

Problemas de salud mental y actitudes sociales en la ciudad de Sevilla. Resultados generales del estudio “Salud mental: imágenes y realidades”.

Mental health problems and social attitudes in the city of Seville. Main results from the study: “Mental health: images and reality”.

Marcelino López^a, Luis Fernández^b, Margarita Laviana^c, Almudena Aparicio^d, David Perdiguero^e, Ana María Rodríguez.

^aPsiquiatra y Sociólogo. Director de programas, evaluación e investigación. Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental (FAISEM). ^bPsiquiatra. Técnico del Departamento de programas, evaluación e investigación. FAISEM. ^cPsicóloga Clínica. Coordinadora de Comunidades Terapéuticas de la Unidad Clínica de Gestión de Salud Mental del Hospital “Virgen del Rocío”. SAS. ^dLicenciada en Sociología. Departamento de programas, evaluación e investigación. FAISEM. ^eEstudiante de Psicología. Departamento de programas, evaluación e investigación. FAISEM. ^fAuxiliar de Enfermería. Comunidades Terapéuticas de la Unidad Clínica de Gestión de Salud Mental del Hospital “Virgen del Rocío”. SAS.

Correspondencia: Marcelino López (marcelino.lopez@juntadeandalucia.es)

RESUMEN: Introducción: Se presentan los resultados generales del estudio “Salud Mental: imágenes y realidades”, realizado en la población general de la ciudad de Sevilla y referido tanto a la prevalencia de problemas de salud mental como a las imágenes sociales hacia los mismos. El estudio reproduce la metodología desarrollada por el Centro Colaborador de la OMS de Lille (Francia) y aplicada en un número importante de estudios locales en países de habla francesa.

Material y método: Estudio descriptivo transversal sobre una muestra de 920 personas mayores de 18 años, con dos instrumentos básicos: una entrevista diagnóstica estructurada (MINI) y un cuestionario socio-antropológico.

Resultados y conclusiones: Se obtiene una prevalencia general de salud mental del 19,4 %, con las variaciones esperables en función de los distintos problemas concretos y de las variables sociodemográficas clásicas. Y, en lo que respecta a las actitudes sociales, la población sevillana muestra perfiles similares a los de los estudios habituales sobre el tema, incorporando contenidos arcaicos derivados de la imagen tradicional de la “locura” a nociones formalmente más modernas como las de la “enfermedad mental” y la “depresión.” En conjunto, parece que el estudio puede ser una alternativa razonable para obtener información local, utilizable en el trabajo contra el estigma y la discriminación en salud mental.

PALABRAS CLAVE: Epidemiología psiquiátrica, Trastornos Mentales, Estigma, Actitudes sociales.

ABSTRACT: Introduction: The main results from the study “Mental Health in the population: images and realities” in the general population from the city of Seville are described. The present study is a replication of a previous one, performed in the last years in a number of French speaking countries by the WHO Collaborating Centre in Lille (France).

Methods: Cross-sectional descriptive study of 920 people aged more than 18 years , with two main instruments: a standardized diagnostic interview (MINI) and a socio-anthropological questionnaire.

Results and conclusions: We found a 19,4 % global prevalence of mental health problems in of the adult population, with the expected distributions of the different kinds of problems and sociodemographical variables. Social attitudes found were similar to those reflected in other studies on this topic, scoping from some archaic components derived from traditional images of “madness” to more modern notions such as “mental illness” and “depression”. We conclude that this methodology may be a useful alternative to obtain local information that could permit to fight stigma and discrimination in mental health.

KEY WORDS: Psychiatric epidemiology, mental health problems, Stigma, Social attitudes.

Recibido: 16/09/2009; aceptado con modificaciones: 04/11/2009

Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., 2010; 30 (106), 219-248.

Introducción

Hay un consenso creciente, entre quienes nos ocupamos del ámbito de la Salud Mental, con respecto al negativo papel que el complejo fenómeno social, que identificamos con el término “estigma”, juega en la vida de las personas afectadas por trastornos mentales graves (1-9). A la luz de los conocimientos acumulados al respecto, se puede incluso sostener que las personas con este tipo de trastornos tienen dos fuentes de dificultades, una derivada directamente de la enfermedad o el trastorno que padecen y la otra del estigma que les afecta, siendo paradójicamente este último aspecto el más negativo y difícil de contrarrestar (1, 3, 6-11).

Por otra parte, aunque utilizamos un único término -“estigma”- parece claro que con él hacemos referencia a un complejo conjunto de aspectos interrelacionados pero diferenciables, tanto por sus efectos como por sus posibilidades de intervención (3, 4-8, 11). Así, con esa palabra de origen griego y que hace referencia a una “marca” o “señal” que identifica a determinados grupos y personas concretas que son objeto habitualmente de un cierto “descrédito” social (12), hacemos referencia al menos a tres tipos de fenómenos (4):

a) Un conjunto de *actitudes sociales* negativas hacia el grupo y las personas que lo componen y que, con distintas intensidades y matices, podemos detectar en una parte importante de la población; actitudes que, a su vez, incorporan una triple dimensión cognitiva, afectiva y conductual o conativa que resumimos respectivamente con los términos “*estereotipo*”, “*prejuicio*” y “*discriminación*”, si bien a este último aspecto preferimos denominarlo “propensión a la discriminación”, para diferenciarlo del aspecto siguiente (3, 4, 14-17).

b) Una serie de consecuencias objetivas, directas e indirectas, que tienen también formas de anclaje institucional y determinan en conjunto distintos tipos de *discriminación* efectiva hacia dichas personas (3, 4, 7-10, 17-21).

c) Y una serie de repercusiones subjetivas que el proceso tiene sobre quienes lo padecen, repercusiones que englobamos bajo el término “*autoestigma*” y que incluyen la interiorización de las imágenes sociales negativas, una considerable disminución de su autoestima y diversas formas de “repliegue” personal frente a la discriminación (3, 4, 10, 13, 22).

Todos esos aspectos vienen siendo objeto de preocupación y por tanto de estudio durante ya varias décadas, en relación con distintos colectivos y, especialmente, con el de las personas con trastornos mentales graves (1, 3, 7, 11, 23). Si bien lo que interesa más directamente a dichas personas son los aspectos de lo que denominamos discriminación efectiva y autoestigma, el tema de las actitudes poblacionales ha sido objeto de atención preferente por suponer que las mismas constituyen el núcleo de este grave fenómeno social.

Las imágenes sociales de la enfermedad mental en la población general

Uno de los aspectos centrales en los estudios sobre actitudes es el referido a las creencias, imágenes y opiniones que distintas personas refieren sobre los miembros del colectivo, aspectos que por su carácter mayoritariamente erróneo y distorsionado englobamos bajo el término “*estereotipo*” (1-4, 7, 12, 14, 15, 17, 24-30). Como hemos señalado al inicio, este es uno de los componentes de lo que desde la Psicología Social se denominan actitudes, componente cognitivo no siempre fácil de separar del afectivo, ni a la hora de medirlo ni a la de considerar sus efectos recíprocos. De hecho, en el marco de las teorías de las actitudes, hay un debate abierto sobre la prioridad de los componentes cognitivos y afectivos en cuanto a su papel determinante sobre los conductuales y, especialmente, sobre las conductas reales que derivarían de las actitudes (1, 3, 4, 14, 16, 31-33).

Pero además de ese debate, que podemos considerar “interno” al enfoque de las actitudes, clásico ya en las ciencias sociales, hay uno más general sobre el modelo teórico desde el que es más productivo abordar el estudio de las creencias poblacionales y que afecta a cómo conceptualizar eso que hemos denominado coloquialmente “creencias” o “imágenes” (25, 27). En concreto, desde la Psicología Social se ofrecen marcos teóricos o “paradigmas” no siempre coincidentes o, al menos, compatibles, como son los relacionados con las actitudes sociales, los mecanismos de *cognición social* o las representaciones sociales (1, 14-16, 21, 27, 34-37).

En concreto, el abordaje de estas creencias e imágenes sociales puede hacerse de manera productiva desde el marco teórico de las representaciones sociales (27) y la influencia de ese modelo es clara en el estudio original que hemos reproducido en Sevilla (38-40). Modelo que incorpora elementos nuevos de interés, además de poner el acento en el carácter social de los procesos de generación (creación y refuerzo) de las creencias e imágenes sociales propias del estigma (27, 36, 37), retomando aspectos que ya estaban sin embargo en los planteamientos originales de la teoría de las actitudes sociales (35, 41). Pero que plantea también dificultades epistemológicas, al acercarse demasiado a algunas de las posiciones idealistas del llamado postmodernismo (42-44), bajo la forma de un, en nuestra opinión, más que discutible “constructivismo social” (45).

Pero además de esta primera diferencia, hay también diversidades, quizás excesivas, en cuanto a las metodologías concretas de estudio, con multiplicidad de diseños e instrumentos que hacen difícil la comparación entre momentos y contextos sociales. Y, más allá de todo esto, quedan también sin resolver de manera satisfactoria aspectos como:

a) la entidad real y las relaciones entre las creencias, las emociones y las predisposiciones para la acción,

- b) las relaciones finales entre estos tres aspectos y la conducta real,
- c) dentro de las creencias, la concordancia entre las formulaciones explícitas de las personas, sus creencias personales más o menos conscientes, en sentido estricto, y algún tipo de esquema de referencia más profundo y no siempre consciente,
- d) y, finalmente, cuál es la evolución de estos distintos aspectos y el papel que en ella juegan los cambios en los conocimientos científicos, las prácticas sociales (especialmente el desarrollo de sistemas comunitarios de atención) y distintas intervenciones concretas tanto profesionales como no profesionales.

Debates (1, 3, 27, 35, 42-44) que no solo tienen un interés académico o científico sino que presentan implicaciones prácticas, no siempre evidentes, para el diseño y desarrollo de programas de lucha contra el estigma y sus consecuencias. Pero en los que no podemos entrar aquí de manera directa y detallada. De hecho, pese a la radicalidad con la que en ocasiones se defienden unas y otras posiciones, creemos que hay un terreno común suficiente para situar las posibilidades de intervención y es a ese espacio común al que vamos a hacer referencia en el texto que sigue, sin perjuicio de volver posteriormente en la discusión a algunos de los temas controvertidos.

En el conocimiento acumulado sobre el tema parece claro (3, 4), por un lado, que los aspectos cognitivos de eso que llamamos actitudes son los más fáciles de explorar pero no siempre los más importantes a la hora de determinar conductas reales ni, especialmente, a la hora de servir de base para cambios significativos en el fenómeno del estigma. Y, por otro, que, aunque las actitudes hacen referencia a estados y procesos individuales, que se detectan y miden en personas concretas, tienen un componente social evidente, tanto en su origen como en su evolución y cambio.

En ese marco, los estudios disponibles ponen el acento en una serie de rasgos comunes (3-4, 24-30, 38-40, 46-52), al menos en las sociedades que podemos denominar “occidentales”, ya que las variables sociales y culturales juegan también un papel si bien no siempre bien conocido (3, 4, 53). En el caso de entornos sociales próximos al nuestro, la mayoría de la población atribuye a las personas con trastornos mentales graves características en gran parte erróneas, ya que, en el mejor de los casos, suponen una generalización abusiva de rasgos parciales y de carácter no siempre permanente, que afectan como mucho a una minoría del colectivo pero pretenden caracterizarlo por completo (3, 4). Así, se refieren en los estudios imputaciones de peligrosidad, extrañeza e imprevisibilidad extremas, imposibilidad de curación o mejoría importante y, por tanto, imposibilidad de desarrollar una vida normal. Además de un importante desconocimiento sobre las posibles causas de este tipo de enfermedades y sobre los servicios e intervenciones disponibles (46, 47, 50, 54).

Aspectos cognitivos que se mezclan con sentimientos negativos, entre los que predominan el miedo, la desconfianza, la sensación de diferencia y separación

(“ellos” y no “nosotros”), junto a una ocasional forma de piedad siempre distante. Y todo ello unido, cuando se exploran conductas potencialmente asociadas mediante los clásicos estudios de “distancia social” (46, 48, 49), a una predisposición a mantener la separación y, en definitiva, a distintas formas de discriminación hacia las personas con este tipo de problemas (3, 4).

Hay que considerar que, como ya hemos referido, esos aspectos tienen matices importantes en relación con algunas variables personales y sociales. Y también que, tanto el origen como la reproducción y en su caso su evolución y cambio, están sujetos a una importante complejidad de factores e interacciones, entre las que no hay que olvidar el papel de los medios de comunicación (51). Lo que, entre otras cosas, hace especialmente compleja la tarea de luchar para disminuir sus negativos efectos sobre las personas con trastornos mentales graves (3, 4).

Además, este conjunto de reacciones no es el mismo en relación con distintos tipos de problemas que, pese a ser englobados de manera simplificada bajo el término común de “enfermedades” o “trastornos mentales”, presentan diferencias importantes en términos de extensión, dificultades personales y repercusiones sociales. Pero, aunque es verdad que las actitudes varían según se refieran a problemas del tipo de las psicosis o de las neurosis y parecen evolucionar hacia un mejor conocimiento y una mayor tolerancia social hacia problemas como la depresión o la ansiedad (3, 4, 54), sigue notándose el peso de las imágenes tradicionales. Imágenes que se han ido articulando históricamente en torno al grupo minoritario de personas con trastornos mentales graves y situaciones sociales desfavorables (“la locura”) (3, 4), pero cuyo efecto negativo se nota incluso en referencia al conjunto de problemas de salud mental, incluyendo los que podemos considerar como más próximos y en todo caso de mucha mayor prevalencia poblacional (5, 9, 55).

El estudio “salud mental: imágenes y realidades”. Antecedentes y características básicas

El estudio parte del interés por conocer mejor algunos aspectos relacionados con las actitudes de la población andaluza sobre las personas con enfermedades mentales graves. Interés que, en nuestro caso, responde menos a la pretensión de ampliar el conocimiento científico que a la de mejorar nuestras estrategias de intervención frente al estigma. En concreto, se plantea como un elemento útil en si mismo para el trabajo con algunos agentes claves en esta tarea, como son los profesionales sanitarios, los del sistema educativo y los de los medios de comunicación (51).

Como antecedente del proyecto hay sin embargo que hacer referencia a que, ya en el marco de la primera fase de la Reforma Psiquiátrica, el Instituto Andaluz de Salud Mental (IASAM) desarrolló dos estudios de interés sobre el tema,

integrados en las actividades previas al proceso de transformación de servicios y prácticas profesionales que dicho organismo realizó en su corta existencia (1985 y 1990) (56, 57). En concreto, se trata, por un lado, de un estudio sobre actitudes de la población andaluza (58), en línea con otros realizados en el mismo periodo en otras Comunidades Autónomas (59-61), en nuestro caso con una muestra de 1.500 personas de la población general y 500 de profesionales sanitarios, generales y especializados en Salud Mental (58). Y, por otro, de un estudio sobre el tratamiento de informaciones relacionadas con la enfermedad mental en los medios de comunicación escrita de mayor difusión en la Comunidad Autónoma (62).

En ese contexto nos pareció útil el proyecto que, desde hace ya varios años, viene desarrollando el Centro Colaborador de la OMS de Lille, bajo el nombre genérico de “La Salud mental en la población general: imágenes y realidades” (38-40). El proyecto, que se ha replicado con idéntico diseño en distintas localidades de Francia y distintos países del mundo de habla francesa, incluye a este respecto tres aspectos de interés (63):

a) Una encuesta “socio-antropológica”, orientada por el modelo de las Representaciones Sociales, que intenta describir los contenidos asociados a algunos términos relacionados con la enfermedad mental (“locura”, “enfermedad”, “depresión”) en áreas o dimensiones significativas.

b) Una encuesta de prevalencia, asociada a la anterior, que trata de medir la proporción de personas que presentan distintos tipos de problemas de salud mental.

c) Y un procedimiento de “movilización social” que, desde la recogida a la difusión de la información, pretende incidir en un cambio positivo de las visiones sociales de la enfermedad mental así como crear una red de apoyo al trabajo comunitario. Procedimiento que se realiza a nivel local, desde los servicios territoriales de salud mental, dirigiéndose preferentemente a autoridades locales y profesionales de los medios de comunicación (38-40, 64).

Como veremos posteriormente, en conjunto, el proyecto se basa en una opción metodológica con aspectos tanto positivos como negativos, cuyo balance es necesario tener en cuenta. Así, por empezar por los aspectos más problemáticos (sobre los que volveremos en el apartado de discusión), presenta dos puntos débiles. Uno es el uso de un procedimiento de muestreo no aleatorio sino basado en cuotas, es decir en la construcción de una muestra similar a la población en relación con algunas variables sociodemográficas básicas, procedimiento que no permite asignar con precisión estadística márgenes de error a las estimaciones poblacionales (65). Y el otro, de menor entidad pero también a tener en cuenta, son los instrumentos ya que el primero de ellos es uno más entre los múltiples existentes, aunque no cuenta con datos publicados de validez y fiabilidad, y el segundo (MINI, derivado del CIDI (66, 67)) es quizás demasiado simple para los estándares habi-

tuales de investigación epidemiológica en población general (68-70), aunque con la ventaja de su mayor facilidad de aplicación.

Tiene sin embargo dos aspectos positivos que sirven de contrapeso a estas debilidades. Uno es el de la facilidad del proceso que ambas opciones metodológicas (muestreo por cuotas e instrumentos manejables) condicionan y que permite su replicación en distintos niveles locales, por parte de equipos no especializados en la investigación epidemiológica. Y el otro, también derivado de este, es la ya referida existencia de un considerable volumen de datos, con más de 60.000 personas entrevistadas, procedentes de distintos lugares de habla francesa en Europa, América, Asia y África (63). Base de datos que puede permitir comparaciones interculturales de interés.

En nuestro caso hemos utilizado básicamente los dos primeros aspectos, ya que, como veremos a continuación, la organización y desarrollo del estudio se realizó de manera diferente, con participación de la estructura regional de FAISEM y no de los servicios locales de salud mental y sin “movilización social” previa. La recogida de información se realizó en la ciudad de Sevilla entre finales del 2006 y principios del 2007 y en este primer artículo se describen los datos generales obtenidos en las dos áreas exploradas (prevalencia de problemas y actitudes). Posteriormente, y ya solo en relación con las “imágenes sociales”, intentaremos presentar distintos análisis más específicos, incluyendo correlaciones entre distintas variables, así como, finalmente, datos comparativos con los distintos países de habla francesa.

Material y Métodos

Como acabamos de exponer, el estudio realizado en Sevilla se basa en un diseño más general del Equipo de Lille (71), enmarcado en un proyecto transnacional, por lo que un objetivo general del mismo era comprobar sus posibilidades de aplicación en contextos de habla hispana. Por ello se mantuvo el diseño metodológico inicial, cuya relativa facilidad de aplicación contrapesa la pérdida de una mayor potencia epidemiológica del estudio.

Objetivos

Además de ese objetivo general, en sentido estricto, el estudio pretendía cubrir tres objetivos más concretos, los dos primeros en el terreno del conocimiento y el tercero en el de la intervención práctica contra el estigma asociado a personas con trastornos mentales graves:

1. Estimar la prevalencia de grandes grupos de problemas de salud mental en la población general de la ciudad de Sevilla.
2. Estimar el grado de conocimiento y las “imágenes mentales” que dicha población asocia a distintas categorías de personas con enfermedades mentales graves.
3. Utilizar esa información para trabajar con agentes sociales clave, de cara a modificar las actitudes sociales negativas de la población hacia dichas personas.

Diseño y metodología

Los dos primeros objetivos, cuyos resultados se describen en el presente artículo, se cubrieron mediante entrevistas directas a una muestra de la población general de la ciudad de Sevilla, y el segundo se puede decir que empieza ahora, con la presentación de sus resultados, dirigida preferentemente tanto a la población general como a profesionales sanitarios, educativos y de los medios de comunicación.

En relación, por tanto, con la encuesta hay que hacer referencia a los siguientes aspectos que permiten caracterizarla:

Tipo de estudio: observacional transversal en población general de 18 años o más.

Muestra: 900 personas (aunque en la práctica se entrevistaron 920), por el método de cuotas, teniendo en cuenta edad, sexo, nivel educativo y profesión. Es decir que se obtiene la información de un grupo de personas que se ajustan, en dichas variables, a idénticas proporciones que la población general de la ciudad de Sevilla, pero sin hacer intervenir un procedimiento aleatorio.

Instrumentos: los ya referidos en relación con el estudio original (38, 40, 71), además de dos de carácter complementario, es decir en conjunto 4, con un tiempo total de aplicación estimado en 60-75 minutos:

a. Un cuestionario socio antropológico, elaborado por el grupo de Lille, que mide la asociación de determinadas dimensiones, clásicas en los estudios de actitudes poblacionales hacia personas con trastornos mentales, a tres tipos de categorías relacionadas (“locura”, “enfermedad mental”, “depresión”) (71). Requiere 25-30 minutos para su aplicación.

b. Una entrevista diagnóstica estructurada, el MINI (66), traducida del original inglés y que puede ser manejada por personal entrenado sin experiencia profesional específica de salud mental, aunque con una supervisión especializada, sobre todo para algunos casos de diagnóstico especialmente dificultoso (Psicosis). Requiere a su vez 20-25 minutos.

c. Una hoja complementaria para recoger información sobre acceso a servicios en las personas identificadas como teniendo algún problema de salud mental.

d. Un cuestionario sociodemográfico.

ORIGINALES Y REVISIONES

Procedimiento: en primer lugar y en relación con los instrumentos se realizó su traducción y retraducción desde las versiones francesas, utilizando en alguno de ellos material ya traducido por los servicios de Salud Mental de Asturias que, paralelamente, se implicaron también en el proyecto.

A continuación dos miembros del equipo investigador recibieron entrenamiento específico en Marsella, encargándose posteriormente de la formación del personal encuestador. Este se seleccionó desde las Escuelas de Enfermería de Sevilla, añadiéndose finalmente personal de FAISEM que había participado previamente en otros estudios. Tras el entrenamiento inicial, cada encuestador o encuestadora recibió un encargo específico de personas a entrevistar para completar las cuotas diseñadas, supervisándose individualmente los cuestionarios una vez finalizados.

Análisis estadístico: para poder integrar los datos con los del proyecto general (incluyendo su Base de datos global) y facilitar así las comparaciones internacionales, se utilizó el programa EPIINFO (versión 6.04 d, de 2001), empleado en los distintos estudios locales realizados por el grupo de Lille. En el presente artículo utilizamos solamente estadísticas descriptivas para los resultados obtenidos de los distintos instrumentos.

Resultados

En el estudio se entrevistaron finalmente un total de 920 personas que reunían los criterios fijados por el procedimiento establecido, obteniéndose una muestra que, como puede verse en la Tabla 1, básicamente refleja la composición sociodemográfica de la población sevillana adulta (de 18 o más años de edad).

La Tabla muestra en efecto que las diferencias son mínimas, salvo en 3 grupos profesionales. En dos de ellos parece que las diferencias pueden reflejar confusiones menores en la asignación de determinadas profesiones a “cuadros superiores” y “cuadros medios” (la suma global de ambos es similar en la muestra y en la población general), aunque hay más dudas en el caso del exceso de “agricultores” que, sin embargo, suponen únicamente 16 personas entrevistadas, por lo que su repercusión en el conjunto es mínima.

La prevalencia de problemas de salud mental en la muestra

En primer lugar y en relación con este primer objetivo del estudio, las Tablas 2, 3 y 4 muestran los resultados obtenidos en la encuesta a partir de las respuestas al MINI, con los datos globales en la primera de ellas y con su distribución según algunas variables sociodemográficas las otras dos. Hay que tener en cuenta, a la

hora de interpretar los datos, la peculiar manera en que este instrumento los ordena, calculando prevalencias que difieren en sus periodos de referencia para distintos tipos de problemas (66), lo que hace especialmente difícil establecer un cuadro general de la patología detectada y, por tanto, compararlas con estudios realizados con instrumentos diferentes (39).

En la primera de dichas Tablas, la n° 2, podemos ver que la cifra global de personas que reúnen criterios de al menos un problema de salud mental suponen, en sentido estricto, el 19,4 % del total de la muestra (excluyendo aquellas personas que presentan síntomas de insomnio o riesgo de suicidio sin reunir los criterios diagnósticos de algún trastorno o enfermedad mental definida). Cifra que se nutre fundamentalmente, como era de esperar a partir de la información epidemiológica disponible (5, 9, 68, 73-76), de cuadros de ansiedad y depresión. Cuadros entre los que se da un porcentaje importante de comorbilidad, como puede verse comparando las cifras totales y las sumas de los distintos subgrupos.

Hay un número mucho menor de personas con trastornos de tipo psicótico y también un número relativamente bajo de personas con trastornos derivados del consumo de sustancias que crean dependencia, datos que contrastan especialmente en lo referido al alcohol, con las estimaciones razonables derivadas del consumo (72), si bien no difieren tampoco de los resultados obtenidos en otros estudios epidemiológicos en población general (68, 73-76). Y, finalmente hay un número relativamente importante de personas con riesgo de suicidio, si bien en la mayoría de los casos no elevado, así como con síntomas de insomnio.

En conjunto son datos que parecen corresponderse con los obtenidos en estudios de diseño y metodología más sofisticada, tanto en nuestro país como en otras sociedades más o menos similares a la nuestra (5, 9, 68, 73-76), poniendo de relieve una vez más la importancia de los problemas de salud mental en la población adulta.

Los datos que hemos obtenido en relación con las clásicas variables socio-demográficas indican también aspectos de interés. Así, la Tabla 3 permite ver, por ejemplo, la mayor prevalencia en las mujeres, especialmente derivada de la de trastornos depresivos y de ansiedad, las escasas diferencias por tramos de edad, dentro de la edad adulta, o la mayor prevalencia de la mayoría de los problemas en personas separadas y viudas.

Y también, como resume la Tabla 4, la asociación de muchos trastornos a menores niveles educativos y de ingresos familiares, así como a una situación laboral no activa. Aspectos que habría que matizar más en relación con distintos tipos de problemas, si bien ese análisis desborda las intenciones de este primer artículo, limitado a los datos de carácter más general.

En conjunto y como luego comentaremos, tanto la información sobre prevalencia como sus variaciones en función de variables sociodemográficas parece corresponderse también, en sus líneas generales, con la obtenida en otros estudios,

a pesar de las diferencias ya señaladas en la metodología general y el instrumento utilizado en este estudio (68, 73-76).

Y lo mismo sucede cuando combinamos esta información con la procedente de la Hoja complementaria, que interroga sobre las repercusiones de los problemas y el recurso a distintos sistemas de atención, aspectos cuya información se resume en sus aspectos más generales en las Tablas 5 y 6.

Como puede verse en la primera de ellas (Tabla 5), casi un 60 % de las personas con algún tipo de problema manifiestan que lo padecen o han padecido durante más de un año, a la vez que muestran sus importantes repercusiones en el ámbito laboral, en su vida cotidiana y en sus relaciones interpersonales. Así, prácticamente en la mitad de los casos dichos problemas han afectado a su relaciones interpersonales y a su actividad laboral, en este caso referidos lógicamente a aquellas que la tenían en el momento de padecerlos (casi un 70 % del total). Y en mayor proporción, casi un 70 %, manifiestan que los problemas han repercutido negativamente en su vida cotidiana.

Por su parte, la Tabla 6 pone de manifiesto que menos de la mitad de las personas de la muestra que presentaban algún tipo de problema de salud mental acudió por ese motivo a algún profesional sanitario, siendo en la mitad de tales casos los profesionales no especializados la fuente de ayuda buscada, proporción muy superior a la ayuda especializada de salud mental (Psiquiatría o Psicología Clínica). Además, solo un porcentaje muy bajo de dichas personas fue hospitalizado por este tipo de problemas.

Por otro lado, el tratamiento más habitual es la medicación, si bien hay un número significativo de personas que refieren alguna intervención psicoterapéutica. Más elevada es la cifra de personas que mencionan haber recibido algún tipo de ayuda o apoyo informal.

Aspectos que, de nuevo, encajan en el marco general de la investigación epidemiológica en salud mental (5, 9, 55, 68, 74, 75, 79).

Actitudes e imágenes sociales hacia la “locura”, la “enfermedad mental” y la “depresión”

En relación ya con el segundo objetivo del estudio, presentamos a continuación los resultados más relevantes obtenidos de la aplicación del cuestionario socio-antropológico. Para resumir la información obtenida hemos recurrido a elaborar, en los Gráficos 1-4, unos diagramas que recogen el porcentaje de respuestas que consideran determinadas afirmaciones o características como adscribibles a las categorías de “loco o loca”, “enfermo o enferma mental”, “depresivo o depresiva” o, en el caso de las preguntas del Gráfico 1, a ninguna de las tres. Aunque el cues-

cionario facilita mucha más información, este resumen permite tener una visión de conjunto de los significados comúnmente asociados a esas categorías relacionadas con problemas de salud mental.

En concreto el Gráfico 1 refleja comportamientos que incorporan dimensiones de violencia, extrañeza y posibles sintomatologías psíquicas y que los sujetos deben atribuir a esas tres categorías generales. Y, a su vez, el porcentaje de respuestas que consideran que dichas afirmaciones o características corresponden a comportamientos “normales” o “anormales” y “peligrosos” o “no peligrosos”.

Los perfiles de las respuestas permiten ver las diferencias entre dichas categorías y en que medida la consideración de la locura y la enfermedad mental se diferencian relativamente poco, incluyendo aspectos que se relacionan con la anormalidad y la peligrosidad en la mayoría de los casos. Y como la depresión tiene características diferentes para una mayoría de las personas entrevistadas, asociándose a comportamientos que, salvo en el intento de suicidio, pueden ser considerados no normales pero en ningún caso peligrosos.

Así, resulta especialmente significativo que más del 25% de las personas entrevistadas consideran rasgos definitorios de “la locura” 6 de los 7 items relacionados con la violencia (todos menos el intentar suicidarse), porcentajes solo igualados por los relativos a comportamientos extraños y a la sintomatología más clásica (delirios y alucinaciones). Resultados que no son muy distintos en el caso de “la enfermedad mental”, si bien disminuye aquí ligeramente el porcentaje relativo a actos violentos, subiendo los correspondientes al suicidio (el 30,9% frente a solo el 17% que lo atribuyen a la locura) y a la violencia hacía si mismo (47,2% frente a 31%), pero disminuyendo los relacionados con cometer un asesinato (18% frente a 38,2%), una violación (26,6% frente a 37,6%) o, en menor medida, un incesto (27,1% frente a 32,6%). Baja también el porcentaje de respuestas que relacionan la “enfermedad mental” con comportamientos extraños y aumenta, por el contrario, el de las que parecen referirse a síntomas o enfermedades específicas (delirios y alucinaciones, deficiencia y crisis o convulsiones).

Y, por el contrario, las respuestas mayoritarias que caracterizan la imagen de “la depresión” se alejan claramente de estos perfiles, así como de las asignaciones de peligrosidad. Hay que destacar también, en sentido positivo, que hay un número importante de personas que considera que muchos comportamientos violentos o extraños así como los relacionados con el consumo de sustancias, no tienen porqué adscribirse automáticamente a esas tres imágenes básicas explorados en la encuesta.

El Gráfico 2 agrupa afirmaciones relativas al grado de conocimiento y responsabilidad, así como capacidad de curación y de acogida familiar de esas tres categorías “profanas” relacionadas con problemas de salud mental. Aquí predominan nuevamente las atribuciones tradicionales, en este caso de falta de responsabilidad y autoconciencia e imposibilidad de curación, pero también el conocimiento de la

discriminación. Y se registran también algunas diferencias significativas en cuanto a una mayor responsabilidad, menor exclusión y mayor aceptabilidad y posibilidad de tratamiento de las personas con depresión.

No deja de llamar la atención, sin embargo, que incluso en el caso de la depresión, la mayoría de las personas entrevistadas consideran que las afectadas por este tipo de problemas deberían ser tratadas incluso en contra de su voluntad (el 81% en el caso de un loco o una loca, el 83,2 % en el de un o una enferma mental y el 72,6 % en el caso de una depresiva o un depresivo). También hay que señalar que, pese a considerarlo una carga importante, hay una afirmación de aceptación personal y familiar de las personas afectadas, mayor en el caso de personas con depresión. Afirmación sin duda positiva, aunque quepa la sospecha del efecto de la llamada “corrección política” en ese tipo de respuestas (3).

La información se completa en el Gráfico 3 con las características que permiten reconocer a alguien como incluido en dichas categorías, así como con las posibles causas de las mismas. Y en el Gráfico 4 con las intervenciones y profesionales que se consideran útiles en cada una de ellas.

Como puede verse (Gráfico 3), sigue habiendo muchas semejanzas entre las imágenes de la locura y la enfermedad mental, presentándose más diferencias, aunque a veces sean sólo relativas, en lo que respecta a la de la depresión, tanto en el mayor porcentaje de atribución a causas relacionales y no físicas (38,8 % en las primeras frente a solo el 9,9% en las últimas), como en la apreciación de mayores posibilidades de intervención no farmacológica ni profesional.

Pero llama la atención también, en relación con las posibles causas, la inversión del peso atribuido al “origen físico” y a los “acontecimientos vitales” entre la locura y la enfermedad mental, caracterizándose esta última por un supuesto origen físico en más del doble de las respuestas (52,4% frente al 22,6% en el caso de la locura).

Merece la pena destacar finalmente, ya en el Gráfico 4, que pese a las diferencias ya referidas, en todos los casos (locura, enfermedad mental y depresión) se considera necesaria la intervención de un o una profesional de la psiquiatría en mucha mayor proporción que alguno o alguna de la salud general.

Discusión y Conclusiones

Como explicábamos en la presentación, el estudio, cuyos principales resultados acabamos de resumir, pretendía reproducir en la ciudad de Sevilla un proyecto de investigación que cuenta ya con una larga historia de realizaciones en diferentes lugares y países de habla francesa. En concreto el Centro Colaborador de la OMS en Salud Mental de la zona metropolitana de Lille lleva varios años replicándolo

con el mismo diseño y abarcando ya más de 60.000 personas en Francia y otros países de habla francesa de diferentes continentes (63). Países a los que hay que añadir recientemente estudios similares en Grecia, Italia y ahora España (Andalucía y Asturias). Han reunido así una información, basada en criterios comunes, de gran envergadura e interés.

Esa extensión y las posibilidades de comparación intercultural que establece explican el interés del proyecto y consideramos que justifican nuestra opción de replicarlo, a pesar de algunas debilidades metodológicas del estudio y las limitaciones que las mismas introducen en la valoración de los resultados obtenidos.

En efecto, como explicamos también en la introducción, el diseño metodológico del estudio buscaba facilitar su desarrollo por parte de equipos locales de salud mental, en un proceso de “investigación-acción” que les permitiese movilizar iniciativas locales contra el estigma, combinando informaciones sobre “la realidad” de los problemas de salud mental en la población y sobre las “imágenes sociales” hacia la misma⁷¹. El precio a pagar por esa facilidad son las limitaciones metodológicas que, como ya hemos referido tienen que ver básicamente con dos aspectos: el procedimiento de muestreo y el instrumento de recogida de información sobre prevalencia.

De hecho y en relación con el primer aspecto, el muestreo por cuotas tiene una utilidad limitada en los estudios epidemiológicos. Utilizado en estudios de mercado por su facilidad y menores pretensiones de precisión, no permite, a diferencia de los procedimientos “estándar” basados en la aleatoriedad, establecer con precisión estadística las estimaciones de las medidas poblacionales (sus márgenes de error), no asegurando por ello la representatividad poblacional de los resultados obtenidos en la muestra en la misma medida en que lo hacen los procedimientos probabilísticos (65).

Y, en referencia al segundo, el MINI, versión resumida del CIDI (66, 67), tiene también una menor validez para establecer diagnósticos que otros instrumentos más complejos (70), suministrando además una información algo complicada (menos homogénea) en términos de medidas de prevalencia (66). Tiene, eso sí, la ventaja de su fácil aplicación, lo que lo convierte en una opción razonable para estudios locales de objetivos no estrictamente epidemiológicos (71).

Pese a estas limitaciones, en relación en primer lugar con la prevalencia de problemas de salud mental en la población urbana de Sevilla y tal y como ya comentamos, los resultados obtenidos parecen concordantes, en sus líneas generales, con los obtenidos en otros estudios de mayor rigor metodológico y potencia estimativa (68, 73-75), al menos en lo referido a sus cifras más generales, a las relativas a los problemas de mayor prevalencia poblacional en esta franja de edad (tanto en sus cifras respectivas como en sus perfiles comparativos) y a las variaciones entre grupos definidos por las variables sociodemográficas clásicas. Resultados con

pautas concordantes también con los obtenidos en Francia (39, 40), con variaciones que no resultan demasiado disonantes en sus perfiles generales con respecto a las obtenidas con otros instrumentos (39).

Como puede verse sin embargo en la Tabla 7, en nuestro caso, tanto las cifras globales de prevalencia, como las relativas a trastornos depresivos y ansiosos son superiores a las obtenidas en nuestro país con el CIDI en el estudio ESEMeD (73, 76, 77), si bien estas últimas son bajas, tanto en relación a los resultados del mismo estudio en otros países (73, 74), como a los obtenidos en el nuestro en anteriores investigaciones realizadas con otros diseños y diferentes instrumentos (con cifras que van desde el 8,1 al 21,7 % en hombres y del 18,7 al 36,1% en mujeres) (80). Pero algo similar sucede en el caso de Francia, en el que los datos agregados obtenidos en el estudio, en este caso con un número de sujetos muy superior, son también significativamente más altos que los obtenidos de la muestra francesa del estudio ESEMeD (39, 73).

Diferencias que es difícil saber en que medida responden a variaciones en la capacidad de medida del instrumento utilizado (diferentes “puntos de corte” y combinaciones de sensibilidad y especificidad del MINI, el CIDI y otros instrumentos diagnósticos de uso epidemiológico), a los distintos periodos de prevalencia utilizados en las medidas (de hecho las cifras del estudio, tanto en Sevilla como en el conjunto de la muestra de Francia metropolitana, se sitúan entre las estimaciones de prevalencia anual y de prevalencia vida del estudio ESEMeD) o, en nuestro caso, a diferencias específicas de la población urbana de Sevilla.

Y, a su vez, nuestras cifras son inferiores a las francesas, repitiendo en un nivel más bajo, la pauta reflejada en relación a dicho estudio europeo (73), si bien las diferencias metodológicas entre ambos tipos de estudio hacen un tanto arriesgadas las comparaciones estrictas (39). Parece con todo que la información obtenida entra dentro de lo razonable, con las excepciones por otro lado lógicas de los trastornos psicóticos (su escasa prevalencia poblacional hace poco precisa la cifra encontrada en una muestra de 900 personas) y los debidos al consumo de sustancias (con la sospecha de una tendencia a no declararse en entrevistas de este tipo).

Lo mismo sucede con los datos referidos tanto a las repercusiones en la vida cotidiana y ámbitos relacionales y laborales como al recurso a procedimientos y profesionales sanitarios, básicamente concordantes con datos internacionales (55, 74, 75, 77-79) y, en el caso de estos últimos datos, acomodándose al ya clásico modelo de Golberg y Huxley (81), a punto de cumplir ya casi 30 años pero todavía útil.

No era sin embargo este el interés principal del estudio, más allá de mostrar una vez más la magnitud de los problemas de salud mental, que parecen afectar también en el caso de Sevilla, al 20 % (en este caso “uno de cada cinco”) de la población. De hecho, nuestro interés se centra fundamentalmente en la exploración

de las imágenes sociales hacia la enfermedad mental que permite la encuesta socio-antropológica diseñada por el grupo francés (38, 40, 71).

A este respecto, el instrumento es uno más entre la multitud de los existentes (82), teniendo en este caso el interés de la comparabilidad internacional que permite la base de datos del Centro de Lille. En él se exploran básicamente los contenidos cognitivos relacionados con tres conceptos o figuras profanas que hacen referencia a problemas de salud mental, figuras que aunque varían en su significado estricto (en su sentido, en su referencia o en ambos (83)), resumen también algunos aspectos básicos de carácter evolutivo, desde la imagen más tradicional (“la locura”) a una formulación más moderna y ligada al conocimiento y la práctica sanitaria (“la enfermedad mental”) y, finalmente, a un aspecto más parcial de esta última que ha ido ganando peso en nuestros entornos (“la depresión”), tanto por representar uno de los problemas de mayor prevalencia, cuanto por su mejor tolerancia social (3, 48, 54).

En conjunto, las respuestas mayoritarias de las personas entrevistadas y, por tanto, razonablemente también las del conjunto de la población sevillana adulta, adscriben a las personas que consideran “locas” o “enfermas mentales” los rasgos invariables del estereotipo tradicional: violencia, incomprendibilidad, falta de responsabilidad sobre sus actos, incurabilidad y en definitiva peligrosidad. Respuestas con matices menores entre esas dos primeras categorías, pero con mayores diferencias hacia aquellas que se etiquetan de “depresivas”, menos proclives en su opinión a la violencia, más cercanas y fáciles de curar y en definitiva menos peligrosas. Aunque muchos aspectos del estereotipo tradicional siguen pesando incluso en las imágenes relativas a la depresión, como ejemplifica la supuesta conveniencia de tratarlas aun cuando ellas no quieran.

Resultados que en conjunto no difieren de manera significativa del núcleo fundamental del conocimiento acumulado al respecto en distintos estudios en países de nuestro entorno (3, 4, 24-30, 38, 39, 46-52, 54, 84-86).

Pero, más allá de las descripciones formales de los perfiles de esas tres entidades o imágenes profanas, los datos del estudio permiten también establecer algunas hipótesis sobre la evolución de esas imágenes sociales hacia la enfermedad mental. Así, da la impresión de que la visión tradicional de la locura sigue estando detrás de las imágenes sociales y, en general, de lo que podemos considerar componentes cognitivos de las actitudes hacia las personas con problemas de salud mental, con ligeros cambios de matiz cuando comparamos “locura” y “enfermedad mental”, y con alguna diferencia mayor con respecto a la “depresión”. Parecería que la noción, más moderna, de “enfermedad mental” incorpora componentes médico-biológicos, pero sigue arrastrando los contenidos clásicos de violencia, falta de control, imposibilidad de curación y peligrosidad, tradicionalmente ligados a la “locura”. Y que incluso la noción de “depresión” incorpora muchos de esos contenidos, aunque

abre la vía a una percepción distinta, más próxima a lo que puede sucedernos a cada uno de nosotros. Pero, en conjunto, el peso de las imágenes tradicionales se mantiene pese a los nuevos términos y explicaciones sanitarias, poniendo de relieve una vez más la complejidad del tema y el peso de factores no estrictamente cognitivos en su mantenimiento, reproducción y resistencia al cambio (1, 3, 4, 14-16, 31-36, 47, 83-86).

Hay muchos más aspectos que deberemos analizar posteriormente, en relación con las variaciones y matices que introducen las variables sociales clásicas, pero estos perfiles globales se mantienen básicamente definiendo gran parte del trasfondo que regula la relación de sectores mayoritarios de nuestras sociedades con las personas con problemas de salud mental. Aspectos que básicamente no difieren, en el caso de Sevilla, de los encontrados en otros países y territorios de nuestro entorno, si bien las variaciones son considerablemente mayores cuando comparamos la información con poblaciones de otros contextos culturales, como intentaremos mostrar en un artículo posterior.

Como conclusión cabe por tanto decir que, por un lado, el procedimiento del estudio, diseñado por el grupo de Lille, muestra su factibilidad y adecuación, especialmente en contextos de servicios locales que no pueden manejar los procedimientos de investigación epidemiológica más sofisticados y costosos (76), incluyendo dos tipos de informaciones útiles para su trabajo en general y para la lucha contra el estigma en particular.

Y, por otro, que, en ese sentido, los resultados del estudio refuerzan dos ideas básicas en este campo. La primera es la importancia de los problemas de salud mental en la población general, que se ve afectada en un porcentaje considerable (alrededor del 20 % de la población) por algún tipo de ellos.

Y la segunda, la paradójica persistencia de un conjunto de ideas y sentimientos tradicionales, básicamente erróneos y ligados a prácticas arcaicas de manejo social de estos problemas. Ideas y sentimientos -"imágenes"- que siguen siendo el núcleo de las barreras sociales que dificultan una correcta atención y el ejercicio de derechos ciudadanos básicos a muchas de las personas afectadas, especialmente a aquellas que padecen trastornos mentales graves (3, 4, 87).

Como muestra también nuestro estudio, este grupo de personas es claramente minoritario en el conjunto de aquellas que padecen algún tipo de trastorno o enfermedad mental, pero son ellas, sin embargo las que siguen siendo el referente básico del estigma. Y aunque, como es sabido (3, 4), este les afecta especialmente, no deja sin embargo de extender sus negativos efectos al conjunto, incluyendo repercusiones sobre los propios sistemas de atención e incluso, más allá de ellos, sobre la calidad global de nuestras sociedades y sistemas de convivencia (3, 5, 9, 88).

Tabla 1

Comparación entre la población estudiada (920 personas) y la población de Sevilla (552.407 con 18 años o más)

		MUESTRA %	POBLACIÓN %
EDAD	18-29	25,65	25,41
	30-39	19,13	19,87
	40-49	16,20	16,31
	50-64	20,11	19,91
	65 y +	18,91	18,51
SEXO	M	53,37	53,14
	H	46,63	46,86
ESTADO CIVIL	Soltero	31,87	34,92
	Casado, pareja hecho, unión libre	52,79	53,33
	Separado, Divorciado	5,70	3,66
	Viudo	9,64	8,09
NIVEL ESTUDIOS	Analfabeto	2,50	2,63
	Sin estudios	11,96	11,75
	1er grado	20,22	18,97
	2º grado	44,89	47,38
	3er grado	16,20	19,27
	Desconocido	4,24	
TIENE EMPLEO	Si	42,72	42,90
	No	57,28	57,10
SITUACIÓN	Agricultor	1,73	0,32
LABORAL	Artesano, comerciante, director...	7,80	7,82
	Superior, profesión intelectual	2,93	8,40
	Profesión nivel medio	12,68	6,07
	Empleado, contrato prácticas ...	12,13	12,28
	Obrero	7,26	7,61
	Jubilados	20,15	19,79
	Parados	11,38	12,24
	Estudiantes	9,53	8,76
	Ama de casa	14,41	15,34
	Otro	0,00	1,37

ORIGINALES Y REVISIONES

Tabla 2
Prevalencia de distintos problemas de salud mental según el MINI.

Problemas de salud mental detectados	Número de casos	Porcentaje
Trastornos del humor	84	9,1
Episodio depresivo (2 semanas)	71	7,7
Recurrente (vida)	37	4,0
Distimia (2 años)	12	1,3
Episodio Maníaco (vida)	7	0,8
Trastornos de ansiedad	117	12,7
Ansiedad generalizada (6 meses)	63	6,9
Fobia social (actual)	20	2,2
Trastorno de pánico (actual)	26	2,8
Agarofobia (actual)	15	1,6
Agarofobia + trastorno de pánico (actual)	2	0,2
Estado de estrés postraumático (actual)	2	0,2
Trastornos psicóticos (vida)	5	0,5
Síndrome psicótico recurrente actual	2	0,2
Síndrome psicótico recurrente pasado	1	0,1
Síndrome psicótico aislado actual		
Síndrome psicótico aislado pasado	2	0,2
Consumo de sustancias	27	3,0
Abuso de alcohol	9	1,0
Dependencia al alcohol	11	1,2
Abuso de drogas	3	0,3
Dependencia drogas	4	0,4
Riesgo de suicidio	48	5,2
Ligero	35	3,8
Medio	11	1,2
Elevado	2	0,2
Insomnio	61	6,6
Al menos un problema de salud mental	226 ¹	24,6 ¹
*Excluyendo “riesgo de suicidio” e “insomnio”	179¹	19,4¹

¹ La cifra es inferior a la suma de las de cada apartado por la coexistencia de más de un tipo de problema en una fracción importante de las personas estudiadas.

Tabla 3

Prevalencia de distintos problemas de salud mental en relación con sexo, edad y estado civil, según el MINI.

Tipos de problemas de salud mental detectados	Sexo (n: 919)		Edad (n: 919)			E. Civil (n: 912)		
	Homb. (429)	Muj. (490)	18-39 (412)	40-59 (272)	> 60 (235)	Solt. (291)	Casad. (481)	Sep. Viud. (140)
Trastornos del humor	6,5	11,4	7,0	9,2	12,8	7,6	7,9	16,4
Trastornos de ansiedad	10,3	14,9	13,3	12,9	11,5	12,4	12,3	15,0
Trastornos psicóticos	0,7	0,4	0,0	0,0	1,8	0,7	0,4	0,1
Consumo de sustancias	4,6	1,4	3,9	2,6	1,7	3,4	2,5	0,1
Riesgo de suicidio	5,4	5,1	4,4	5,1	6,8	4,1	4,8	9,3
Insomnio	4,7	8,4	5,8	7,7	6,8	6,5	6,9	6,4
Al menos un trastorno¹	21,4	27,3	24,3	23,2	26,8	24,1	22,9	32,1

¹ Las cifras es inferior a la suma de las de cada apartado por la coexistencia de más de un tipo de problema en una fracción importante de las personas estudiadas.

Tabla 4

Prevalencia de distintos problemas de salud mental en relación con la situación laboral y los niveles educativos y de ingresos, según el MINI.

Tipos de problemas de salud mental detectados	Nivel educativo (n: 919)			Ingresos familiares (€) (n: 670)			Situación laboral (n: 919)	
	Sin Est. (132)	Est. Prim. (599)	Est. Sec. y Un. (188)	< 800 (99)	800-2.500 (486)	> 2.500 (85)	Emp. (393)	No emp. (526)
Trastornos del humor	15,9	8,5	6,4	10,1	9,0	4,7	5,6	11,8
Trastornos de ansiedad	13,6	12,5	12,8	14,1	12,3	9,4	11,7	13,5
Trastornos psicóticos	0,0	0,5	1,0	2,0	0,0	2,3	0,5	0,6
Consumo de sustancias	3,8	2,3	4,2	3,0	3,3	1,2	3,5	2,5
Riesgo de suicidio	10,6	4,0	5,3	6,1	4,9	2,3	5,1	5,3
Insomnio	10,6	5,8	6,4	6,1	7,6	3,5	5,6	7,4
Al menos un trastorno¹	32,6	22,3	26,1	25,2	24,7	16,5	22,4	26,2

¹ Las cifras son inferiores a la suma de las de cada apartado por la coexistencia de más de un tipo de problema en una fracción importante de las personas estudiadas.

ORIGINALES Y REVISIONES

Tabla 5
Duración y repercusiones funcionales de los problemas detectados por el MINI

Tipos de problemas de salud mental	Duración			Repercusiones			
	< 6 meses	6 meses-1 año	< 1 año	Alter. Labor. ¹	Baja Labor. ¹	Alter. vida	Alter. relación
Trastornos del humor							
Episodio depresivo	16,7	31,7	51,7	45,0	14,8	75,4	59,7
Recurrente	6,3	34,4	59,4	50,5	16,7	87,5	66,7
Distimia	8,3	16,7	83,4	100	100	100	75,0
Episodio Maniaco	16,7	16,7	66,7	33,3	33,3	85,7	100
Trastornos de ansiedad							
Ansiedad generalizada	18,2	30,9	50,9	48,8	12,5	67,2	48,3
Fobia social	15,0	15,0	70,0	57,1	25,0	63,2	60,0
Trastorno de pánico	21,7	13,0	65,2	42,9	10,0	58,3	37,5
Agarofobia	14,3	14,3	71,4	20,0	20,0	85,7	66,7
Trastornos psicóticos	33,3	33,3	33,3	50,0	50,0	100	100
Consumo de sustancias							
Alcohol	16,7	22,2	61,1	37,5	8,3	31,6	47,4
Otras sustancias	28,6	14,3	57,2	0	0	28,6	28,6
Riesgo de suicidio	41,5	12,2	46,3	34,6	21,4	54,8	50,0
Insomnio	19,0	24,1	56,8	68,3	17,6	74,1	46,6
Al menos un problema de salud mental	18,9	22,8	58,2	47,1	12,8	67,1	48,2

¹ Los datos relativos a repercusiones laborales (alteraciones en general y baja laboral en sentido estricto) indican el porcentaje sobre el número de personas que trabajaban del total de las identificadas en cada grupo de problemas.

Tabla 6
Utilización de recursos por personas que presentan problemas de salud mental según el MINI

Tipos de problemas de salud mental	Acudió a un Servicio o profesional			Hosp.	Tratamientos		Apoyo Inform.
	Sí	Médico Gener. ¹	Salud Mental ¹		Farm.	Psicot.	
Trastornos del humor							
Episodio depresivo	51,6	24,2	12,9	4,8	51,6	17,7	74,2
Recurrente	57,6	27,3	15,1	9,1	51,5	18,2	78,8
Distimia	83,3	41,7	16,7	0	83,3	25,0	75,0
Episodio Maniaco	57,1	28,6	28,6	28,6	57,1	14,3	85,7
Trastornos de ansiedad							
Ansiedad generalizada	43,1	27,6	5,2	1,7	50,0	12,1	70,7
Fobia social	30,0	25,0	5,0	0	25,0	20,0	75,0
Trastorno de pánico	37,5	20,8	8,3	4,2	45,8	12,5	66,7
Agorafobia	46,7	20,0	6,7	20,0	46,7	20,0	80,0
Trastornos psicóticos	66,7	66,7	0	66,7	66,7	66,7	100
Consumo de sustancias							
Alcohol	5,3	5,3	0	15,8	5,3	0	68,4
Otras sustancias	0	0	0	0	0	0	71,4
Riesgo de suicidio	45,2	16,7	14,6	7,1	40,5	26,2	57,1
Insomnio	37,9	22,4	5,2	3,4	41,4	13,8	67,2
Al menos un problema de salud mental	42,4	23,2	9,0	6,2	43,3	19,5	70,9

¹ Porcentajes sobre el nº de personas que acudieron a algún servicio o profesional

Tabla 7
Resultados comparativos con algunos estudios europeos (39, 73, 74, 76)

	Estudio ESEMeD (prevalencia año / prevalencia vida)			Estudio Imagen y realidad	
	Europa (73, 74) (6 países) (21.425)	Francia (74) (2.894)	España (76) (5.473)	Francia Metropolitana (39) (36.000)	Sevilla (920)
Algún trastorno mental	9,6 25,0	18,4	8,5 19,5	31,9	19,4
Algún trastorno del humor	4,2 14,0	8,5	4,4 11,5	13,6	9,1
Algún trastorno de ansiedad	6,4 13,6	12,0	6,2 9,4	21,6	12,7
Algún problema de alcohol	1,0 5,2	0,7	0,7 3,6	4,3	2,2

ORIGINALES Y REVISIONES

Gráfico 1.

Comportamientos asignados a las categorías de locura, enfermedad mental y depresión y su relación con las imágenes de anormalidad y peligrosidad

	LOCO/A	ENFERMO/A MENTAL	DEPRESIVO/A	OTRO	NO NORMAL/ NORMAL	PELIGROSO /POCO PELIGROSO
Llora a menudo y está triste	█					
Intenta suicidarse	█					
Toma drogas						
Consumo alcohol						
Es violento con su pareja/hijos	█					
Es violento hacia otros/objetos	█					
Es violento hacia si mismo						
Delira y alucina						
Es deficiente o retrasado						
Tiene crisis o convulsiones						
Tiene un comportamiento extraño	█					
Dice cosas extrañas, sin sentido	█					
Es dejado, sucio						
Esta aislado, es solitario						
Es ansioso						
Comete una violación	█					
Comete un incesto	█					
Comete un asesinato	█					

La gráfica representa el porcentaje de personas que adscribe un determinado ítem a cada una de las categorías estudiadas, teniendo en cuenta que, en el caso de las cuatro primeras columnas, la respuesta solo puede hacer referencia a una de las cuatro (así, por ejemplo, se pregunta “que es para Vd. una persona que llora a menudo y está triste” y solo se puede responder “loco o loca”, “enfermo o enferma mental”, “depresivo o depresiva” o “ninguno de los tres”).

En las dos columnas finales en cambio las respuestas (que se representan en un espacio más reducido pero también en una escala de 0-100) son independientes para cada una.

Gráfico 2.
Otras características de la locura, la enfermedad mental y la depresión

	LOCO/A	ENFERMO/A MENTAL	DEPRESIVO/A
¿Es responsable de sus actos, un ...?	█	█	█
¿Es responsable de su locura un ...?	█	█	█
¿Sabe que está... un ...?	█	█	█
¿Sufre un ...?	█	█	█
¿Sufre la familia de un ...?	█	█	█
¿Es excluido de su familia un ...?	█	█	█
¿Es excluido de su trabajo un ...?	█	█	█
¿Es excluido de la sociedad un ...?	█	█	█
¿Sin medicamentos, es posible tratar a un ...?	█	█	█
¿Es posible curar a un ...?	█	█	█
¿Es posible curar totalmente a un ...?	█	█	█
¿Se puede curar el sólo un ...?	█	█	█
¿Se debe tratar a un ... que no quiere ser tratado?	█	█	█
¿Aceptaría tratar en su casa a un ser querido que estuviera/fuera ...?	█	█	█
¿Cree que una familia puede acoger de nuevo a uno de sus miembros, tratado o actualmente en tratamiento, que haya estado o haya sido un ...?	█	█	█
En casa: Si uno de sus seres queridos está/es ..., ¿Su presencia es una carga?	█	█	█

Las respuestas, representadas en %, son independientes para cada categoría

Gráfico 3.
Reconocimiento y causas de la locura, la enfermedad mental y la depresión

	LOCO/A	ENFERMO/A MENTAL	DEPRESIVO/A
¿Cómo se puede reconocer a primera vista a un ...?			
Comportamiento activo	█	█	█
Apariencia-actitud (estado)	█	█	█
Discurso-comunicación	█	█	█
La Mirada	█	█	█
No se reconoce, no hay diferencia	█	█	█
¿Qué puede volver a una persona...?			
Origen físico	█	█	█
Origen "eventos de la vida" "evento relevante"	█	█	█
Origen sentimental	█	█	█
Origen "mágico-religioso"	█	█	█
Origen socio-económico	█	█	█
Origen relacional	█	█	█
Sociedad	█	█	█
Trabajo	█	█	█
Origen adictivo	█	█	█
Otros	█	█	█

Respuestas independientes para cada categoría

ORIGINALES Y REVISIONES

Gráfico 4.
Intervenciones y profesionales útiles para la locura, la enfermedad mental y la depresión.

¿Cómo se puede tratar a un ...?	LOCO/A	ENFERMO/A MENTAL	DEPRESIVO/A
Psicoterapia	██████████	██████████	██████████
Tratamientos farmacológicos	██████████	██████████	██████████
Hospitalizaciones	██████████	██████████	██████████
Apoyo Emocional	██████████	██████████	██████████
Si uno de sus seres queridos (familiar o amigo) está/es ... ¿a quién le dice usted que debe ir a ver?			
Un profesional de salud general	██████████	██████████	██████████
Un profesional de la psiquiatría	██████████	██████████	██████████

Respuestas independientes para cada categoría

BIBLIOGRAFÍA:

- (1) CORRIGAN PW, KERR A, KNUDSEN L. The stigma of mental illness: explanatory models and methods for change. *Appl Prev Psychol*, 2005, 11:179-190.
- (2) HAYWARD P, BRIGHT JA. Stigma and mental illness: a review and critique. *J Ment Health*, 1997, 6, 4:345-354.
- (3) LÓPEZ M, LAVIANA M, FERNANDEZ L, LÓPEZ A, RODRIGUEZ AM, APARICIO A. La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Revista AEN*, 2008, 28, 101:43-83
- (4) LÓPEZ M, LAVIANA M, LÓPEZ A. Estigma social, violencia y personas con trastornos mentales graves. En Márquez I; Fernandez A y Pérez-Sales P (Ed). *Violencia y Salud Mental. Salud mental y violencia institucional, estructural, social y colectiva*. Madrid, AEN, 2009:187-207.
- (5) Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2001: Salud Mental, nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra, OMS, 2001.
- (6) PENN DL, WYKES T. Stigma, discrimination and mental illness. *J Ment Health*, 2003, 12, 3:203-208.
- (7) RÜSCH N, ANGERMEYER MC, CORRIGAN P. Mental illness stigma: concepts, consequences and initiatives to reduce stigma. *Eur Psychiatry*, 2005, 20:529-539.
- (8) THORNICROFT G. *Shunned: discrimination against people with mental illness*. Oxford, Oxford University Press, 2006.
- (9) U.S. Department of Health and Human Services. *Mental Health: A Report of the Surgeon General*. National Institute of Mental Health, 1999
- (10) CORRIGAN PW, WATSON AC. Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*, 2002, 1, 1:16-20.
- (11) LINK BG, PHELAN JC. Conceptualizing stigma. *Annu Rev Sociol*, 2001, 27:363-385.
- (12) GOFMAN E. *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires, Amorrortu, 1970.
- (13) CORRIGAN PW, PENN DL. Lessons from Social Psychology on discrediting psychiatric stigma. *Am Psychol*, 1999, 54, 9:765-776.
- (14) FAZIO RH, OLSON MA. Attitudes: foundations, functions, and consequences. En: Hogg MA and Cooper J (Ed). *The Sage Handbook of Social Psychology*. London, Sage, 2003:139-160.
- (15) JONES M. *Social psychology of prejudice*. New Jersey, Prentice Hall, 2001.
- (16) PETTY RE, WEGENER DT, FABRIGAR LR. Attitudes and attitude change. *Annu Rev Psychol*, 1997, 48:607-647.
- (17) ANGERMEYER MC, MATSCHINGER H. Labelling - stereotype- discrimination. An investigation of the stigma process. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2005, 40, 5:391-395.
- (18) CORRIGAN PW, MARKOWITZ FE, WATSON AC. Structural levels of mental illness stigma and discrimination. *Schizophr Bull*, 2004, 30, 3:481-491.
- (19) CORRIGAN PW, WATSON AC, HEYRMAN ML, WARPINSKY A, GRACIA G, SLOPEN N, MAY LL. Structural stigma in state legislation. *Psychiatr Serv*, 2005, 56, 5:557-565.
- (20) CORRIGAN P, THOMPSON V, LAMBERT D, SANGSTER Y, NOEL JG, CAMPBELL J. Perceptions of discrimination among persons with serious mental illness. *Psychiatr Serv*, 2003, 54, 8:1105-1110.
- (21) PESCOSOLIDO BA, MARTIN JK, LANG A, OLAFSDOTTIR S. Rethinking theoretical approaches to stigma: a framework integrating normative influences on stigma. *Soc Sci Med*, 2008, 67:431-440.

ORIGINALES Y REVISIONES

- (22) CORRIGAN PW, WATSON AC, BARR AL. The self-stigma of mental illness: implications for self-esteem and self-efficacy. *J Soc Clin Psychol*, 2006, 25, 9:875-884.
- (23) MAJOR B, O'BRIEN. The social psychology of stigma. *Annu Rev Psychol*, 2005, 56:393-421.
- (24) ANGERMEYER MC, MATSCHINGER H. The stereotype of schizophrenia and its impact on discrimination against people with schizophrenia: results from a representative survey in Germany. *Schizophr Bull*, 2004, 30:1049-1061.
- (25) ANGERMEYER MC, DIETRICH S. Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: a review of population studies. *Acta Psychiatr Scand*, 2006, 113:163-179.
- (26) CRISP AH, GELDER MG, RIX S, MELZER HI, ROWLANDS OJ Stigmatisation of people with mental illness. *Br J Psychiatry*, 2000, 177:4-7.
- (27) KOHL FS. *Les représentations sociales de la schizophrénie*. Paris, Masson, 2006.
- (28) LINK BG, PHELAN JC, BRESNAHAN M, STUEVE A, PESCOLIDO BA. Public conceptions of mental illness: labels, causes, dangerousness and social distance. *Am J Public Health*, 1999, 89, 9:1328-1333.
- (29) WARNER R. Community attitudes towards mental disorders. En: Thornicroft G and Szukler G (Ed.). *Textbook of Community Psychiatry*. Oxford, Oxford University Press, 2001:453-464.
- (30) WOLFF G. Attitudes of the media and the public. En Leff J (Ed). *Care in the Community: Illusion or Reality?* London, Wiley & Sons, 1997:145-163.
- (31) PHELAN JC, LINK BG, DOVIDIO JF. Stigma and prejudice: one animal or two? *Soc Sci Med*, 2008, 67:358-367.
- (32) THORNICROFT G, ROSE A, KASSAM A, SARTORIUS N. Stigma: ignorance, prejudice or discrimination? *Br J Psychiatry*, 2007, 190:192-193.
- (33) VAN DEN BERG H, MANSTEAD A, VAN DER PLIG J, WIGBOLDUS D. The impact of affective and cognitive focus on attitude formation. *J Exp Soc Psychol*, 2006, 43:373-379.
- (34) MACRAE CN, BODENHAUSEN GV. Social cognition: thinking categorically about others. *Annu Rev Psychol*, 2000, 51:93-120.
- (35) ALVARO JL, GARRIDO A. *Psicología social. Perspectivas psicológicas y sociológicas*. Madrid, McGraw Hill, 2003.
- (36) FARR RM. Les représentations sociales. En Moscovici S. *Psychologie Sociale*. Paris, PUF (Edition « Quadrige »), 2003:385-395.
- (37) JODELET D. Représentation sociale : phénomènes, concept et théorie. En Moscovici S. *Psychologie Sociale*. Paris, PUF (Edition « Quadrige »), 2003:363-384.
- (38) ANGUIS M, ROELANDT JL, CARIA A. La perception des problèmes de santé mentale : les résultats d'une enquête sur neuf sites. *DREES, Études et Résultats*, 2001, 116.
- (39) BELLAMY V, ROELANDT JL, CARIA A. Troubles mentaux et représentations de la santé mentale: premiers résultats de l'enquête Santé Mentale en population générale. *DREES, Études et Résultats*, 2004, 347.
- (40) ROELANDT JL, CARIA A, ANGUIS M, BENOIST J, BRYDEN, DEFROMONT L. La santé mentale en population générale : résultats de la première phase d'enquête 1998-2000. *Inf Psychiatr*, 2003, 79, 10:867-878.
- (41) GREENWOOD JD. What happened to the "Social" in Social Psychology?. *Journal of the Theory of Social Behaviour*, 2004, 34:19-34
- (42) DE ROSA AS. Social representations and attitudes. Problems of coherence between the theoretical definition and procedure of research. *Papers on Social Representations*, 1993, 2:178-192.
- (43) MOLINER P, TAFANI E. Attitudes and social representations: a theoretical and experimental approach. *Eur J Social Psychol*, 1997, 27:687-702.

- (44) PERALES-QUENZA CJ, VIZCAÍNO-GUTIÉRREZ M. Las relaciones entre actitudes y representaciones sociales. Elementos para una integración conceptual. *Rev Latinoam Psicol*, 2007, 39:351-361.
- (45) BUNGE M. *Buscar la filosofía en las ciencias sociales*. México, Siglo XXI, 2005.
- (46) ANGERMEYER MC, HOLZINGER A, MATSCHINGER H. Mental health literacy and attitude towards people with mental illness: a trend analysis based on population surveys in the eastern part of Germany. *Eur Psychiatry*, 2009, 24:225-232.
- (47) ANGERMEYER MC, MATSCHINGER H. Causal beliefs and attitudes to people with schizophrenia. Trend analysis on data from two population surveys in Germany. *Br J Psychiatry*, 2005, 186:331-334.
- (48) ANGERMEYER MC, MATSCHINGER H, CORRIGAN PW. Familiarity with mental illness and social distance from people with schizophrenia and major depression: testing a model using data from a representative population survey. *Schizophr Res*, 2004, 69:175-182.
- (49) JORM AF, OH E. Desire for social distance from people with mental disorders. *Aust N Z J Psychiatry*, 2009, 43, 3:183-200.
- (50) LAUBER C, NORDT C, RÖSSLER W. Lay beliefs about treatments for people with mental illness and their implications for antistigma strategies. *Can J Psychiatry*, 2005, 50, 20:745-752.
- (51) LÓPEZ M. Moyens de communication, stigmatisation et discrimination en santé mentale : éléments pour une stratégie raisonnable. *Inf Psychiatr*, 2007, 83, 10 :793-799.
- (52) THOMPSON AH, STUART H, BLAND RC, ARBOLEDA-FLÓREZ, WARNER R, DICKSON RA. Attitudes about schizophrenia from the pilot site of the WPA worldwide campaign against the stigma of schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2002, 37:475-482.
- (53) LEE S. The stigma of schizophrenia: a transcultural problem. *Curr Opin Psychiatry*, 2002, 15:37-41.
- (54) ANGERMEYER MC, MATSCHINGER H. Public beliefs about schizophrenia and depression: similarities and differences. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2003, 38:526-534.
- (55) EATON WW, MARTIN SS, NESTADT G, BIENVENU OJ, CLARKE D, ALEXANDRE P. The burden of mental disorders. *Epidemiol Rev*, 30, 1:1-14.
- (56) Instituto Andaluz de Salud Mental. *La reforma psiquiátrica en Andalucía. 1984-1990*. Sevilla, IASAM, 1988.
- (57) CARMONA J, GAY E, DEL RIO F, TESORO A. Análisis histórico crítico de la Reforma Psiquiátrica andaluza. En: Pérez F (Coord.). *Dos décadas tras la reforma psiquiátrica*. Madrid, AEN, 2006:145-198.
- (58) Instituto Andaluz de Salud Mental. *Actitudes de la sociedad andaluza ante los enfermos mentales*. Sevilla, IASAM, 1988.
- (59) Sociedad de Estudios y Realizaciones para el Desarrollo de Asturias (SERSA). *Actitudes hacia la enfermedad mental en Asturias*. Oviedo, Consejería de Sanidad, 1983.
- (60) OZAMIZ A. *Actitudes hacia las enfermedades mentales en el País Vasco*. Bilbao, Askotariko Bilduma, 1986.
- (61) YLLÁ L, GONZALEZ-PINTO A, BALLESTEROS J, GUILLEN V. Evolución de las actitudes de la población frente al enfermo mental. *Actas Esp Psiquiatr*, 2007, 35, 5:323-335.
- (62) Instituto Andaluz de Salud Mental. *Salud mental y prensa*. Sevilla, IASAM, 1987.
- (63) ROETLAND JL. Présentation de l'enquête « Sante Mentale en Population Générale : Images et Réalités ». CCOMS, 2007 (www.epsm-lille-metropole.fr)
- (64) Association Elus, Santé Publique et Territoires. *Santé Mentale et ordre public: quelles compétences pour les élus locaux ?*. Actes de la Journée d'étude de Nantes, 9 octobre 2006. Nanterre, ONSMP-ORSPERE / ESPT, 2006

ORIGINALES Y REVISIONES

- (65) Métodos de investigación clínica y epidemiológica. (2ª Ed.) Madrid, Harcourt, 1999.
- (66) SHEEHAN DV, LECRUBIER Y, SHEEHAN H, AMORIN P, JANAINS J, WEILER E ET ALL. The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD 10. *J Clin Psychiatry*, 1998, 59 (Suppl 20):22-33.
- (67) LECRUBIER Y, SHEEHAN DV, WEILER E, AMORIN P, BONORA I ET ALL. The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). A short diagnostic structured interview: reliability and validity according to the CIDI. *Eur Psychiatry*, 1997, 12:224-231.
- (68) JENKINS R, BEBBINGTON P, BRUGHA T, FARRELL M, GILL B, LEWIS G ET ALL. The National Psychiatric Morbidity Survey of Great Britain. Initial findings from the household survey. *Psychol Med*, 1997, 27:775-789.
- (69) FLEMING JA, ASIEH C. Introduction to Epidemiological research methods. En Tsuang MT and Tohen M (Ed.). *Textbook of Psychiatric Epidemiology* (2nd Ed.). New York, Wiley & Sons, 2002:
- (70) MURPHY JM. Symptom scales and diagnostic schedules in adult psychiatry. En Tsuang MT and Tohen M (Ed.). *Textbook of Psychiatric Epidemiology* (2nd Ed.). New York, Wiley & Sons, 2002:273-332.
- (71) ROELANDT JL , CARIA A, MONDIÈRE G. La santé mentale an population générale: images et réalités. Présentation générale de l'enquête. *Inf Psychiatr*, 2000, 73, 3 :279-292
- (72) GUTIÉRREZ-FISAC JL. Indicadores de consumo de alcohol en España. *Med Clín (Barc)*, 1995, 104:544-550.
- (73) ALONSO J AND ESEMED/MEDEA 2000 INVESTIGATORS. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl*, 2004, 420:21-27.
- (74) DEMYTTENARE K AND THE WHO WORLD MENTAL HEALTH SURVEY CONSORTIUM. Prevalence, severity and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA*, 2004, 291, 21:2581-2590.
- (75) KESSLER RC, CHIU NT, DEMLER O, WALTERS EE. Prevalence, severity and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*, 2005, 62:617-627.
- (76) HARO JM, PALACÍN C, VILAGUT G, MARTINEZ M, BERNAL M, LUQUE T ET ALL. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Med Clín (Barc)*, 2006, 126, 12:445-451.
- (77) ALONSO J, CODONY M, KOVASS V, ANGERMEYER MC, KATZ SJ, HARO JM ET ALL. Population level of unmet need for mental healthcare in Europe. *Br J Psychiatry*, 2007, 190:299-306.
- (78) KESSLER RC, DEMLER O, FRANK RG, OLFSON M, PINCUS HA, WALTERS EE ET ALL. Prevalence and treatment of mental disorders, 1990 to 2003. *N Engl J Med*, 2005, 352:2515-2523.
- (79) ALONSO J AND ESEMED/MEDEA 2000 INVESTIGATORS. Disability and quality of life impact of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl*, 2004, 420:38-46.
- (80) MONTERO I, APARICIO D, GÓMEZ-BENEYTO M, MORENO-KÜTSNER B, RENESSES B, USALL J, VAZQUEZ-BARQUERO JL. Género y salud mental en un mundo cambiante. *Gac Sanit*, 2004, 18 (Supl 1):175-181.
- (81) GOLDBERG D, HUXLEY P. *Mental illness in the community. The pathway to psychiatric care.* London, Tavistock, 1980.
- (82) LINK BG, YANG LH, PHELAN J, COLLINS PY. Measuring mental illness stigma. *Schizophr Bull*, 2004, 30, 3:511-541.

- (83) BUNGE M. *Tratado de Filosofía Básica. Semática I: sentido y referencia*. Barcelona, Gedisa, 2008.
- (84) ADDISON SJ, THORPE SJ. Factors involved in the formation of attitudes towards those who are mentally ill. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2004, 39:228-234.
- (85) GUREJE O, OLLEY BO, OLUSDA EO, KOLA L. Do beliefs about causation influence attitudes to mental illness?. *World Psychiatry*, 2006, 5, 2:104-107.
- (86) PESCOLOLIDO BA, MONAHAN J, LINK BG, STUEVE A, KIKUZAWA S. The public's view of the competence, dangerousness and need for legal coercion of persons with mental health problems. *Am J Public Health*, 1999, 89, 9:1339-1345.
- (87) LÓPEZ M, LAVIANA M. Rehabilitación, Apoyo social y atención comunitaria a personas con trastorno mental grave. Algunas propuestas desde Andalucía. *Rev AEN*, 2007, 27, 99:187-223.
- (88) HAGHIGHAT R. A unitary theory of stigmatisation. Pursuit of self-interest and routes to destigmatisation. *Br J Psychiatry*, 2001, 178:207-215.