estas actitudes. La puntuación para los 27 ítems que aborda esta escala va desde el 1 que se vincula a la totalidad de acuerdo hacia la actitud hasta el 5, que refiere el total desacuerdo. A diferencia con las otras dos escalas, en esta no se contempla la opción *No lo sé*. (Taylor y Dear, 1981 citado en Moreno, Sánchez y López, 2012).

El cuestionario fue administrado a una muestra total de N=94 sujetos, elegidos de manera aleatoria, de los cuales 44 eran universitarios españoles y 50 universitarios franceses. Para ello y con el fin de que las muestras independientes resultasen comparables, a la hora de administrar los cuestionarios se tuvo en cuenta las variables sociodemográficas (el sexo, la edad y el área de conocimiento al que pertenecían en función de los estudios que realizaran: Artes y humanidades, Ciencias, Ciencias Sociales y Jurídicas, Ciencias de la Salud y Tecnológico). Estas variables fueron elegidas si bien puede existir, en bases a estas, mayor o menor sensibilidad hacia el estigma en salud mental.

Una vez realizada la fase de recogida de los datos de los cuestionarios se elaboró una base de datos con el programa SPSS-16 (*Statistical Package for the Social Sciences*), programa utilizado para el análisis de los datos. Los estadísticos utilizados han sido T-Student y Chi- cuadrado en función de si las variables eran cuantitativas (edad y puntuaciones de los cuestionarios) o cualitativas (Sexo y área de conocimiento). Se estableció que existía una diferencia significativa cuando $p^*valor < 0.05$.

El análisis que ha permitido definir la existencia o no, del estigma de la enfermedad mental en los jóvenes universitarios, se ha realizado en base a los valores de la media aritmética global de cada uno de los tres cuestionarios ya que, "es una de las medidas de tendencia central más utilizadas para caracterizar a un colectivo mediante un solo valor" (Briones, 1996: 82). Se ha considerado por tanto, una escala de valores comprendidos entre el 1 y 5 (ambos incluidos) y según la media obtenida, se ha podido determinar cómo se manifiestan los conocimientos, conductas y comportamientos que se abordan con los cuestionario MAKES, RIBS Y CAMI y, por tanto, determinar la existencia o no del estigma.

A la hora de analizar los resultados del estudio cuantitativo, se ha tenido en cuenta cada cuestionario de manera individual MAKES, RIBS Y CAMI dividiendo éste su vez este último en tres partes diferentes en las que se abordan, en primer lugar, los ítems del 1 al 8; en segundo lugar, los ítems del 9 al 19 y, por último, los ítems del 20 al 27. Dicha división se ha realizado en base a la característica común que concierne a cada uno de los ítems, siendo respectivamente para estas divisiones la concepción general de la enfermedad mental y de las personas que la padecen, los comportamientos concretos de la sociedad hacia las personas con enfermedad mental y los deseos y pensamientos en cuanto a los tratamientos, ubicación de éstos y comportamientos personales.

La segunda parte concierne a la parte cualitativa con la que se aborda el tercer objetivo de la investigación, *analizar los resultados de la investigación en nuestro entorno con el fin de detectar fortalezas y debilidades dentro del escenario español que permitan elaborar estrategias para la erradicación del estigma.*

Para abordar este objetivo, se realizó un grupo focal con estudiantes de la Universidad de Zaragoza, gracias al cual se indagó en los resultados más relevantes obtenidos a través de los cuestionarios y se detectaron cuáles son las fortalezas y debilidades dentro del contexto español para elaborar

estrategias enfocadas a la lucha contra el estigma.

La realización del grupo focal se llevó a cabo en la Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo y la captación de los participantes se realizó mediante el muestreo de bola de nieve. La muestra estuvo compuesta por seis estudiantes de la Universidad de Zaragoza. El anexo V recoge el guion de la sesión.

Se ha realizado un análisis de contenido que se llevó a cabo mediante el Programa WEFT QDA 1.0, el cual permitió el análisis del grupo focal de una forma más detallada si bien permite complementar los resultados proyectados a través de la investigación cuantitativa, es decir, interpretar en profundidad y con un mayor detalle y así revelar los comportamientos sociales y prácticas cotidianas que mediante la investigación cuantitativa pasan desapercibidos. El análisis, se ha realizado teniendo en cuenta cuáles son las ideas que más han aparecido y que en mayor medida se comparten por lo integrantes del grupo, además de las muestras de acuerdo que se han expresado de manera no verbal, como son el hecho de asentir ante aportaciones de otros integrantes o no mostrar su desacuerdo con otras ideas. Para ello, se realizó una codificación de las aportaciones de los integrantes del Grupo Focal, en función de las siguientes unidades de significación:

- I-Conocimiento/existencia del estigma: Conocimiento (ignorancia), comportamientos (prejuicios), y conductas (distancia social deseada y/o discriminación).
- II-Explicación de los resultados del estudio cuantitativo.
- III-Estrategias de cambio.

Una vez realizados ambos análisis, se extrajeron las conclusiones y la consecuente verificación de las hipótesis de las que parte la presente investigación. Por último se detallaron las limitaciones con las que ha contado esta investigación y se extrapolaron las conclusiones al ámbito del Trabajo Social, disciplina de la que parte este estudio y con la que se pretende lograr la transformación de esta realidad.

3. MARCO TEÓRICO DE REFERENCIA.

3.1. La enfermedad mental

Como referentes en las clasificaciones vigentes en el campo de la psiquiatría a nivel internacional encontramos el CIE-10 Y DSM-V. Este último es la nueva versión que deja obsoleto el DSM TR-IV (publicado en el año 1994) y aporta novedades en lo que a la codificación, clasificación y diagnóstico de los trastornos mentales se refiere.

La definición que propone el DSM-V sobre los trastornos mentales es la siguiente (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013:5):

Síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental. Habitualmente los trastornos mentales van asociados a un estrés significativo o una discapacidad, ya sea social, laboral o de otras actividades importantes. Una respuesta predecible o culturalmente aceptable ante un estrés usual o una pérdida, tal como la muerte de un ser querido, no constituye un trastorno mental. Un comportamiento socialmente anómalo (ya sea político, religioso o sexual) y los conflictos existentes principalmente entre el individuo y la sociedad no son trastornos mentales salvo que la anomalía o el conflicto sean el resultado de una disfunción del individuo, como las descritas anteriormente.

Los cinco ejes en los que se divide la enfermedad mental, según el DSM-TR-IV son los siguientes:

- Eje I: Enfermedades Mentales.

- Eje II: Trastornos de personalidad y desarrollo.
- Eje III: Enfermedades médicas.
- Eje IV: Problemas psicosociales y ambientales.
- Eje V: Evaluación de la actividad global (funcionamiento laboral, escolar, social y familiar).

Según Díaz (2007), una de cada cuatro personas padece una enfermedad mental a lo largo de su vida. Su prevalencia no parece tener el suficiente peso como para acabar con el estigma que se ha heredado con el paso de los siglos, sin embargo, éste debe ser eliminado si bien impide la total recuperación de los pacientes, mediante prejuicios y tópicos que los encierran en su enfermedad. Para eliminarlo es imprescindible conocer cómo se forma, de qué manera se reproduce, qué repercusiones tiene y cuáles son las estrategias para acabar con él. A lo largo del marco teórico se abordan todos estos aspectos.

3.2. El estigma

El estigma no es un problema exclusivo de las personas con enfermedad mental, sino que a lo largo de toda la historia ha caracterizado las relaciones entre los diferentes grupos de personas (López et al., 2008)

“El conjunto de actitudes, habitualmente negativas, que un grupo social mantiene con otros grupos minoritarios en virtud de que estos presentan algún tipo de rasgo diferencial o “marca” que permite identificarlos, es el estigma” (López et al., 2008: 45).

Según el diccionario de la Real Academia (2001), el estigma se concibe como una “marca o señal en el cuerpo; desdoro, afrenta, mala fama; huella impresa sobrenaturalmente en el cuerpo de algunos santos extáticos, como símbolo de la participación de sus almas en la Pasión de Cristo; marca impuesta con hierro candente, bien como pena infamante, bien como signo de

esclavitud; lesión orgánica o trastorno funcional que indica enfermedad constitucional hereditaria”.

“Desde un análisis psicosocial el estigma se identifica como una marca, señal o signo, manifiesta o no, que hace que el portador de la misma sea incluido en una *categoría social* hacia cuyos miembros se genera una respuesta negativa” (Marichal, Quiles, 2000: 458).

3.2.1. Surgimiento y proceso de estigmatización

3.2.1.1. El fenómeno del estigma

El surgimiento del estigma es un fenómeno social, para comprender la complejidad del mismo, se debe abordar desde un enfoque multidimensional en el que se hallan inmersos componentes cognitivos, afectivos y conductuales. Cada uno de estos requiere de especial atención si bien el problema de la estigmatización se explica en base a su interrelación (López et al., 2008). Es por esto que las principales disciplinas que se encargan del estudio de este fenómeno son la Psicología, Psicología Social, Sociología, Psiquiatría y el Trabajo Social que, con una menor reflexión acerca del tema no goza de menor importancia, si bien es una profesión vinculada desde sus orígenes al campo de la salud (Areito, 2010).

Para entender la existencia de éste, debemos hacer alusión a la “categorización social”, siendo esta la percepción diferenciadora que realizamos de los otros, tipificándolos en categorías grupales (Campos, 1985). La principal función a ésta atribuida es la de fomentar la cohesión de la mayoría social de manera que ayuda, por ejemplo, a identificar “a primera vista” amigos y enemigos probables debido a la simplificación en exceso la información.

Una de las aportaciones más relevante de Goffman (destacado sociólogo del siglo XX cuyas investigaciones se basan especialmente en las prescripciones implícitas que rigen las interacciones sociales y asignan un lugar a cada uno en la jerarquía social), constituye la idea de que aunque el estigma

es una característica que genera respuestas negativas o efectos indeseados en los estigmatizados, es probable que esas respuestas no sean exactamente las mismas para todos los grupos (López et al., 2008). En las primeras clasificaciones que llevó a cabo, expuso que las personas estigmatizadas se diferencian entre sí en función de la naturaleza de sus estigmas, pudiendo diferenciar entre *física*, como por ejemplo jorobados, ciegos, etc; *de carácter o personalidad defectuosa*, tales como homosexualidad, desórdenes mentales, delincuentes, adictos a las drogas, etc; o *los estigmas tribales*, es decir por atributos raciales, religiosos y de nacionalidad (Goffman, 1963 citado en Marichal et al., 2000:459). Estos términos están completamente obsoletos hoy en día y en base a esta primera clasificación de Goffman, podemos entender la concepción que a lo largo de la historia se ha tenido sobre las personas con cualquier tipo de discapacidad y, en concreto, hacia las personas con enfermedad mental.

Por consiguiente, las reacciones hacia las personas estigmatizadas dependen de su inclusión en alguna de estas categorías durante el proceso de percepción y de interacción social. Esta clasificación, a día de hoy, puede actualizarse en “rasgos físicos, psicológicos y socioculturales” (López et al., 2008:46).

Es por esto que no se debe menospreciar las teorías “atributivas” inicialmente desarrolladas por Goffman, que consideran que la sociedad categoriza a las personas y establece atributos a cada categoría (Muñoz, Pérez, Crespo y Guillen, 2009). Se trata pues, según Jones et al. (1984) citado en Muñoz, Pérez, Crespo y Guillen (2009), de adjudicar una identidad social, estatus, características morales y nivel de fiabilidad a un extraño tras haber identificado sus atributos. Tras esto, se generaliza en toda la persona un determinado atributo considerado socialmente como negativo. Se anulan los demás atributos personales y la particularidad adquiere la identidad total.

Tal y como se ha señalado con anterioridad, se trata de un fenómeno

multidimensional. Más concretamente, entre las actitudes que se desencadenan a raíz de la existencia de un determinado estigma encontramos los siguientes (López et al., 2008: 46):

- Los *estereotipos*, que son un conjunto de creencias, en su mayoría erróneas, que la mayoría de la población mantiene en relación con un determinado grupo social y que condicionan (sesgan) en gran medida la percepción, el recuerdo y la valoración de muchas de las características y conductas de los miembros de dicho grupo.
- Los *prejuicios*, predisposiciones emocionales, habitualmente negativas, que la mayoría experimenta con respecto a los miembros del grupo cuyas características están sujetas a creencias estereotipadas.
- *Discriminación*, o propensión a desarrollar acciones positivas o negativas, habitualmente medidas en términos de distancia social deseada, hacia dichos miembros.

No se tiene clara cuál es la línea de influencia de unos a otros, pero sí que se ejerce de manera recíproca.

3.2.1.2. Proceso de estigmatización

El proceso de estigmatización, sigue una serie de pasos más o menos sucesivos, resultado de la asociación de las actitudes anteriormente descritas hacia grupos y personas determinadas.

Este proceso está compuesto por una serie de etapas (López et al., 2008), que comienza con la distinción, etiquetado o *labeling* e identificación de una determinada diferencia o marca que afecta a un grupo de personas. Seguidamente, se asocia a las personas previamente etiquetadas una serie de características desagradables, variando estas en función de creencias culturales prevalentes. Por consecuencia, el resultado es la consideración como un grupo diferente y aparte: “ellos” frente a “nosotros”.

A partir de este momento se desatan una serie de repercusiones emocionales tanto en las personas que estigmatizan tales como miedo, ansiedad, irritación y compasión, como en las personas que resultan estigmatizadas tales como miedo, ansiedad y vergüenza. Se da, por consecuencia, una pérdida de estatus y discriminación que afecta a la persona o grupo estigmatizado por lo que se generan resultados desfavorables en distintas áreas. Para finalizar, cabe resaltar la existencia de factores o dimensiones estructurales que tiene que ver en último término con la asimetría de poder, sin las cuales el proceso no funcionaría o, al menos, no con la misma intensidad ni con las mismas consecuencias para las personas afectadas.

3.2.1.3. Mecanismos de funcionamiento

Por último, para entender el porqué de la creación de este fenómeno, se debe analizar el mecanismo de funcionamientos de este tipo de creencias y comportamientos aludiendo a la relación entre la identidad y las categorías sociales.

A la hora de identificar a cada persona, se le tribuye a priori una serie de atributos personales así como su pertenencia a unas determinadas categorías grupales, englobando cada una de estas un "conjunto específico de roles, atributos, representaciones y percepciones sociales que igualan la persona al resto de integrantes de la categoría, ignorando su idiosincrasia personal y estereotipándole" (Ibáñez et al., 2004:117). No se puede pasar por alto el hecho de que la ideología que cada uno defiende va a influir de manera muy considerable en la representación de cada categoría y que, cada sociedad en función de su propia historia, tiene diferentes categorías disponibles.

Para abordar esta confluencia de ideas, nos debemos remitir a la *teoría de la identidad social de Tajfel* (Ibáñez et al., 2004). Ésta alude a que las actuaciones relacionales que mantenemos hacia los otros se basan en la manera en que los representamos, percibimos e interpretamos lejos de basarnos únicamente en lo que éstos verdaderamente son. Esta teoría refiere la existencia de tres procesos psicosociales: la comparación, la categorización

social y la identificación. Para el cumplimiento de este mecanismo, entra en juego la categoría grupal que “proporciona una identidad o posición social y, al mismo tiempo, funciona como prisma de lectura y percepción de la realidad social que nos rodea” (Ibáñez et al., 2004:117).

Esta percepción lleva implícita otro proceso de comparación social que tiene lugar en base a un patrón o criterio que actuará de guía para la comparación. A su vez, la comparación tiene una fuerte dependencia respecto al proceso de categorización social, el cual hace referencia “al conjunto de procesos psicológicos que llevan a ordenar el entorno en términos de categorías – grupos de pertenencia, de objetos y de acontecimientos-, en tanto que son consideradas equivalentes para la acción, las intenciones o las actitudes del individuo” (Ibáñez et al., 2004:118).

Este proceso de categorización social tiene algunos efectos como la acentuación ilusoria de semejanza entre las personas que forman parte de una misma categoría, al tiempo que se da la creación exagerada de diferencias entre personas pertenecientes a categorías diferentes (Tajfel, 1981 y Turner, 1990 citados en Ibáñez et al., 2004). Para entender mejor este fenómeno, existen una serie de características atribuidas al mismo (Ibáñez et al., 2004:118):

- *Valor instrumental*, se le atribuye tal valor ya que organiza, estructura y simplifica la información que tenemos del medio social.
- *Valor ideológico*, de control social, en el sentido que estructura grupalmente la sociedad según los intereses y valores de los grupos dominantes.
- *Construye y define el lugar particular* de cada persona en la sociedad, ya que no solamente las otras personas y los otros objetos son adscritos a una determinada categoría social, sino que uno mismo también es inscrito en ella.

De esta manera, se realiza la comparación entre el endogrupo y el exogrupo, lo que se conoce como la diferenciación del “nosotros frente a ellos”. Esto se puede entender por una mera búsqueda de una distintividad positiva (se trata de la comparación con otras categorías que nos permite salir favorecidos con el fin de diferenciarnos para adquirir una identidad social), o por la existencia de un conflicto real de intereses. Es así como se crea el etnocentrismo, o en otras palabras “el favoritismo hacia el propio grupo y el desprecio, la discriminación y eventualmente, la agresión hacia el grupo contrario” (Ibáñez et al., 2004:119).

Siguiendo en la misma línea cabe señalar los intentos de los últimos años por desarrollar una teoría unitaria (Haghighag, 2001 citado en Martínez y López, 2013). La idea central de esta, considera que la estigmatización es “consecuencia egoísta de la búsqueda del propio interés y que aceptamos la discriminación que supone porque obtenemos un beneficio” (Martínez y López, 2013: 81). Se alude a la diferenciación de las personas según sean más o menos débiles, por lo que tendrán mayor o menor acceso a los recursos escasos de igual modo que podrán tener de nuevo mayor o menor acceso a los beneficios. Encontramos pues, “un arma de poder social y económico” (Martínez y López, 2013: 82).

3.2.2. [Repercusiones del estigma en las personas con enfermedad mental.](#)

Todas las personas que padecen cualquier tipo de problema mental se ven afectadas por el estigma que engloba a éstos, si bien es cierto que este se acentúa en los trastornos considerados como graves. En líneas generales se puede advertir que este grupo de población se ve afectado por dos tipos de problemas; los que cada tipo de enfermedad puede generar en la persona que lo(s) padece que pese a su gravedad suelen ser episódicos o intermitentes y debido al momento que nos encontramos, con una intervención cada vez más efectiva, y los relacionados con nuestro objeto de estudio; los problemas directamente ligados al estigma que les concierne (López et al., 2008)

Por el contrario, el estigma y todos los problemas que de este

derivan, suponen un fenómeno más continuo y perdurable en el tiempo, siendo este un “núcleo básico de importantes barreras que afectan negativamente a dichas personas dificultando sus procesos de recuperación personal y de consecución de niveles reales de ciudadanía e inclusión social (Corrigan, Kerr y Knudsen, 2005; OMS, 2001; Penn y Wykes, 2003 citados en López, Saavedra, Laviana y López, 2012).

Muestra de la gran complejidad que atañe al fenómeno del estigma es que las repercusiones afectan, no solo a las personas que padecen algún trastorno mental, sino que alcanza al entorno familiar del enfermo e incluso a los profesionales de salud mental.

En particular, en lo que a las repercusiones en las propias personas que padecen el estigma se refiere, se puede hacer una doble clasificación en función de los tipos de efectos que experimentan; los que son resultado directo de una discriminación personal y estructural y los derivados de su propia auto-estigmatización.

En el caso de los efectos producidos como consecuencia directa del estigma, se edifican los cimientos de la barrera existente cuando hablamos de derechos y del acceso a servicios. Según López et al. (2008), el acceso a la vivienda, el empleo y la dificultad de establecer relaciones de pareja y una sana red social son los ejemplos más claros.

Además, no podemos olvidar las discriminaciones de tipo legal si bien en muchos casos y teniendo en cuenta solo el diagnóstico, se restringen algunos derechos civiles que limitan la libertad en general: prohibición de voto, de matrimonio y cuidado de los hijos, manejo del dinero, etc. De esta manera, “las legislaciones específicas para enfermos mentales en aspectos como la incapacidad o incapacidad civil o los tratamientos involuntarios, juegan así un papel de refuerzo del estigma” (López et al., 2008:58).

Por último no se puede pasar por alto las grandes discriminaciones en cuanto al uso de servicios sociales generales y las existentes en cuanto a la atención sanitaria no especializada.

Es importante señalar además que, cuando se habla de discriminación, se debe diferenciar entre lo que se entiende como *propensión a la acción o distancia social deseada* de las acciones reales o conductas efectivamente discriminatorias hacia los miembros de otro grupo, sin pasar por alto la *discriminación estructural*, discriminación que va más allá de las dimensiones interpersonales, reflejada en las políticas públicas, leyes y otras disposiciones prácticas de la vida social que van a jugar un importante papel, tanto en las repercusiones directas sobre las personas estigmatizadas como por su refuerzo general al mismo proceso (López et al., 2008).

El segundo grupo, según López et al. (2008), engloba la auto-estigmatización y los efectos de la misma (Véase Tabla 3). Este concepto refiere las repercusiones negativas que dañan la propia autoestima y la conducta personal y social.

Tabla 3. Componentes cognitivos, emocionales y conductuales relacionados con "el estigma público" y el "auto-estigma" en personas con enfermedad mental.

	ESTIGMA PÚBLICO	AUTO-ESTIGMA
Estereotipo	Creencias negativas sobre un grupo (peligrosidad, incompetencia, falta de voluntad).	Creencias negativas sobre uno mismo (peligrosidad, incompetencia, falta de voluntad).
Prejuicio	Conformidad con las creencias y /o reacciones emocionales (miedo, cólera).	Conformidad con las creencias y/o reacciones emocionales (baja autoestima, desconfianza sobre la propia capacidad, vergüenza).
Discriminación	Comportamiento en respuesta al prejuicio (rechazo, negativa a emplear o alojar, negativa a ayudar).	Comportamiento en respuesta al prejuicio (falta de aprovechamiento de oportunidades de empleo y alojamiento, rechazo a buscar ayuda).

Fuente: elaboración propia en base a Corrigan; Watson, 2002 y Rüschi; Angermeyer; Corrigan, 2005 citado en López et al., 2008.

En atención a la problemática expuesta, se advierte como muchas de estas personas manifiestan actitudes similares a las de la población general, asumiendo los estereotipos de la peligrosidad, incapacidad de manejo e incurabilidad, con efectos añadidos a los de la propia enfermedad. La auto-estigmatización puede concebirse como el camino hacia la real desmoralización ya que se crean sentimientos de vergüenza y se destruye la autoestima lo que favorece el aislamiento y, por consiguiente, dificultando la petición de ayuda. A esto hay que añadirle el factor estrés, que según los modelos de vulnerabilidad (López y Laviana, 2007 citado en López et al., 2008: 58) aumentan el riesgo de recaídas (Gray, 2002 citado en López, et al., 2008:58) e incluso de suicidio.

Ahora bien, existe otro grupo diana de las consecuencias del estigma que pase quizás más desapercibido. "Cuanto más próximo se está a la enfermedad más posibilidades existen de padecer estigma" (Areito, 2010: 293). Las familias de las personas con enfermedad mental, de una manera similar a éstas, sufren las consecuencias de la auto-estigmatización. En consecuencia pueden ver empobrecida su red social así como encontrar ciertas limitaciones o autolimitaciones en el acceso a servicios de ayuda. En relación a la cercanía a la enfermedad mental, no se puede olvidar la desvalorización y la falta de confianza en los tratamientos existentes ante este problema así como a los servicios y los y las profesionales de esta área.

Así mismo, pueden darse simultáneamente en una misma persona las distintas dimensiones que conducen a la creación del estigma, dando lugar a la aparición de discriminaciones duales e incluso múltiples: "mujer, inmigrante, de orientación homosexual, con enfermedad mental y alguna otra enfermedad o defecto físico, por poner un ejemplo no tan extremo como parece" (López et al., 2008:46).

En cualquier caso, "las consecuencias del proceso de estigmatización son amplias y diversas, afectando a la totalidad de las áreas de la persona con enfermedad mental y su entorno próximo" (Areito, 2010: 293).

3.2.3. Eliminando el estigma.

Desde la Psicología Social y la Sociología se han estudiado las diferentes estrategias con las que se puede hacer frente al estigma. Estas son la protesta, la educación y la interacción social (López et al., 2008).

- Movilización y Protesta Social. Se caracteriza por tener efectos a corto plazo ya que, por lo general, se consigue paliar algunas formas de discriminación específica como pueden ser algunos cambios de los mensajes emitidos por los medios de comunicación, sin embargo se observa que la conducta general a largo plazo no evoluciona. Por el contrario, muestra otro beneficio positivo de vital importancia y es que, el hecho de que las personas usuarias sean partícipes en la protesta aumenta su autoconfianza y favorece el *empowerment*.
- Información y educación de la población general y sus diversos sectores. Los programas educativos resultan más útiles y, en concreto, si son a largo plazo. Además si se le añaden la presencia de personas afectadas la efectividad de éstos aumenta. No existen demasiados datos que den cuenta de que cambien las conductas reales y, por tanto, la discriminación aunque sí que tienen efecto en creencias o actitudes en general. Lo más efectivo es trabajar con grupos específicos de población, con los objetivos claramente segmentados y definidos.
- El contacto y la interacción social. Se trata de la vía más importante para cambiar actitudes y conductas. Desde la Psicología y Sociología se explica que las actitudes se refuerzan y cambian mediante la interacción social, ya que de igual modo se consigue que se pongan en marcha procesos de recategorización de las personas y de desarrollo de las actitudes e ideas nuevas.

3.3. Antecedentes históricos del estigma asociado a la enfermedad mental.

Los grandes cambios acontecidos a lo largo de la historia en cuanto a tratamientos y, por consiguiente, en lo que se refiere a la percepción y concepción de la enfermedad mental y de las personas que la padecen, muestra de manera clara que “en la construcción del imaginario sobre la enfermedad mental está, por tanto, la historia de los pueblos, de las comunidades y sus agrupaciones, con sus aconteceres, mitos y símbolos, con los distintos relatos que conforman su interpretación del mundo” (Desviat: 2010:127).

Estos cambios aluden, en primer lugar, a la evolución a lo largo de la historia de la concepción mágico-religiosa de la enfermedad mental hacia la atribución natural que con sus vaivenes, tardó siglos en establecerse. A lo largo de la historia se ha denominado como lunáticas, insanas, dementes, sinrazón a las personas con enfermedad mental y se ha encontrado la explicación en la demonología e incluso se ha asociado a la brujería. Es más, hubo un tiempo en el que se relacionó a la criminología con la enfermedad mental (el anexo VI recoge un resumen de los hechos y sucesos históricos más importantes en torno a la enfermedad mental y a la disciplina más vinculada a ella, la Psiquiatría. Recoge de una manera más detallada toda la evolución a la que se hace alusión en este apartado).

En segundo lugar, debe señalarse que acorde a las creencias de cada momento se han utilizado tratamientos que varían desde la cremanación, la tortura física, las sangrías, las duchas de agua fría y caliente, la lobotomía, los tratamientos de choque, las inyecciones de insulina que provocaban el coma y el electroshock, entre muchos otros.

Por último debe recordarse el papel que se le han atribuido a los denominados asilos y manicomios, los cuales han representado una institución de represión más que de tratamiento.

En base a esto se quiere transmitir la idea de que muchos de los

estereotipos, pensamientos y creencias con los que, a día de hoy, las personas con enfermedad mental aún tienen que cargar, aunque sean falsos, tienen su origen en acontecimientos históricos.

El lenguaje es la mejor herramienta para la perpetuación de estas ideas que ligeramente subyacen en el conjunto de las personas y es que, el imaginario social concerniente a la enfermedad mental, constituye un factor de refuerzo del estigma, confirmando la visión, incurabilidad e imposibilidad de convivencia que persiste en la población y es que “el lenguaje es la realidad constitutiva esencial de toda ciencia y también de toda práctica social. Una y otra se perpetúan por la enseñanza, que es la reconstrucción perenne de los significados sociales. (Vásquez, 2011:6).

Según, López et al., (2008) estas actitudes que perviven hoy en día acerca del trastorno mental grave son los siguientes:

- Los estereotipos de peligrosidad, extrañeza, impredecibilidad, dificultad de manejar su vida, todo ello unido a la creencia de incurabilidad y a un grado variable de atribución de responsabilidad y “culpa” sobre lo que sucede.
- Los prejuicios tales como el miedo, rechazo, desconfianza, pero también de compasión aunque siempre manteniendo la distancia.
- Distancia social o predisposición a mantener la distancia mediante el rechazo, aislamiento, recomendación de tratamientos coercitivos y la reclusión institucional.

3.4. Estado de la cuestión: ideario, pensamientos y creencias sobre las personas con enfermedad mental. Investigaciones previas.

Las investigaciones dirigidas a conocer como se percibe y que actitud existe hacia la enfermedad mental comienzan a cobrar gran interés situándonos en un marco internacional, a partir de la segunda mitad del siglo XX. Esto tiene sentido en un contexto de gran cambio en lo concerniente a la psiquiatría; la salud mental comienza a considerarse como un problema de

salud pública dejando de lado la consideración unidimensional de exclusividad por parte del modelo médico psiquiátrico; la afectación cada vez mayor de enfermedades de tipo psicológico en un mayor número de individuos; y la disponibilidad de la comunidad causa del movimiento de la antipsiquiatría. Estados Unidos es el país que destaca en cuanto a precursor de este tipo de estudios así como a la cantidad realizada.

“Las explicaciones recaen en una mayor afectación psicológica por las guerras internacionales en las que ha participado, por su tipo de desarrollo tecnocrático y por su gran influencia en el contexto internacional, lo que ha provocado fuertes tensiones en la comunidad internacional” (Casco, 1987: 41).

En líneas generales, los resultados obtenidos en estos primeros estudios son similares en cuanto a la consideración de que el rechazo hacia el enfermo mental depende del grado en el que se sospeche que hay elementos de agresión e impredecibilidad en la conducta del enfermo.

En España, se han realizado estudios para conocer este fenómeno, aunque generalmente han empleado medidas muy generales o bien se han centrado en la propia percepción del enfermo mental por lo que es fuera de nuestras fronteras donde han tenido lugar la mayor parte de estos. (Muñoz, Pérez, Crespo y Guillen ,2009). Además se observa, por lo general, una escasez de datos actualizados y representativos de nuestro contexto sociocultural. La mayor parte de los estudios en relación a este fenómeno se orientan en las siguientes líneas de conocimiento:

- Estudios del sobre estigma en personas con enfermedad mental.
- Estudios sobre estigma en familiares de personas con enfermedad mental.
- Estudios sobre estigma en profesionales que trabajan con personas con enfermedad mental.
- Estudios sobre estigma asociado a la enfermedad mental en población general.
- Estudios sobre estigma asociado a la enfermedad mental y *mass media*.

3.4.1. Estudios e investigaciones en población universitaria

A continuación se exponen algunas de las más importantes investigaciones realizadas a nivel nacional (Véase Tabla 4).

Son escasos los estudios que se han encontrado en relación a esta población en el contexto nacional y, en su mayoría, se centran a una Carrera Universitaria en concreto y no en el conjunto de los estudiantes universitarios.

Tabla 4. Investigaciones universitarias en el panorama nacional.

Estudio	GILABERTE, I., FAILDE, I., SALAZAR, A y CABALLERO, L. (2012). <i>Actitud de los alumnos de quinto de medicina hacia la salud mental</i> . Departamento de Psicología. Madrid: Universidad San Pablo-CEU.	GRANADOS, G., LOPEZ, M. y MARQUEZ, V. (2012). <i>Actitudes y creencias de alumnos de enfermería hacia las personas con alteraciones se la Salud Mental</i> . Almería: Universidad de Almería.	FRAGO, J. (2012). <i>Análisis del grado de estigma social en enfermos mentales en futuros profesionales sanitarios</i> . Trabajo de fin de grado, Escuela de Enfermería. Huesca: Universidad de Zaragoza.
Lugar/año	Madrid. 2012	Almería.2012	Huesca.2012
Autores	Gilaberte, Failde, Salazar y Caballero	Granados, López y Márquez	Frago
Población	22 estudiantes de 5º Medicina (72,7% mujeres).Universidad San Pablo-CEU.	194 alumnos pertenecientes a la Universidad de Almería, matriculados en la Diplomatura de Enfermería.	133 estudiantes de la Escuela de Enfermería de Huesca.
Método e instrumento	-Cuestionario nivel familiaridad hacia EM. -Cuestionario actitud hacia EM. -Cuestionario adaptado de Balon sobre actitud hacia la psiquiatría.	Descriptivo transversal. -Cuestionario AQ-27 que mide las actitudes. -Cuestionario de Creencias sobre Salud Mental. -Cuestionario de variables sociodemográficas.	Análítico comparativo. 20 ítems, medición escala tipo Likert. Variables: -Haber impartido la asignatura de salud mental. -Estancia clínica en el servicio de psiquiatría
Resultados	-Alta familiaridad con la	-Existe una gran homogeneidad de creencias	-Existencia de estigma hacia los

	<p>enfermedad mental (puntuación media: 7,27; máximo: 11).</p> <p>-81,8% mostraron actitud positiva hacia la enfermedad mental (escala AMI).</p> <p>-Nivel alto de acuerdo en los méritos y eficacia de la psiquiatría.</p> <p>-Ausencia de postura negativa en cuanto al rol, función y carrera profesional del psiquiatra.</p> <p>Inexistencia de relación entre familiaridad y actitud hacia la enfermedad mental y/o psiquiatría.</p> <p>-En esta investigación no se evidencia la existencia de estigma hacia la enfermedad mental o hacia la psiquiatría.</p>	<p>y actitudes hacia la Salud Mental entre los alumnos y alumnas de los diferentes cursos que formaron el grupo de estudio además de la existencia de relación entre las experiencias vividas por el alumnado y dichas creencias y actitudes en relación a la Salud Mental.</p> <p>-A modo de gran conclusión se puede decir que el proceso experiencial con estas personas facilita una mejor disposición y actitud hacia el cuidado de estos pacientes. Sin embargo no es suficiente con una instrucción teórica por lo que sería necesaria complementarse de un proceso experiencial.</p>	<p>enfermos mentales.</p> <p>-El hecho de haber cursado la asignatura de salud mental predisponía a la menor existencia del mismo de igual modo que los alumnos que habían pasado por un servicio de psiquiatría mostraban un menor estigma en comparación a los que no.</p>
--	---	--	--

Fuente: elaboración propia en base a Gilaberte, Failde, Salazar y Caballero (2012); Granados, López y Márquez (2012); Frago (2012).

3.5. Legislación, recursos y organización en relación a la enfermedad mental. El caso de España y el caso de Francia.

Existe una diferencia temporal bastante significativa en torno a lo que se conoce como la “desinstitucionalización” en ambos países. En Francia, la Circular del 15 de marzo de 1960 refiere la existencia de la política de sector por la cual cada departamento en base a la demografía establece la existencia de un equipo médico-social con las funciones de: prevención, diagnóstico

precoz, tratamiento intra-extra hospitalario y post-cura de enfermedades. Unos años después, en el Decreto del 14 de marzo de 1972, se fijan las modalidades del reglamento departamental de la lucha contra la enfermedad mental, alcoholismo y las toxicomanías. La división en sectores de psiquiatría adulta e infanto-juvenil está fijada por Decreto de la Prefectura. El Boletín DGS 891 MS 1 del 9 de mayo de 1974 establece las normas mínimas del personal y sus misiones.

Por el contrario, en España hasta los años 80 la asistencia psiquiátrica esta reducida a internamientos de larga estancia en hospitales psiquiátricos y consultas Neuropsiquiátricas de la Seguridad Social y no será hasta después de la publicación de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica de 1985, que se crearan unidades de hospitalización en los hospitales generales y equipos de Salud Mental en ambulatorios, aunque la transformación desigual por territorios. En Aragón, un año después se crea el Acuerdo de la Diputación General de Aragón de 26 de junio de 1986, que sentará las bases para la reforma psiquiátrica en Aragón además de lugar una sectorización, se dividen los recuerdos asistenciales por Diputaciones.

Es por tanto, a partir de los 90 cuando el modelo comunitario es mayoritariamente aceptado en sintonía con la reforma de la At. Primaria que propicia la ley General de Sanidad y en consecuencia, tendrá lugar el fenómeno de reforma de los hospitales psiquiátricos; integración paulatina de la asistencia psiquiátrica en la red sanitaria general.

Tabla 5. Normativa más relevante en torno a los derechos, organización y recursos.

	ESPAÑA	FRANCIA
Organización	-Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad que establece la creación de SNS, se integran actuaciones de SM.	-La ley nº 85-772 del 25 de julio de 1985 que en su artículo 8.1 modifica L326 del Código de la Salud Pública. Le da un status jurídico al sector psiquiátrico definiéndolo en una doble

	<p>- La ley 2/1989, de 21 de abril, del Servicio Aragonés de Salud, modificada por Ley 8/1999, de 9 de abril, creación del SAS.</p> <p>-Ley 4/1996, de 22 de mayo, relativa al Instituto Aragonés de Servicios Sociales.</p> <p>-Decreto 59/1997, de 29 de abril, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba el reglamento de funcionamiento de los equipos de Atención Primaria en la Comunidad Autónoma de Aragón.</p> <p>-La Ley 6/2002, de 15 de abril, de Salud de Aragón.</p> <p>-Ley 5/2009, de 30 de junio, de Servicios Sociales de Aragón.</p> <p>-El Decreto 164/2000, de 5 de septiembre, del Gobierno de Aragón, por el que se regula el sistema de información asistencial, de ámbito social y sanitario en la Comunidad Autónoma de Aragón.</p> <p>- Plan Estratégico 2002-2010 de Atención a la Salud Mental de la C.A. de Aragón</p>	<p>dimensión intra y extra hospitalaria.</p> <p>-Ley nº85-1486 del 31 de diciembre de 1985 relativa a la sectorización. Integra los sectores en la Carta Sanitaria General (Art.3). Además, cada establecimiento hospitalario público, CHS o CHG, participan en la lucha contra la enfermedad mental y se responsabilizan de esta en los sectores que le pertenecen siendo el encargado de gestionar directamente el conjunto de actividades intra-extra hospitalarias (Art.3). El Art.4 modifica el Art. L.326-6 del Código de la Salud Pública, revocando el Art.1 de la Ley de 1838.</p> <p>- Ley de finanzas de 1986, en su Art. 79 previene que los gastos en materia de lucha contra la Enfermedad Mental están a cargo de l'Assurance Maladie a partir del 1 de junio de 1986. Esta nueva financiación que está asegurada bajo forma de dotación global pone fin a las divisiones entre actividades intra y extra hospitalarias.</p> <p>-Decreto nº 86/602 del 14 de marzo de 1986, relativo a la lucha contra la enfermedad mental y a la organización de la sectorización psiquiátrica.</p> <p>-Decreto nº57-80 del 21-11-87. La Guía de Planificación en Salud Mental.</p> <p>-Decreto del 14 de marzo de 1990 relativa a las orientaciones de la política de la Salud Mental, definiendo los objetivos y principios de la política nacional de Salud Mental (Actualiza la reforma de la organización y financiamiento de la Psiquiatría.</p> <p>-Circular de 14 de marzo de 1990 relativa a las orientaciones de la política en materia de salud mental.</p>
--	--	---

		<p>-Ley HPST "Hospital, pacientes salud y territorios". Es un proyecto de organización sanitaria. División en Polos y cada polo a su vez en sectores.</p>
<p>Derechos de las personas con enfermedad mental.</p>	<p>-Constitución Española. Se identifican algunos derechos fundamentales a tener en cuenta en el ámbito de la salud mental.</p> <p>-Informe jurídico Asistencial sobre EM del Ministerio de Sanidad y Consumo de 1988. Regulación de los derechos de las personas internadas, tratamientos, y situación de los enfermos judiciales.</p> <p>-Código Civil. Establece incapacitación y modos. Tutela, Curatela y Salvaguarda.</p> <p>-Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. Exención de responsabilidad e incapacitación.</p> <p>-Ley 1/2000 de 7 de enero de Enjuiciamiento Civil. Regulación internamiento no voluntario.</p>	<p>- Ley 11 de febrero de 2005 para la igualdad de derechos y de oportunidades.</p> <p>-Ley de 25 de febrero de 2008 relativa a la retención y de seguridad y de la declaración de irresponsabilidad penal a causa de trastorno mental.</p> <p>-Ley del 5 de julio de 2011 relativa a los derechos y a la protección de personas sujetas a cuidados de psiquiatría y a la modalidades sus asunciones.</p>
<p>Prestaciones y servicios</p>	<p>-Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre orientación de prestaciones sanitarias al SNS, atención en SM y psiquiátrica.</p> <p>-Decreto 96/91, de 20 de mayo, de regulación de las prestaciones económicas en el ámbito de la Acción Social.</p> <p>-Ley 1/93, de 19 de febrero, de medidas de Inserción y Normalización Social.</p> <p>-Decreto 57/94, de 23 de marzo, del Ingreso Aragonés de Inserción.</p> <p>-Ley 39/2006, de 14 de</p>	<p>-Decreto del 14 de marzo de 1986 comportando los diferentes tipos de establecimientos.</p> <p>- Casa Departamental de personas con discapacidad, que gestiona el conjunto de prestaciones en relación a las personas con discapacidad.</p>

	diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.	
--	---	--

Fuente: elaboración propia en base a Burillo y Amorín (2002); Centre Hospitalier de Jury (2014); Coldefy (2007).

Resulta evidente por tanto, que el proceso conocido como la “desinstitucionalización” tiene lugar mucho antes en Francia. Se comienza con anterioridad a descentralizar las competencias y a crear una red sólida de atención en salud mental si bien es cierto, que la legislación no amparó este cambio hasta alrededor de unos 20 años más tarde. En el presente (Véase Tabla 6), estos son los servicios y recursos existentes.

Tabla 6. Recursos y servicios

	ESPAÑA	FRANCIA
Servicios y recursos	<p><u>Recursos de SM</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Unidades de Salud Mental. -Unidades de Salud Mental Infanto- juvenil (Hasta los 18 años). <p><u>Unidades de hospitalización Psiquiátrica.</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Servicios de Urgencia en Psiquiatría. -Unidades de corta estancia. -Unidades de media estancia. -Unidades de larga estancia. <p><u>Recursos intermedios y rehabilitadores</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Centros de día. -Hospital de día. 	<p><u>Atención en Psiquiatría</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Centro Medico-psicológico. <p><u>Cuidados a tiempo parcial</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Hospitales de día. -Centros de recepción terapéutico a tiempo parcial -Talleres terapéuticos -Hospital de noche <p><u>Cuidados a tiempo completo</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Centro Hospitalarios Especializado -Centro Hospitalario General -Centro Hospitalario Regional -Establecimiento privado perteneciente al servicio público. -Centros post-cura: media estancia. -Apartamentos terapéuticos: reinserción social (integrados en la ciudad). -Hospitalización a domicilio -Colocación en acogida familiar terapéutica.

Fuente: elaboración propia en base a Burillo y Amorín (2002); Centre Hospitalier de Jury (2014).

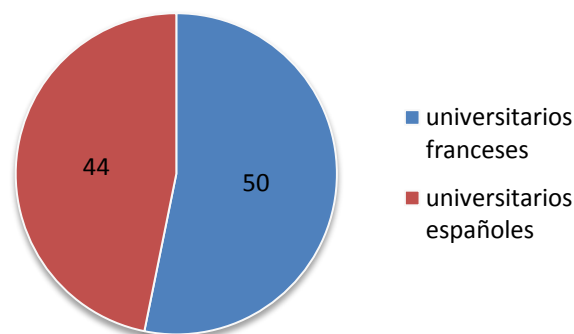
4. PRESENTACIÓN DE DATOS: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

4.1. ESTUDIO CUANTITATIVO

La muestra total de universitarios a los que se les suministró de manera aleatoria el cuestionario es de $N=94$, siendo 44 universitarios españoles y 50 franceses. Antes de realizar el análisis estadístico se realizó una comparación de ambos grupos con el fin de determinar que se trataba de dos muestras comparables entre sí. Se realizaron para este fin las pruebas estadísticas T-Student y Chi-Cuadrado, que determinaron que existía una homogeneidad de las variables sociodemográficas de ambos grupos (la edad, sexo y área de conocimiento) y que, por tanto, se trataba de muestras comparables. Se estableció diferencia significativa cuando $p^*\text{valor} < 0.05$.

En las Figuras 1 a 5, se puede ver la distribución de la muestra de forma global y sus características en cuanto a las variables sociodemográficas.

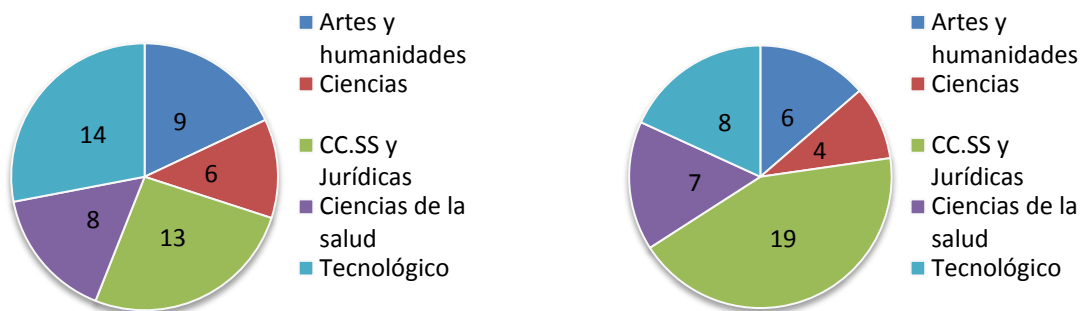
Figura 1. Distribución de la muestra.



Figuras 2 y 3. Distribución de las muestras independientes por sexo.
 Université de Lorraine y Universidad de Zaragoza.



Figuras 4 y 5. Distribución de las muestras independientes por áreas de conocimiento.
 Université de Lorraine y Universidad de Zaragoza.



Fuente: elaboración propia.

En la Tabla 7 se describen ambas muestras respecto a las variables sexo, edad y área de conocimiento. En dicha tabla también se observa que las muestras son comparables, ya que el p*valor en estas variables es mayor de 0.05.

Tabla 7. Variables Sociodemográficas y p*valor que indican que son muestras comparables.

Variab les	Universitarios de Zaragoza	Universitarios de Metz	p*valor
Sexo	45.45% hombres 54.54% mujeres	44% hombres 56% mujeres	0.88
Edad	21.57 (SD: 1.46)	21.16 (SD: 1.91)	0.25
Área de conocim.			0.48
Artes y human.	13.63%	18%	
Ciencias	9.09%	12%	
CC.SS y Jurídicas	43.18%	26%	
Ciencias de la Salud	15.90%	16%	
Tecnológico	18.18%	28%	

p*valor<0.05

Fuente: elaboración propia.

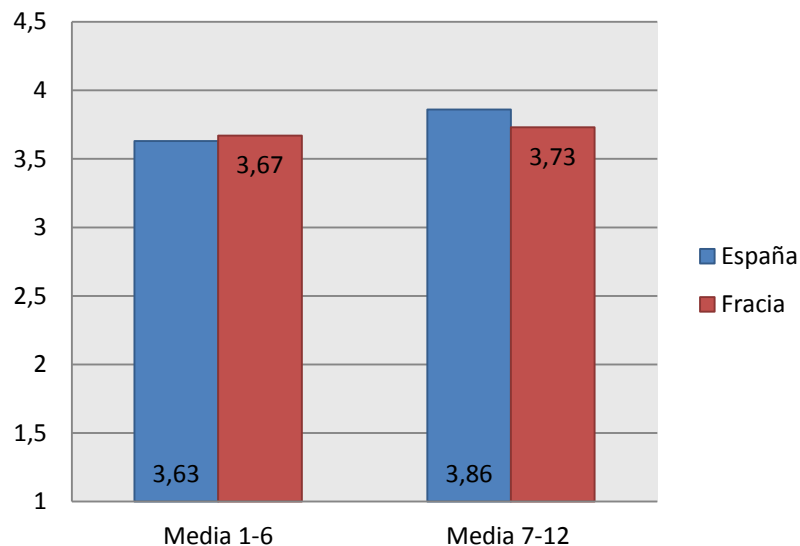
4.1.1. Análisis General

A la hora de analizar los resultados se ha tenido en cuenta la media global obtenida en cada uno de los cuestionarios y, de este modo, además de determinar la existencia del estigma en los universitarios de ambos países se ha podido hacer una medición tanto de los conocimientos, como de los comportamientos y conductas.

Se observa una gran homogeneidad de los resultados arrojados por ambos países y no se han hallado valores extremos que muestren la existencia de estigma en ninguno de los dos grupos.

Sin embargo, teniendo en cuenta las dos muestras se advierte un nivel medio de conocimientos, valorados por el cuestionario MAKs, acerca de la enfermedad mental (Véase Figura 6).

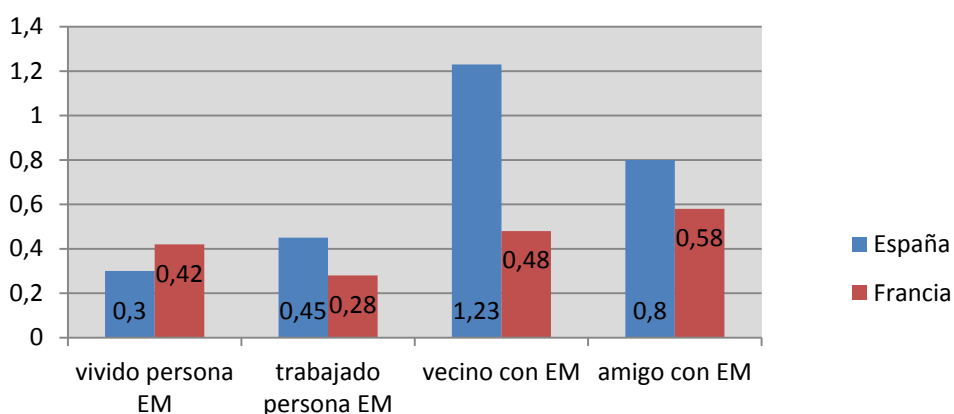
Figura 6. Media del Cuestionario MAKs.



Fuente: elaboración propia.

En ambos grupos se observa un nulo contacto, valorado por los ítems 1-4 del cuestionario RIBS, en el pasado y en el momento presente con personas que padecen enfermedad mental siendo, únicamente, los universitarios españoles los que han reconocido tener o haber tenido un vecino/a con enfermedad mental (Véase Figura 7).

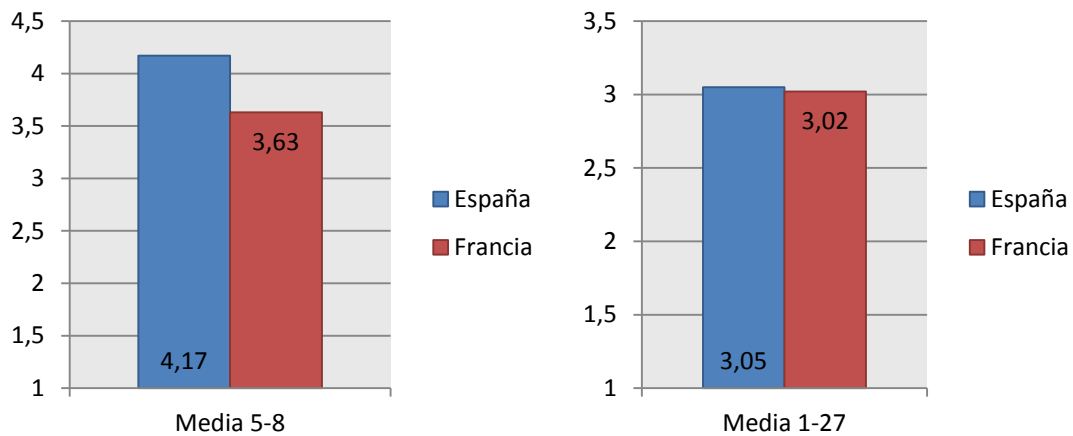
Figura 7. Media Cuestionario RIBS 1-4.



Fuente: elaboración propia.

Otro dato revelador es, que aunque en ambos grupos no existen prejuicios, estos existen en menor medida en los universitarios españoles (Véase Figura 8) y que, en general, al tratarse de valores medios, se puede afirmar que no existen conductas de discriminación hacia las personas con enfermedad mental aunque sí que sería necesario reconducirlas hasta que se convirtieran en conductas de inclusión, ya que el hecho de que predominen valores medios indica un desconocimiento ligado a la indiferencia (Véase Figura 9.)

Figuras 8 y 9. Media Cuestionario RIBS 5-8 y media CAMI 1-27.



Fuente: elaboración propia.

4.1.2. Análisis detallado

Análisis MAKS. Conocimiento sobre el estigma (Cuestionario MAKS)

Ítems 1-6. Conocimiento sobre el estigma

En general existe una gran homogeneidad entre los resultados obtenidos en ambos grupos de población, los cuales se encargan de evaluar conocimientos relacionados con la existencia del estigma social. Sin embargo, existen diferencias estadísticamente significativas en los ítems 5 y 6, los cuales, respectivamente, muestran que los universitarios españoles revelan un mayor desacuerdo en cuanto a la idea de que las personas con problemas de

salud mental se puedan recuperar por completo y que los universitarios franceses muestran un mayor acuerdo en el ítem que refiere que la mayoría de las personas con problemas de salud mental va a un profesional sanitario para que reciba ayuda.

En base a los valores obtenidos de manera global se manifiesta un nivel medio de conocimientos y los ítems arrojan resultados semejantes donde no destaca ninguno de los dos grupos comparados sobre el otro. Ahora bien, aunque no se muestran valores extremos que indiquen una existencia clara de dicho fenómeno, el hecho de que duden o no tengan claras las ideas que contemplan los ítems evidencia que tienen conocimientos erróneos. Se trata pues, de niveles de conocimiento que pueden llegar a sesgar la percepción, recuerdo o valoración de estas personas y retroalimentar otras actitudes que finalmente pueden desencadenar en la creación del estigma.

El hecho de que los resultados arrojen este nivel de conocimientos y un paralelismo entre ambos grupos puede deberse, en parte, al papel que los medios de comunicación juegan hoy en día en un mundo cada vez más globalizado y es que, a través del trato que le dan a la enfermedad mental como por ejemplo, en las noticias y en las películas, favorecen la reproducción de los estereotipos en relación a este grupo de población, viéndose esto reforzado por la reciente concienciación y concepción de la enfermedad mental dentro del ámbito de la salud pública, de la sociedad en general.

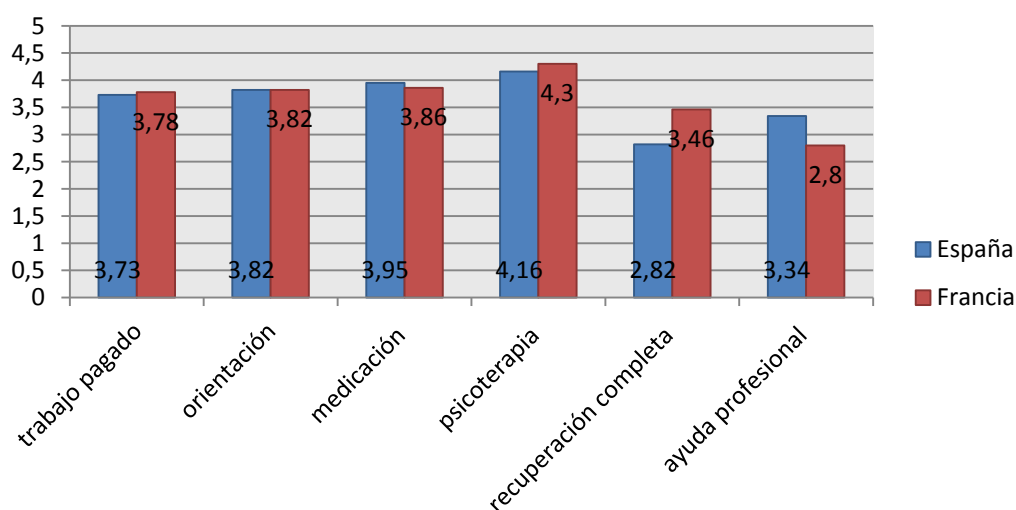
A continuación se adjuntan la Tabla 8 y la figura 10, las cuales muestran tanto las medias obtenidas en cada uno de los ítems como las diferencias significativas.

Tabla 8. Descripción MAK5 1-6 y diferencias

	País	Mean	Std. Deviation	p*valor
La mayoría de personas con problemas de salud mental quiere tener trabajo pagado.	España	3,73	1,06	0,81*
	Francia	3,78	1,11	
Si un amigo tuviera problemas de salud mental, yo sabría orientarle para que consiguiera ayuda profesional.	España	3,82	1,063	0,99
	Francia	3,82	1,101	
La medicación puede ser un tratamiento efectivo para personas con problemas de salud mental.	España	3,95	,861	0,65
	Francia	3,86	1,125	
La Psicoterapia puede ser un tratamiento efectivo para las personas con problemas de salud mental.	España	4,16	,745	0,39
	Francia	4,30	,839	
Las personas con problemas de salud mental se pueden recuperar completamente.	España	2,82	,995	0,00*
	Francia	3,46	1,199	
La mayoría de las personas con problemas de Salud Mental va a un profesional sanitario para que le ayuden.	España	3,34	1,180	0,01*
	Francia	2,80	1,010	

*p valor menor de 0,05 (diferencias estadísticamente significativa)

Figura 10 .Medias MAKs 1-6



Fuente: elaboración propia.

Ítems 7-12. Conocimiento sobre las condiciones de enfermedad mental.

Los ítems 7-12 se encargan de evaluar conocimientos de condiciones de enfermedad mental. En los resultados se manifiesta un conocimiento medio referido a condiciones de enfermedad mental ya que, los valores obtenidos muestran que desconocen, no tienen claro e incluso llegan al error en las atribuciones pero no se muestran valores extremos que indiquen un desconocimiento total. Sin embargo, existen diferencias estadísticamente significativas en los ítems 10 y 11 los cuales, respectivamente, muestran que los universitarios españoles tienen más claro que el Trastorno Bipolar y la Esquizofrenia son enfermedades mentales al tiempo que refieren en menor medida que la drogadicción lo sea, en contraposición a los estudiantes franceses, como se indican las diferencias halladas en el ítem 7.

Se advierte que en ambos casos, expresan dudas y reticencias a la hora de concebir la depresión, estrés y el duelo como enfermedades mentales. Esto tiene sentido dentro de las características semejantes existentes tanto en el contexto español como en el francés si bien, puede ser que se conciba el estrés como un añadido del trabajo y del ritmo frenético que caracterizan las

ciudades de hoy en día y que, en general, se siga sin atribuir al duelo y a la depresión la importancia que tienen.

También es importante señalar que la Esquizofrenia y el Trastorno Bipolar, en tanto que Trastornos Mentales Graves son los más reconocidos como tales por ambos grupos de universitarios lo que tiene sentido si pensamos en el imaginario social ya que se tienden a relacionar más fácilmente con enfermedad mental. Se muestra, además, un mayor conocimiento de estos por parte de los universitarios españoles.

Por último, hay que hacer hincapié en que los resultados arrojan un menor nivel de conocimiento sobre los universitarios franceses lo que resulta chocante si bien Francia experimenta la creación de los servicios sanitarios en materia de salud mental y la inclusión de los mismos en la comunidad de manera mucho más temprana que en España.

A continuación se adjuntan la Tabla 9 y la Figura 11, la cuáles muestran tanto las medias obtenidas en cada uno de los ítems como las diferencias significativas.

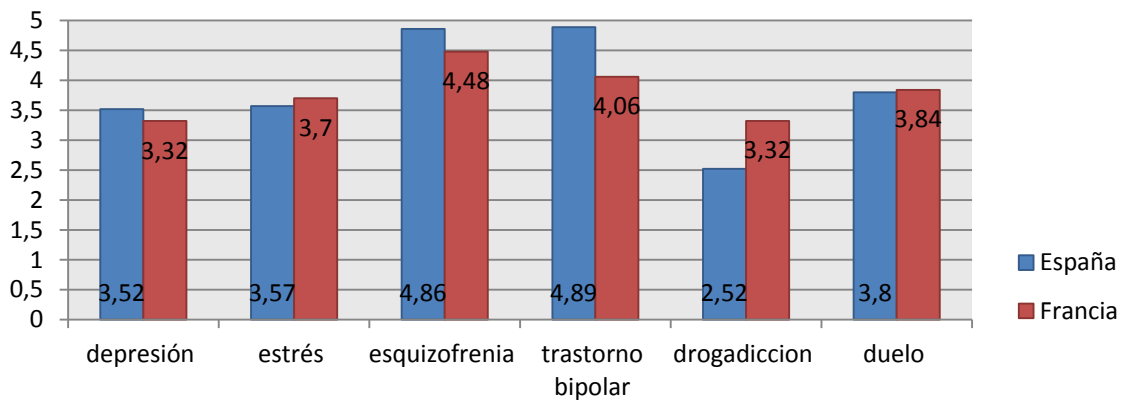
Tabla 9 Descripción MAK5 7-12 y diferencias

	País	Mean	Std. Deviation	p*valor
Depresión	España	3,52	1,438	0,51
	Francia	3,32	1,544	
Estrés	España	3,57	1,301	0,63
	Francia	3,70	1,389	
Esquizofrenia	España	4,86	,632	0,04*
	Francia	4,48	1,092	

Trastorno bipolar	España	4,89	,493	0,00*
	Francia	4,06	1,236	
Drogadicción	España	2,52	1,338	0.01*
	Francia	3,32	1,558	
Duelo	España	3,80	1,304	0,86
	Francia	3,84	1,251	

p *valor menor de 0'05 (diferencias estadísticamente significativa)

Figura 11. Medias MAK5 7-12



Fuente: elaboración propia.

Análisis RIBS. Conducta. (Cuestionario RIBS)

Ítems 1-4. Comportamientos consumados.

En cuanto a los resultados de los ítems que se encargan de medir la prevalencia de la cercanía que han tenido o tienen con personas que padecen una enfermedad mental, se desvela un escaso contacto por parte de ambos y solo destaca la afirmativa de los universitarios españoles en cuanto a la

pregunta que refiere si tiene o ha tenido algún vecino con problema de salud mental.

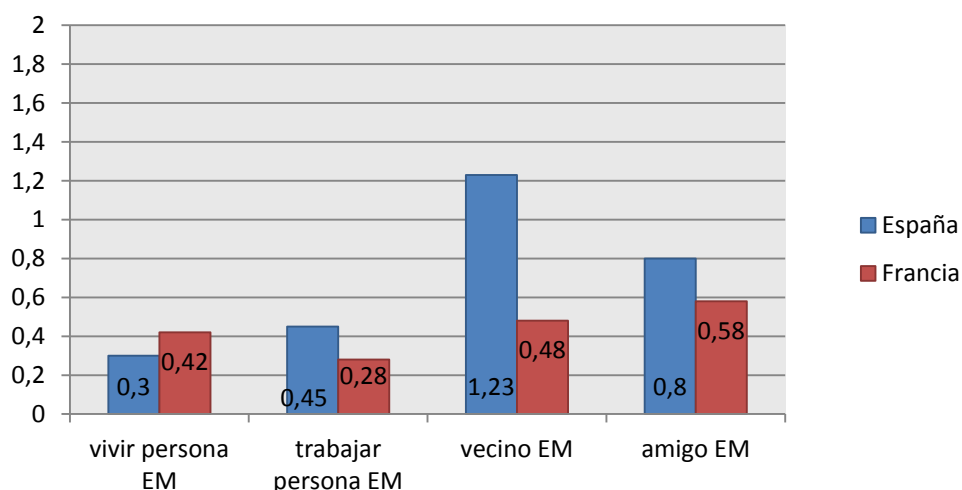
A continuación se adjuntan la Tabla 10 y la Figura 12, la cuáles muestran tanto las medias obtenidas en cada uno de los ítems como las diferencias significativas.

Tabla 10. Descripción RIBS 1-4 y diferencias

	país	Mean	Std. Deviation	p*valor
¿Está actualmente, o ha vivido alguna vez con alguien con un problema de salud mental?	España	0,30	,462	0,25
	Francia	0,42	,575	
¿Está actualmente trabajando, o ha trabajado alguna vez con alguien con un problema de salud mental?	España	0,45	,697	0,19
	Francia	0,28	,607	
Tiene actualmente, o ha tenido alguna vez un vecino con un problema de salud mental?	España	1,23	,831	0,00*
	Francia	0,48	,677	
¿Tiene actualmente, o ha tenido alguna vez un amigo cercano con un problema de salud mental?	España	,80	,701	0,13
	Francia	,58	,673	

*p valor < de 0'05 (diferencias estadísticamente significativa)

Figura 12. Medias RIBS 1-4



Fuente: elaboración propia.

Ítems 5-8. Conductas intencionadas.

En cuanto a los resultados obtenidos en relación a la prevalencia de conductas intencionadas emergen importantes diferencias.

En primer lugar, se observan unos valores que muestran una mayor aceptación de las ideas de trabajar, vivir cerca o mantener una relación en la que la pareja desarrollase un problema de salud mental por parte de los universitarios españoles. En segundo lugar, existen diferencias estadísticamente significativas en los dos primeros ítems lo cual marca ligeramente la diferencia y arroja que los estudiantes franceses contemplan en menor medida las posibilidades de futuro cercanas a personas con enfermedad mental.

Cabe señalar que no se trata de valores extremos por lo que en general se puede hablar de que en ninguno de los grupos existan conductas directas de discriminación, aunque debe resaltarse que se dan en menor medida dentro del grupo de universitarios españoles. Sin embargo, no se puede olvidar que el hecho de dudar y no tener claras dichas conductas que cuestionan la distancia deseada en un futuro en relación a las personas con enfermedad mental,

puede traducirse como la posibilidad de poder desarrollar comportamientos negativos y por tanto, existe la posibilidad y, sobre todo, en lo que a los estudiantes franceses se refiere, desarrollar unos comportamientos que deriven en discriminación. Estos resultados tienen sentido si se tiene en cuenta el hecho de que los resultados del MAK5, en los ítems encargados de evaluar las condiciones de enfermedad mental y, en concreto, en lo que a la esquizofrenia y al trastorno bipolar se refiere, arrojan un menor nivel de conocimiento sobre los universitarios franceses. Por tanto, se concluye una fórmula muy simple: a más desconocimiento mayor discriminación o mayor distancia social deseada.

A continuación se adjuntan la Tabla 10 y la Figura 12, la cuáles muestran tanto las medias obtenidas en cada uno de los ítems como las diferencias significativas.

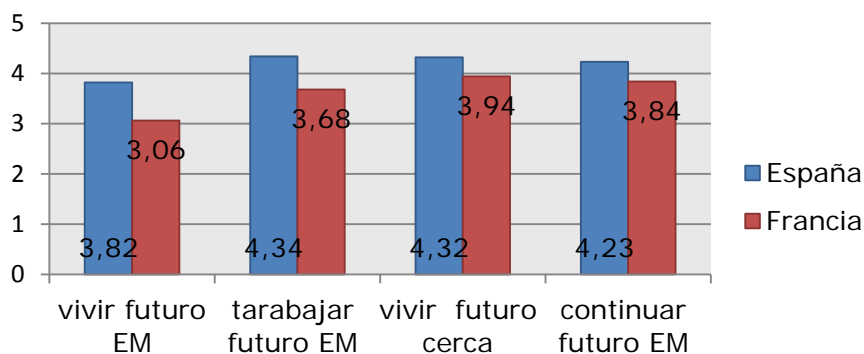
Tabla 11. Descripción RIBS 5-8 y diferencias

	país	Mean	Std. Deviation	p*valor
En el futuro, estaría dispuesto a vivir con alguien con un problema de salud mental	España	3,82	,870	0,00*
	Francia	3,06	1,406	
En el futuro, estaría dispuesto a trabajar con alguien con un problema de salud mental	España	4,34	,914	0,00*
	Francia	3,68	1,392	
En el futuro, estaría dispuesto a vivir cerca de alguien con un problema de salud mental	España	4,32	,909	0,09
	Francia	3,94	1,219	

En el futuro, estaría dispuesta a continuar con alguien que desarrollara un problema de salud mental	España	4,23	,803	0,09
	Francia	3,84	1,299	

*p valor < de 0´05 (diferencias estadísticamente significativa)

Figura 13. Medias RIBS 5-8



Fuente: elaboración propia.

Análisis CAMI. Actitudes (Cuestionario CAMI)

Ítems 1-8. Concepción general de la enfermedad mental y de las personas que la padecen.

Los resultados que arroja este cuestionario sirven para determinar la prevalencia de prejuicios por parte de los universitarios de ambos países en general. Para ello y con el fin de facilitar el análisis y comprensión, se han dividido las afirmaciones en función del tema central que pretendiesen abordar.

De esta manera, en el primer grupo que abarca del ítem 1 al 8 y que se centra en el concepción general de la enfermedad mental y de las personas que la padecen, se advierte que en general son los universitarios españoles los que mantienen unas actitudes de más tolerantes. Se puede afirmar esto ya que, en general sus respuestas de éstos se encuentran más cercanas a los

valores que afirman y existen diferencias estadísticamente significativas respecto de los universitarios franceses en los ítems que refieren que *las personas con enfermedad mental tienen algo que hace fácil distinguirlas de la gente normal, el internamiento tan pronto como una persona muestre signos de perturbaciones mentales y los manicomios son sitios atrasados en el tiempo.*

Sin embargo, aunque estadísticamente no sea significativo no se puede olvidar que existen ciertas preguntas que a día de hoy requerirían una contestación rotunda, como son el hecho de que una de las *causas principales de la enfermedad mental es una falta de autodisciplina y voluntad, las personas con enfermedad mental tienen algo que hace fácil distinguirlas de la gente normal, debería ponerse menos énfasis en proteger al público en general de la gente con enfermedad mental y que los manicomios son sitios atrasados en el tiempo para tratar a personas con enfermedad mental.*

Esto quiere decir que aunque los resultados arrojen una clara diferencia que indica que los universitarios franceses tienen mayores niveles de prejuicios, en ambos grupos subyacen ideas todavía erróneas como las causas de la enfermedad mental, marcas que los distinguen (clara alusión al estigma), miedo (ya que en la pregunta de no debería ponerse menos énfasis en proteger al público en general de la gente con enfermedad mental se muestran valores que tienden a situarse ni de acuerdo ni en desacuerdo) al igual que ocurre con el hecho de que los manicomios sean sitios atrasado en el tiempo.

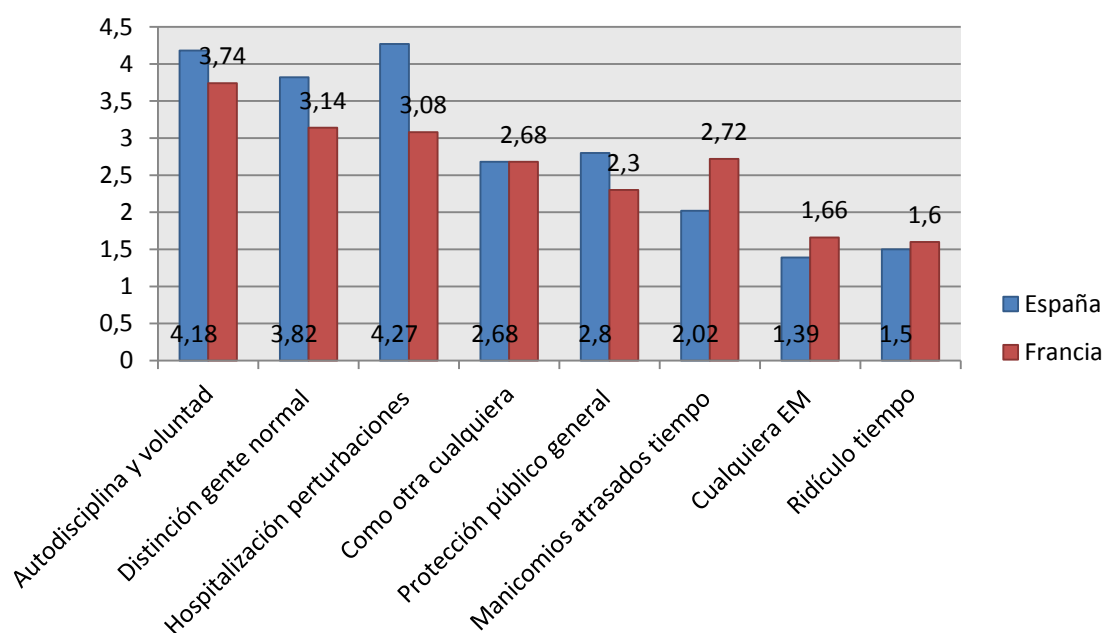
A continuación se adjuntan la Tabla 12 y la Figura 14, la cuáles muestran tanto las medias obtenidas en cada uno de los ítems como las diferencias significativas.

Tabla 12. Descripción CAMI 1-8 y diferencias

	país	Mean	Std. Deviation	p*valor
Autodisciplina y voluntad	España	4,18	1,187	0,12
	Francia	3,74	1,509	
Distinción gente normal	España	3,82	1,244	0,01*
	Francia	3,14	1,385	
Hospitalización perturbaciones	España	4,27	1,128	0,00*
	Francia	3,08	1,353	
Como otra cualquiera	España	2,68	1,325	0,99
	Francia	2,68	1,622	
Protección público general	España	2,80	3,225	0,32
	Francia	2,30	1,374	
Manicomios atrasados tiempo	España	2,02	1,355	0,01*
	Francia	2,72	1,371	
Cualquiera EM	España	1,39	,618	0,15
	Francia	1,66	1,118	
Ridículo tiempo	España	1,50	,876	0,56
	Francia	1,60	,782	

*p valor < de 0´05 (diferencias estadísticamente significativa)

Figura 14. Medias CAMI 1-8



Fuente: elaboración propia.

Ítems 9-19. Conductas concretas de la sociedad hacia las personas con enfermedad mental.

El segundo grupo comprende los ítems del 9 al 19 y se centra más en las conductas concretas de la sociedad en general hacia las personas con enfermedad mental.

Los resultados obtenidos muestran, de manera global, una mayor aparición de valores extremos que en ambos casos indican que prevalecen las conductas positivas aunque existen dos preguntas donde hay diferencias estadísticamente significativas en las que se observa que ambos grupos dudan en cuanto a *la existencia suficiente de servicios para personas con enfermedad mental* donde los universitario españoles tienden a estar menos de acuerdo y en el ítem referido a la *responsabilidad que debieran tener estas personas* donde de nuevo arrojan más dudas los universitarios franceses.

A continuación se adjuntan la Tabla 13 y la Figura 15, la cuáles muestran tanto las medias obtenidas en cada uno de los ítems como las diferencias significativas.

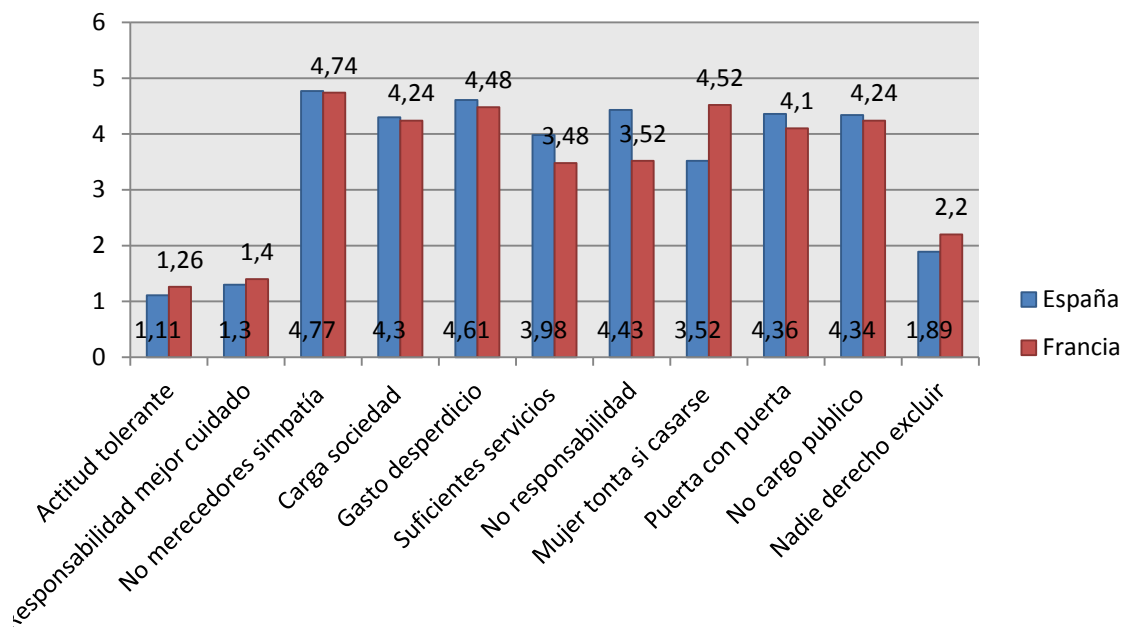
Tabla 13. Descripción CAMI 9-19 y diferencias

	país	Mean	Std. Deviation	p*valor
Actitud tolerante	España	1,11	,321	0,21
	Francia	1,26	,723	
Responsabilidad mejor cuidado	España	1,30	,632	0,48
	Francia	1,40	,782	
No merecedores simpatía	España	4,77	,859	0,84
	Francia	4,74	,723	
Carga sociedad	España	4,30	1,268	0,83
	Francia	4,24	1,222	
Gasto desperdicio	España	4,61	,868	0,48
	Francia	4,48	,974	
Suficientes servicios	España	3,98	1,151	0,04*
	Francia	3,48	1,165	
No responsabilidad	España	4,43	,728	0,00*
	Francia	3,52	1,359	

Mujer tonta si casarse	España	3,52	,462	0,08
	Francia	4,52	,953	
Puerta con puerta	España	4,36	,892	0,22
	Francia	4,10	1,165	
No cargo publico	España	4,34	,987	0,66
	Francia	4,24	1,255	
Nadie derecho excluir	España	1,89	1,418	0,32
	Francia	2,20	1,629	

*p valor < de 0'05 (diferencias estadísticamente significativa).

Figura 15. Medias CAMI 9-19



Fuente: elaboración propia.

Ítems 20-27. Conductas en cuanto a los tratamientos, ubicación de éstos y comportamientos personales.

El tercer grupo abarca los ítems del 20 al 27, analiza las conductas de cercanía y pensamientos en cuanto a los tratamientos, ubicación de éstos y los comportamientos personales de estas personas.

Los resultados arrojan diferencias estadísticamente significativas en todos los ítems excepto en el referido a la peligrosidad de las personas con enfermedad mental, donde ambos se sitúan en valores que refieren estar

ligeramente de acuerdo. El hecho de que no emerjan estos valores, muestran dudas acerca de uno de los grandes mitos en torno a la enfermedad mental como es el de la peligrosidad.

El resto de los ítems, muestra una tendencia más negativa por parte de los estudiantes franceses si bien, los valores hallados muestran dudas y poca seguridad en las afirmaciones a las que refieren los ítems. Los universitarios españoles mantienen valores donde muestra mayor seguridad y por tanto, una postura de más apertura y por tanto, menos prejuicios, hacia el acercamiento e inclusión de estas personas a la comunidad.

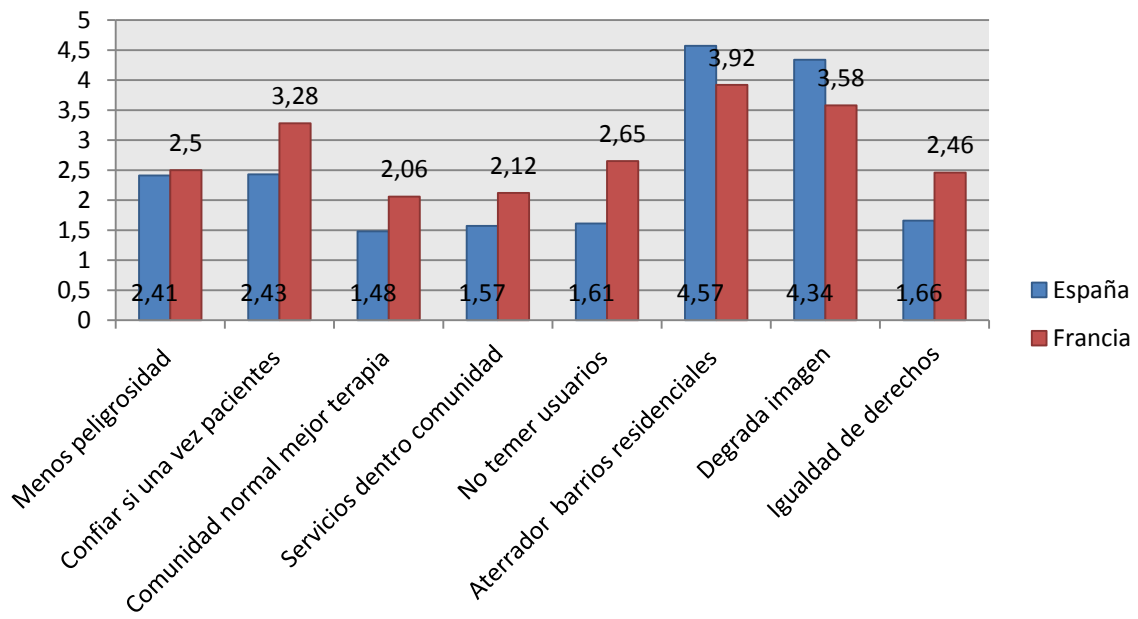
A continuación se adjuntan la Tabla 14 y la Figura 16, la cuáles muestran tanto las medias obtenidas en cada uno de los ítems como las diferencias significativas.

Tabla 14. Descripción CAMI 20-27 y diferencias

	país	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Menos peligrosidad	España	2,41	1,148	0,70
	Francia	2,50	1,129	
Confiar si una vez pacientes	España	2,43	1,085	0,00*
	Francia	3,28	1,230	
Comunidad normal mejor terapia	España	1,48	,762	0,00*
	Francia	2,06	1,058	
Servicios dentro comunidad	España	1,57	,846	0,00*
	Francia	2,12	1,100	
No temer usuarios	España	1,61	,784	0,00*
	Francia	2,65	1,251	
Aterrador viven barrios residenciales	España	4,57	,925	0,00*
	Francia	3,92	1,140	
Degrada imagen	España	4,34	1,033	0,00*
	Francia	3,58	1,386	
Igualdad de derechos	España	1,66	0,939	0,00*
		2,46	1,343	

*p valor < de 0'05 (diferencias estadísticamente significativa).

Figura 16. Medias CAMI 20-27



4.2 ESTUDIO CUALITATIVO

Este estudio pretende complementar los resultados proyectados a través de la investigación cuantitativa, es decir, interpretar en profundidad y con un mayor detalle la información vertida a través del grupo focal y así revelar comportamientos sociales y prácticas cotidianas que mediante la investigación cuantitativa pasan desapercibidos.

La muestra del grupo focal estuvo compuesta por un total de seis estudiantes de la Universidad de Zaragoza, pertenecientes a los Grados de Geología e Ingeniería (dos hombres) y a los de Trabajo Social, Filología Inglesa y Enfermería (cuatro mujeres).

Tabla 15. Informantes del Grupo Focal

Informante 1	Chico, 24 años. Estudiante de Geología.
Informante 2	Chica, 27 años. Estudiante de Trabajo Social.
Informante 3	Chica, 22 años. Estudiante de Trabajo Social.
Informante 4	Chica, 23 años. Estudiante de Filología Inglesa.
Informante 5	Chica, 22 años. Estudiante de Enfermería.
Informante 6	Chico, 21 años. Estudiante de Ingeniería.

Fuente: elaboración propia.

A la hora de realizar el análisis se ha separado las citas literales en diferentes áreas empleando para ello el programa de análisis cualitativo WEFT QDA 1.0 (el anexo XIII recoge esta clasificación) y de esta manera realizar el análisis detallado que se presenta a continuación. Las unidades de significación son las siguientes:

- I-Conocimiento/existencia del estigma: Conocimiento (ignorancia), comportamientos (prejuicios), y conductas (distancia social deseada y/o discriminación).
- II-Explicación de los resultados del estudio cuantitativo.
- III-Estrategias de cambio.

4.2.1. Análisis detallado

I-Conocimiento/existencia del estigma

Conocimiento del estigma

El conocimiento que se advierte en general, en torno a la enfermedad mental y al estigma ha sido elevado, aunque por el contrario emergen pequeñas ideas que cabe resaltar que si bien no son importantes por su escasez de aparición, no se pueden desperdiciar.

Para comenzar, cabe señalar que los estudiantes son conscientes y afirman que la enfermedad mental, a pesar de ser un problema con una gran afectación se le da menos importancia de la que tiene.

“De hecho, hay una gran mayoría de gente que tiene enfermedades mentales, la depresión es una de ellas, ¿no?, entonces no sé qué % de la población tiene pero bastante alto” (Informante 1).

“También que a veces se le da menos importancia de la que tiene. Simplemente que a lo mejor en un enfermo se atiende a una serie de afectos y se deja la enfermedad mental o los problemas psicológicos que tenga” (Informante 5).

Se percibe como uno de los grupos más estigmatizados si bien se trata de las enfermedades más desconocidas.

“Yo creo que es una patología de las más desconocidas que hay, dentro de la discapacidad es también el grupo más estigmatizado, más... que no llegan a comprender la gente lo que tiene ni porqué actúan así, ni si quiera lo que necesitan” (Informante 2).

Han referido también, que no se tendría ni porque saber, por ejemplo, que tu compañero de trabajo tiene un trastorno a menos que sea él quien

decide contártelo.

“Tú no tienes porque...o sea es persona tiene derecho a su intimidad, y a que nadie lo catalogue de primeras” (Informante 3).

En la misma línea, aluden al hecho de que el problema es de la sociedad en general, ya que es ella la que no está preparada para saberlo.

“Yo creo que tampoco tendría que haber un problema en que se supiera, si la gente estuviera preparada para saberlo” (Informante 5) y que
“Incluso en las cacharras de aparcar pone: lugar para minusválidos” (Informante 2).

Refieren, con esta última frase que en parte la culpa viene desde arriba, que es muy importante el lenguaje ya que afecta a como los veamos.

Otras ideas revelan que son capaces de empatizar y comprender la situación que se puede derivar en una persona con enfermedad mental, tanto referida al estigma como a la situación personal que pueda vivir:

“un amigo mío que tiene problemas y su padre también, y conozco un poco los problemas que hay en el entorno familiar y es muy complicado, pero bueno, mientras se toma la medicación no hay problemas pero... claro...los problemas vienen cuando... y yo entiendo que es mucha carga...o sea es carga, de verdad...”(Informante.3).

“Si, yo pienso eso pero que también hay muchas veces que hay gente que no sabe o no está preparada y le puede la situación entonces yo creo que también es fácil hablar desde fuera sin que te haya tocado vivirlo, y mucha gente también, muchos pacientes, o no se toman la medicación o se descontrola la enfermedad, y es verdad que a veces es más complicado que decir sí, lo haría” (Informante 5).

Incluso reconocen la existencia del estigma y la importancia de no caer en el error de estigmatizar a las personas con enfermedad mental.

“Pero no es su única condición” (Informante 2).

Además, han señalado la importancia de usar un correcto lenguaje para aludir a lo que en realidad son estas personas.

“Pero para eso hablamos de diversidad funcional. Lo problemático aquí es que hay muchos profesionales que siguen hablando de minusvalía y discapacidad ya se ha quedado obsoleto, todavía” (Informante 3).

Por el contrario y como se ha señalado al principio, han emergido ideas muy sutiles que, en proporción al grueso del discurso expuesto no son significativas pero que no se deben obviar. Están referidos a los conocimientos de la enfermedad mental:

“bueno es que ¿el estrés es un trastorno?...” (Informante 3).

Además de que afirman que por lo general, por ejemplo con las depresiones pasa lo siguiente:

“(...) que lo ves como algo que simplemente estará en unos días malos, pero que lo puede pasar” (Informante 6),

Refiriéndose con esto a ellos y ellas mismas y a la mayoría de las personas.

Conductas

En general, muestran conductas encaminadas a la inclusión de estas personas. Por ejemplo, manifiestan que no se alejarían de una persona por

desarrollar enfermedad mental:

“(…) si estás con alguien que tiene un tipo de enfermedad mental o que se desarrolla estando contigo entonces si quieres a esa persona no creo que sea ningún impedimento sino que de hecho querrías ayudarle, por lo que claro que seguirías viviendo con ella, o no me alejaría de esa persona” (Informante 1).

Además defienden la normalidad y respeto en el trabajo en los mismos términos que los harían por un compañero o compañera que no tuviera enfermedad mental.

“O sea pero, por ejemplo, no decirlo al principio...pero y luego cuando estás bien con la gente y todo eso... como contar las cosas, yo cuando conozco a alguien no le cuento mis problemas a la primera, es como...vas poco a poco no, pues los problemas también van saliendo conforme se conoce a la gente, entonces se puede comentar más tarde y quizás con eso...o sea sin habérselo dicho ellos te han aceptado y se dan cuenta de que en realidad no es un problema tan grave, sino que son prejuicios que tienen ellos, que tenemos... bueno y que mucha gente tiene, entonces no sé...” (Informante 4).

Sin embargo, ha emergido que el problema real a la hora de integrar a las personas con enfermedad mental es que existe una hipocresía por parte de las personas. Por un lado mantienen un discurso integrador pero por otro no quieren tener que ser ellos quienes estén cerca de las personas con enfermedad mental.

“Alguien dice a mí no me importaría tener un vecino con enfermedad mental, todos somos iguales... todos tenemos que estar integrados, pero cuando te toca a ti de verdad y te lo llevan al lado de tu casa entonces es cuando dices uyuyuyu, no no no... Que me va a dar problemas” (Informante 2).

Incluso se ha hecho referencia a un hecho de similares características.

“Es que con los gitanos eso lo he vivido en el barrio Oliver, hace muchísimos años... que todo el mundo ay, sí, sí que se integren pero no sé qué pasó, es que hace muchos años, de que iban a traer más gitanos al barrio Oliver y les iban a poner unas casas... y todo el barrio se echó a la calle, manifestaciones... te estoy hablando de hace veinte años o más...” (Informante 2).

Actitudes

En cuanto a las actitudes encontramos que han afirmado que existen prejuicios tanto por parte de la sociedad en general como por parte de ellos y ellas, lo que les ha costado un más reconocer. Por tanto, refieren lo siguiente:

“(...) hay muchos prejuicios de la enfermedad mental, como que se les tacha de locos. Se les olvida que hay una persona detrás, es un loco y ya está” (Informante 6).

Y que ellos, por mucho que intenten decir que no tienen, indican que:

“Depende, porque queda muy bonito decir que no, pero en el fondo todo el mundo tiene sus cosas” (Informante 2).

Y que, sobre todo puede parecer que no los tienes hasta que te toca de cerca.

“(...) como pasa a veces con los gays o los homosexuales. Hay mucha gente así...que tiene un amigo homosexual, y hasta que no sabe que es homosexual sigue siendo su amigo... y en el momento que lo sabe pues ya no lo es” (Informante 2).

En concreto, refieren que el desconocimiento y el no conocer es lo que influye a la hora de que existan prejuicios ya que suele existir miedo.

“Miedo, yo creo que en la medida en que tampoco conocemos bien” (Informante 3).

Y hacen especial hincapié en la impredecibilidad.

“Es que no sabes cómo puede reaccionar, entonces eso crea miedo. No sabes por donde puede salir”.

Sin embargo, es importante señalar que han aparecido una serie de prejuicios que no han expresado directamente ya que cuando se les pregunta por cuál es la primera palabra que se les viene a la cabeza al oír enfermedad mental expresan las siguientes: “manicomio” (Informante 5), “loco” (Informante 6) y “comportamientos extraños” (Informante 3).

Además, de que una de las chicas ha expresado lo siguiente:

“No sé, yo lo pienso y si por ejemplo tuviera un hermano con enfermedad mental, en una encuesta sí que lo pondría si es anónima claro, me daría igual pero igual no lo iría comentando con la gente, pero en una encuesta no...” (Informante 4).

Sobre el asunto, cabe señalar que son conscientes de que hay que eliminar estos prejuicios ya que refieren que:

“(…) hasta que no veamos que las personas con enfermedad mental tienen capacidad, capacidades, habilidades, tienen virtudes, nunca jamás se va a terminar de hablar del estigma. Hasta que no se acabe con eso y se siga poniendo el punto en que si es ciego, no ve... al final va a seguir la cosa igual. Pues lo mismo con la enfermedad mental. Que sí, que algún día tiene un brote, que un día tiene un día malo y se queda todo el día en la cama pero oye, aparte de eso, puede tener estudios o una persona con...” (Informante 2).

Y que el contacto con estas personas hace que se eliminen en mayor o menor medida los prejuicios.

“(…) desde que tuve una compañera que hizo prácticas en salud mental y que me contara experiencias, yo por ejemplo, considero que tengo mucho menos prejuicio y mucho menos miedo. Y luego a raíz también de

lo que pasó con mi amigo, considero que tengo menos miedo y menos prejuicios de los que tenía antes, pero claro, pues totalmente eliminados pues no sé, imagino que no" (Informante 3).

Por último, encontramos entre las integrantes una opinión generalizada de que los medios de comunicación tienen gran parte de la culpa de los prejuicios que existen en torno a la enfermedad mental.

"Es que eso es...eso vende mucho, el morbo vende muchísimo en este país y en fin... eso tiene sus consecuencias y está claro que si es asesinato y encima es un trastorno... un tipo que estaba trastornado, una tipa que... pues en fin... y eso tiene sus consecuencias claro, luego..." (Informante 3).

Incluso basándose en vivencias personales una de ellas cuenta una experiencia personal.

"Me acuerdo cuando estaba haciendo las prácticas, que hubo un follón con uno, que es que salió durante tres días seguidos con nombres y todo en el periódico, que la trabajadora social quería denunciar al periódico. Lo puedes poner...una persona ha apuñalado a su madre... pero no durante tres días, y haciendo hincapié en que tiene enfermedad mental. No sé si nombre o iniciales, pero vamos que..." (Informante 2).

Concretamente han señalado que existe un verdadero problema en la manera de enfocar las noticias.

"Ese apellido, el apellido enfermo mental, eso es lo que hace daño al colectivo. O sea al grupo de personas que..." (Informante 3).

II-Explicación de los resultados del estudio cuantitativo.

En esta área, se pretende explorar y llegar al entendimiento del porqué de algunos de los resultados vertidos tanto por los universitarios franceses, cómo de los españoles y de una contraposición de ambos dos. Para ello, se

indagó en algunos de los resultados más significativos hallados en los cuestionarios.

Se les preguntó por qué creían que la depresión, el duelo y el estrés no se concebían en ambas muestras como enfermedades mentales. Se mostró una opinión generalizada en el hecho de que se hayan “normalizados” en la sociedad de hoy en día y que por ello se le resta importancia.

“Yo es que creo que se ve la depresión, todavía entre la gente, se ve la depresión y el estrés a veces como... ¡jala que eres un quejica que depresión de qué, si yo le contara lo que a mí me pasa no sé qué...” (Informante 2).

“Yo creo eso, que es desconocimiento porque como tradicionalmente era eso, tener unos días malos. Por eso se piensa que no es un problema de salud mental, creo. Y lo mismo con el estrés, es como ¡chica relájate! Pero que no, que la gente tiene problemas serios por el estrés...” (Informante 6).

Se incidió también en el hecho de que aunque no mostremos actitudes que pretendan excluir a los enfermos mentales de la comunidad, tampoco mostramos una clara convicción de que deban estar en ella (refiriéndonos a los resultados de los universitarios españoles). Ante esto, respondieron que se debe a una hipocresía generalizada ya que juegan con el discurso de que hay que incluir a los grupos minoritarios en la sociedad pero que de manera individual nos lavamos las manos si nos toca de cerca.

“Entonces yo creo que es ahí lo que pasa con los datos. La gente aparentemente quiere decir, que va yo soy racista, porque queda muy bonito pero luego... cuando te dicen de tenerlo al lado...uy ya no, la cosa cambia...” (Informante 2).

“(...) hombre por dios por supuesto que tienen que estar integrados pero luego buuf, no saben si... ayy si lo tengo al lado, casi mejor que esté encerradico y que no me dé problemas” (Informante 2).

Asimismo, se les preguntó por el nulo contacto que había emergido por parte de ambos grupos de universitarios con personas con enfermedad mental y sí podía costar el reconocimiento en público de personas con enfermedad mental. Por un lado, existe una clara evidencia de esto última ya que una de las estudiantes dijo lo siguiente:

“No sé, yo lo pienso y si por ejemplo tuviera un hermano con enfermedad mental, en una encuesta sí que lo pondría si es anónima claro, me daría igual pero igual no lo iría comentando con la gente, pero en una encuesta no...” (Informante 4).

Por otro lado, aludieron a que puede deberse a su invisibilidad, es decir, que puedes haber tratado con ellos sin ser consciente de que tienen alguna enfermedad mental.

“yo aquí pienso que...como en muchos grupos de discapacidad, la enfermedad mental es una discapacidad muchas veces invisible, entonces puede ser que tú lo tengas al lado y no te estés dando cuenta... ¿entonces la gente como lo va a poner en el cuestionario?” (Informante 2).

Del mismo modo, se cuestionó el porqué de la distinta consideración de enfermedad mental en ambos países si bien se había mostrado mayor reconocimiento de la esquizofrenia y el trastorno bipolar, como enfermedades mentales. Explican esto, sobre todo, en base al desconocimiento.

“Desconocimiento... eso cualquier persona que sepa un poco del tema pues saca que es una enfermedad mental. Vamos yo no le encuentro otra explicación” (Informante 1).

Sin embargo, también refieren de que puede ser que se trate de un tema tabú, es decir, que esté peor visto y que por eso cueste reconocerlo en público y por ende, asociarlo a la enfermedad mental.

“Yo creo que será porque, a lo mejor, tienen el tema más callado que aquí o más normalizado...” (Informante 5).

“Igual ahí se esconde más (...) es como pasaba aquí hace treinta años...que se escondían esas cosas en su casa ¿sabes?” (Informante 2).

Sobre todo han hecho alusión a que al no conocer el contexto francés no pueden saberlo pero que puede deberse también al impacto de los medios de comunicación tanto en el sentido de que aquí haya un mayor conocimiento como en el contrario;

“ Yo lo que te digo...en la tele sale mucho, en los periódicos... el no sé qué que apareció con un cuchillo, quieras que no es más visible porque en los medios de comunicación sale” (Informante 2).

Por último, se preguntó si creían que existe el estigma en otros grupos de población así como si influyen otras condiciones en su aparición. Aparecen aquí dos respuestas totalmente encontradas, que dividen la opinión del grupo. Ambos creen que sí que hay condiciones que favorecen la aparición del estigma, sin embargo, mientras unos inclinan la balanza dando peso a condiciones como la edad y el tener o no tener estudios.

“(...) las nuevas generaciones va más diferente no es igual como piensan mis padres que están menos abiertos que yo pero bueno que aún son modernillos que no mis abuelos, que les dices cualquier cosa un poco diferente y que se sale de la norma y ya es la locura, entonces yo creo eso. Que con gente más mayor o... quizá sin estudios, no estoy segura...pero igual tienen más estigma” (Informante 4).

“Si, yo también lo creo y los universitarios tienen la mente más abierta y no es por verter prejuicios pero igual la gente del pueblo que no ha salido en su vida y llega un esquizofrénico, y lo tachan de loco o sea que creo que gira en torno a donde vives, en donde te muevas...” (Informante 6).

Los otros lo hacen inclinándose única y exclusivamente por el contacto mantenido con personas que tienen enfermedad mental.

“Yo creo que no tiene que ver con la edad, ni con el nivel económico, ni con el nivel socioeconómico ... simplemente es que tu hayas tenido la posibilidad de haber tenido contacto con ese colectivo y así eliminar tus prejuicios...o el estigma, porque seguramente habrá personas mayores que tendrán o habrán tenido contacto y no tengan y luego gente joven entre nosotros que seguramente sí que tengan, entonces yo no creo que sea una cosa de edad, ni de nivel económico... simplemente de la posibilidad que han tenido de tener contacto con el colectivo para eliminar esos prejuicios...(...)” (Informante 2).

III-Estrategias de cambio.

Con esta pregunta se pretende examinar, desde su punto de vista, cuales son las mejores estrategia para acabar ya no con el estigma, sino con los prejuicios, desconocimiento y comportamiento que generan su aparición. Estas son pues las ideas arrojadas por los integrantes del Grupo Focal, ordenadas desde las actuaciones más generales hasta las más particulares:

- Actuaciones desde la Administración Pública. Recalcan la necesidad de una mayor provisión de recursos.

“(...) que los integren, que las administraciones publicas hagan más cosas, los contraten más para trabajar, dejen de meterlos en sitios alejados de la ciudad, que pongan más pisos tutelados que pongan más recursos para ellos, pero dentro... “normalizados” vamos, no que seamos nosotros los que tengamos que acercarnos, sino que entre que vamos nosotros y vienen ellos, nos encontremos” (Informante 2).

También la necesidad de que se realicen desde éstas actuaciones para fomentar un correcto uso del lenguaje en la sociedad y de este modo, se tienda la mano al cambio de la concepción de estas personas.

“Incluso en las cacharras de aparcar pone: lugar para minusválidos. Desde luego que si los poderes público, las administraciones no empiezan a cambiar eso, nada va a cambiar, eso seguro” (Informante 2).

- Que haya mecanismo para denunciar. Han recalcado la necesidad de acabar con todo el trato diferencial así como la imagen que se proyecta de este colectivo en los medios de comunicación. Es por esto que refieren que es necesario que

“haya mecanismos para denunciar la publicidad y ese tratamiento diferencial” es decir “denunciar a los medios, quiero decir no sé si hay algún mecanismo pero si, si para meterles un puro bueno te quiero decir... O por ejemplo, denunciar anuncios como el que has dicho tu antes” (Informante 3).

- Aumentar el contacto con este grupo de población. Entre los jóvenes fomentando el voluntariado.

“Yo creo que sería una buena forma de que los estudiantes en general, en los colegios, en los institutos, en la universidad, se fueran acercando a distintos grupos de población, y a distintos problemas y bueno...” (Informante 3).

También mediante jornadas de sensibilización por ejemplo, donde personas con enfermedad mental puedan expresarse. Se ha recalcado que no se debe hacer hincapié en las diferencias, sino en todo lo que les une al resto de personas para que se vea todo lo humano de esa persona y después, una vez habiendo identificado como “normal”, se exprese la condición de enfermedad mental. En base a esto han manifestado que:

“Esa persona es una persona que tiene una vida, tiene unos sueños...pones el punto en sus límites, no en sus capacidades...esas cosas no me gustan nada” y que por tanto, se debería “incidir sobre la parte positiva y sobre las capacidades” (Informante 2).

- Sensibilización a edades tempranas. Comenzar desde edades tempranas a educar, mediante contacto directo con este grupo de población (y con otros colectivos) en la diversidad funcional. Refieren por tanto que :

“(...) hay que empezar desde mucho antes, en plan ya no en universidad sino en colegios...igual que se hacen actividades con niños discapacitados, pues actividades con personas con problemas mentales. Verlo normal desde que tienes 6-7 años, y ya creces con eso y ya no...Eso ya no te lo cambian, y así ya luego sí que se podría llevar una vida mucho más normal” (Informante 5).

CONCLUSIONES DEL ESTUDIO

En este apartado se muestran las conclusiones a las que se ha llegado tras el desarrollo de esta investigación, además se incluye un apartado en el que se incide en la importancia que tiene el Trabajo Social en la lucha contra el estigma de la enfermedad mental, apoyándose en las estrategias que emergieron en la realización del grupo focal.

Verificación de hipótesis.

- La aparición del fenómeno del estigma social entre los universitarios de las dos ciudades que abarca esta investigación será mayor en el caso de los universitarios españoles. Hipótesis no verificada. Se ha constatado mediante los cuestionarios, el análisis de éstos y se ha determinado la no existencia del estigma por parte de ambas muestras independientes.
- El proceso de construcción del estigma social en personas con enfermedad mental es un proceso difícil de abordar debido a su complejidad. Hipótesis verificada. Se ha comprobado mediante la revisión sistemática, ya que se trata de un fenómeno complejo debido a que se hallan inmersos en él componentes cognitivos, afectivos y conductuales. Además, se ha constatado también en base a los cuestionarios y la realización del grupo focal ya que, no se tiene clara cuál es la influencia que existe entre unos y otros.
- Los universitarios españoles manifiestan con mayor frecuencia conductas, actitudes y conocimientos encaminados a la aparición del fenómeno del estigma en comparación a los universitarios franceses. Hipótesis no verificada. Se ha demostrado por medio de los cuestionarios y de la realización del grupo focal, que son los universitarios franceses

los que manifiestan con mayor frecuencia conductas, actitudes y conocimientos encaminados a la aparición del fenómeno del estigma en comparación a los estudiantes españoles.

- Se puede establecer estrategias en la población española con las que poder erradicar poco a poco el estigma de la enfermedad mental. Hipótesis verificada. En base a las aportaciones de los participantes en el grupo focal, se han extraído estrategias para eliminar el estigma y han emergido cuales son las causas por las que no se llevan a cabo comportamientos encauzados a la integración de las personas con enfermedad mental.

Conclusiones del estudio cuantitativo y cualitativo.

- No existe estigma hacia la enfermedad mental por parte de ninguna de las muestras, tanto de Zaragoza como de Metz.
- Sin embargo, esto no quiere decir que no se hayan registrado conductas y comportamientos que deben de ser modificados y reconducidos en la línea de la inclusión.
- Los estudiantes españoles han mostrado unos niveles ligeramente superiores de conocimiento de las condiciones de enfermedades mentales, así como de comportamientos y conductas hacia éstas, o lo que es lo mismo, los universitarios franceses muestran mayores prejuicios y de igual modo, desean una mayor distancia social respecto de estas personas.
- Los resultados muestran una coherencia en cuanto que los estudiantes franceses han mostrado un nivel menor de conocimiento de las condiciones de enfermedad mental al tiempo que una menor cercanía a

ella y, en consecuencia, han mostrado unos comportamientos y conductas que conducen a una menor apertura hacia la enfermedad mental y viceversa.

- Existen todavía prejuicios de manera inconsciente, los cuáles han de ser erradicados. Sin embargo, se cuenta para ello con una alta concienciación en términos de igualdad, respeto y de necesidad de inclusión.
- El hecho de que haya emergido un nulo contacto con personas que tienen enfermedad mental puede deberse a que todavía cueste su reconocimiento en público, y a la posibilidad de que en Francia sea un tema más tabú que en España.
- El hecho de que se presenten dudas en cuanto a si las personas con enfermedad mental deben estar en la comunidad, se explica como un juego de hipocresía por el que en un principio todo el mundo está de acuerdo con su inclusión pero a la hora de la verdad, de manera individual, existe un recelo para desarrollar esos comportamientos y se prefiere mantener la distancia.
- La mejor manera de acabar con el estigma y con todos los constructos que lo componen y lo alimentan, es el contacto directo con las propias personas sobre las que estos giran.
- Las estrategias concretas de actuación para la erradicación del estigma asociado a la enfermedad mental son: el aumento de las actuaciones desde las Administraciones Públicas, la existencia de mecanismos de denuncia, el aumento del contacto con este grupo de población y la sensibilización desde edades tempranas.

Limitaciones del estudio

Al igual que en cualquier investigación social, se han presentado una serie de limitaciones y problemas durante el desarrollo de la presente investigación (Macionis y Plummer, 2005).

El hecho de formar parte de la realidad estudiada supone una dificultad, ya que es difícil mantener al margen los propios valores personales para que no distorsionen el trabajo realizado. Si bien es cierto que en todo momento se ha trabajado con la mayor objetividad posible.

A esto hay que añadirle la objetividad a la hora de interpretar los datos, si bien la percepción es un acto personalísimo que puede influir tanto en el análisis de la persona que realiza la investigación, como a la hora de interpretar y responder las preguntas por parte de las personas que conforman la muestra. Otra de las limitaciones con las que ha contado este estudio que guarda relación con la anterior es el hecho de que la validez de los cuestionarios no está completa, sin embargo, los resultados de esta investigación pueden ser utilizados para tal fin.

Aún se puede ir más lejos y añadir que el hecho de investigar fenómenos sociales supone el riesgo del cambio; esto es que la conducta humana y los procesos sociales varían constantemente, lo que puede dejar obsoletos los resultados aquí obtenidos con gran rapidez.

Tal y como manifestaron algunas de las personas implicadas en el grupo focal, el hecho de abarcar un tema tan amplio como la enfermedad mental, dificulta su estudio ya que en ocasiones se puede llegar a generalizar demasiado.

Además, durante el desarrollo de la investigación se ha dado la dificultad añadida de tener que trabajar con la lengua que no es la materna, la francesa, por lo que la búsqueda de información, la revisión del material y la realización de los cuestionarios fueron más costosas aunque cierto es, que la ayuda y

apoyo recibido para la realización de la parte que concierne a esta parte ha sido mucha.

Por último, no podemos menospreciar la dificultad que tiene el trabajar con un tema tan complejo como es el estigma. El hecho de que este compuesto tanto por componentes cognitivos, como conductuales y afectivos da cuenta de la dificultad de su medición. Es por esto que el tener que trabajar con tres cuestionarios diferentes para llegar a los objetivos que se proponen, dificulta el proceso tanto de recolección de datos, como de análisis si bien resulta más cómodo el manejar un solo instrumento de medición.

Dejando estas dificultades a un lado, la investigación ha podido desarrollarse en base a lo previsto y finalmente ha podido ver la luz.

Extrapolación al Trabajo Social

Los resultados que emergen en la presente investigación dan cuenta de que, si bien se ha avanzado mucho desde hace escasos treinta años, todavía queda un largo camino por recorrer en lo que a la integración y aceptación de la diversidad funcional y, en concreto, a las personas con enfermedad mental se refiere.

El Trabajo Social es una disciplina que “trabaja en la vida misma, interviene en situaciones que viven personas que están construyendo su historia personal, dentro de la historia colectiva, en un entorno social y físico determinados y dinámicos, en los que hay una red de relaciones, cordiales, tensas o inexistentes, de las personas entre sí y de éstas con su entorno” (Vilas, 2000:176). Se trata pues, de una disciplina con un gran peso en la lucha contra el estigma hacia las personas con enfermedad mental.

Aunque el problema del estigma social afecta de manera individual a las personas que lo padecen, el problema en sí mismo, pertenece a la comunidad y no se logrará su erradicación hasta que no se logre la involucración de

ambas. Es por esto que el Trabajo Social Comunitario es la base para lograr transformar esta realidad. Y es que, “se trata es que la gente identifique y actúe sobre los propios problemas porque si hablamos de inclusión en la comunidad, debemos empezar por ahí” (Barbero y Cortés, 2005: 32).

Un nuevo relato sobre la enfermedad mental precisa de la implicación de ambas partes; la intervención comunitaria se erige como la acción que se traslada a los espacios cotidianos de las personas, ofreciendo medios para la toma de conciencia sobre el origen de la desigualdad. Solamente involucrando a los protagonistas de esta historia estaremos dirigiéndonos hacia el verdadero empoderamiento de los afectados para que dejen de serlo.

En base a las ideas que han emergido dentro del grupo focal para la erradicación del estigma, estas son algunas de las actuaciones que se podrían llevar a cabo, teniendo en cuenta el enfoque comunitario y el objetivo principal planteado para la intervención con la población con enfermedad mental.

Una mayor implicación por parte de las Administraciones Públicas. La Trabajadora Social actúa como interlocutora entre la sociedad civil y los agentes políticos; tiene contacto con entidades de la misma (sociedad civil), las cuales tienen una mayor proximidad (y mayor flexibilidad en sus intervenciones, lo que repercute en la efectividad de la intervención social). El compromiso que la profesión implica en relación a la desigualdad social y la búsqueda de justicia social, pretende constituirla como agente canalizador de la demanda de grupos de los distintos grupos de población. Asimismo, se trata de que los propios grupos sean conscientes de que deben ser partícipes de la vida política y social para manifestar sus necesidades, demandas y quejas y se valgan de los mecanismos existentes para tal fin.

Aumento del contacto entre las personas con enfermedad mental y la sociedad en general. Para ello, podrán realizarse talleres, cursos, adaptar espacios de convivencia, que impliquen un contacto directo, De igual modo, se pueden organizar charlas y jornadas tanto a nivel de instituciones educativas, como en otros lugares del barrio, para dar a conocer la enfermedad mental pero haciendo hincapié en otros atributos de las propias personas y en las cosas que guarda en común con el resto y no en las limitaciones que tiene.

El abordaje de las situaciones de desigualdad y exclusión desde la perspectiva del trabajo comunitario, implica que hemos comprendido que todos y cada uno somos parte de la solución, como así expresa el poeta y escritor Eduardo Galeano:

“Mucha gente pequeña, en lugares pequeños, haciendo cosas pequeñas, puede cambiar el mundo”.

BIBLIOGRAFIA

- AREITO, A. (2010). "Una mirada social al estigma de la enfermedad mental". *Cuadernos de Trabajo Social, Vol. 23, pp. 289-300.*
- Asociación Americana de Psiquiatría. "Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5". Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2013.
- BARBERO, M., CORTES, F. (2005). *Trabajo comunitario, organización y desarrollo social.* Alianza editorial: Madrid.
- BURILLO, J., AMORIN, M.J. (2002). *Plan estratégico 2002-2010 de atención a la Salud Mental en la Comunidad Autónoma de Aragón.* Gobiernos de Aragón: Aragón.
- BRIONES, G. (1996). *Metodología de la investigación cuantitativa en las ciencias sociales.* Instituto Colombiano para el fomento de la educación superior: Bogotá.
- CANGAS, A., NAVARRO, N. (2012). "I Congreso nacional de sensibilización al estigma social en salud mental". Alborán Editores: Granada.
- CASCO, M., NATERA, G., HEREJON, M^a E. (1987). "La actitud hacia la enfermedad mental, una revisión de la bibliografía". *Salud mental, Vol.10, N^o 2 de junio.*
- Centre Hospitalier de Jury. (2014). Centre Hospitalier de Jury. Recuperado el 26 de septiembre de 2014, de <http://www.ch-jury.fr/>.
- COLDEFY, M. (coord.). (2007). *La prise en charge de la Santé Mentale.* La Documentation Française: Paris.
- DESVIAT, M. (2010). "Síntoma, signo e imaginario social" *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Vol.30. N^o 105, pp. 125-133.*
- DIAZ, D. (2007, 15 de mayo de 2007). "El estigma de la enfermedad mental." *Elpaís.com.* Extraído el 3 de octubre de 2014, desde http://elpais.com/diario/2007/05/15/salud/1179180005_850215.html

- FERRO, V. y JUSTO, A. (2009). "Bases sociales de la Psiquiatría" en *Manual de Psiquiatría*, pp.57-64. Madrid: ENE Life Publicidad S.A. y Editores.
- FRAGO, J. (2012). *Análisis del grado de estigma social en enfermos mentales en futuros profesionales sanitarios*. Trabajo de fin de grado, Escuela de Enfermería. Huesca: Universidad de Zaragoza.
- GILABERTE, I., FAILDE, I., SALAZAR, A y CABALLERO, L. (2012). *Actitud de los alumnos de quinto de medicina hacia la salud mental*. Departamento de Psicología. Madrid: Universidad San Pablo-CEU.
- Gobierno de Aragón (2014). Instituto Aragonés de Estadística. Recuperado el 22 de julio de 2014, de <http://www.aragon.es/iaest>.
- Gobierno de Francia (2014). Institut national de la statistique et des études économiques. Recuperado el 22 de julio de 2014, de <http://www.insee.fr/fr/>.
- GONZALES, O. (2009). "Enfermedad Mental, estigma y legislación". *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*, vol. XXIX, n.º 104, pp. 471-478.
- GRANADOS, G., LOPEZ, M. y MARQUEZ, V. (2012). *Actitudes y creencias de alumnos de enfermería hacia las personas con alteraciones de la Salud Mental*. Almería: Universidad de Almería.
- HUERTAS, R. (2011). "En torno a la construcción social de la locura". Ian Hacking y la historia cultural de la Psiquiatría". *Centro de Ciencias Humanas y Sociales CSIC*.
- IBAÑEZ, T., (coord.), BOTELLA, M., DOEMENECH, M., FELIU, J., MARTINEZ, L., PALLI, C., PUJAL, M. y TIRADO, F. (2004). *Introducción a la Psicología Social*. Barcelona: UOC.
- INESME. (2011). *Presente y futuro de las enfermedades mentales más prevalentes*. Madrid: Inesme.

- LEON, H. (2005). "Estigma y enfermedad mental: un punto de vista histórico-social". *Revista de Psiquiatría y Salud Mental Hermilio Valdizan*, Vol. VI, N° 1, pp. 33-42.
- LOPEZ, M., LAVIANA, M., FERNANDEZ, L., LOPEZ, A., RODRIGUEZ, A., APARICIO, A. (2008). "La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible." *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, Vol. XXVIII, n. ° 101, pp. 43-83.
- LOPEZ, M., SAAVEDRA. J., LAVIANA, M., LOPEZ, A. (2012). "Imágenes de la "locura", la "enfermedad mental" y la "depresión" en la ciudad de Sevilla". *Psychology, Society & Education 2012*, Vol. 4, N°2, pp. 151-168.
- LÓPEZ, M.; LAVIANA, M., "Rehabilitación, apoyo social y atención comunitaria a personas con trastorno mental grave. Algunas propuestas para el debate desde Andalucía", *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría*, 2007, XXVII, 99.pp. 187-223.
- MACIONIS, J. y PLUMMER, K. (2007). "Hacer ciencia social: una introducción al método" en *Sociología*. Madrid: Prentice Hall.
- MARICHAL, F. y QUILES, M^a N. (2000). "La organización del estigma en categorías: actualización de la taxonomía de Goffman". *Psicothema*, Vol. 12, n°3, pp. 458-465.
- MORENO, A., SANCHEZ, F., LOPEZ, M. (2012). *Estudio sobre Estigma en Salud Mental en la población de Almería capital*. Investigación presentada en "I Congreso nacional de sensibilización al estigma social en salud mental", 2012, pp. 18-25. Granada: Alborán editores.
- MORENO, A., SANCHEZ, F., LOPEZ, M. (2014). "Diferencias de la población general en relación a los conocimientos, actitudes y conductas hacia el estigma en salud mental". *Psychology, Society & Education 2014*, Vol. 6, N°1, pp. 17-26.

- MUÑOZ, M., PEREZ, E., CRESPO, M., GUILLEN, A. (2009). "Estigma y enfermedad mental. Análisis del rechazo social que sufren". Madrid: Editorial Complutense.
- Organización Mundial de la Salud (2001). *Informe sobre la salud en el mundo 2001: Salud Mental, nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Ginebra: OMS.
- PUCHNIAK, T. (1999). *El legado del DR. Heinz Lehmann*. [Documental]. Disponible en <http://www.rtve.es/alacarta/videos/la-noche-tematica/noche-tematica-legado-del-dr-heinz-lehmann/1723250/>
- QUESADA, C. y FERNANDEZ, E. (2009). "Historia de la Psiquiatría" en *Manual de Psiquiatría*, pp. 5-11. Madrid: ENE Life Publicidad S.A. y Editores.
- Real Academia Española. (2001). Diccionario de la lengua española (22.ª ed.). Consultado en <http://www.rae.es/rae.html>
- Universidad de Zaragoza (2014). Universidad de Zaragoza. Recuperado el 22 de julio de 2014, de wzar.unizar.es/servicios/primer/6estad/1cursos13.pdf.
- Université de Lorraine (2014). Université de Lorraine. Recuperado el 22 de julio de 2014, de <http://www.univ-lorraine.fr/>.
- VASQUEZ, A. (2011). "Antipsiquiatría. Deconstrucción del Concepto de Enfermedad Menta y crítica a la razón psiquiátrica." *Nómaditas. Revista Crítica de Ciencias Sociales*, Vol. 3, N° 31.
- VILAS, M. (2000). "Puntos de referencia en el Trabajo Social". *Acciones e Investigaciones Sociales*, N° 11, pp. 165-173.
- VV.AA. (2009). "Manual del Residente en Psiquiatría". *Historia de la Psiquiatría*.

