

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/282315358>

Mental illness and stigma in young people. A study qualitative Enfermedad mental y estigma en jóvenes. Un estudio cualitativo Enfermedad mental y estigma en jóvenes. Un estudio cua...

Article in *Rehabilitacion Psicosocial* · July 2015

CITATIONS

0

READS

280

5 authors, including:



Carlos Vaquero

Grupo 5

6 PUBLICATIONS 0 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



Jesus Saiz

Complutense University of Madrid

27 PUBLICATIONS 70 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:



Mental health and stigma in young people. [View project](#)



Care of Mental Health Professionals [View project](#)

Enfermedad mental y estigma en jóvenes. Un estudio cualitativo

Carlos Vaquero¹, **Miguel Ángel Escudero**¹, **Montserrat Cebollero**¹, **Elisabeth Ureña**¹, **Jesús Saiz**^{1 2}

RESUMEN

Introducción. El presente estudio pretende conocer la existencia de actitudes y/o comportamientos estigmatizadores en los jóvenes de la zona sur de la Comunidad de Madrid.

Método. Hemos contado con una muestra de 257 personas a las que se les ha administrado una batería de cuestionarios (Cuestionario CRL Aranjuez), formado por el cuestionario de atribución 27 (AQ-27 traducido por Muñoz y col.), el cuestionario de conocimiento de la enfermedad (EMC, Muñoz y col.) y una pregunta abierta (¿Cree que las personas con enfermedad mental pueden trabajar? Explique por qué).

Resultados. Este artículo resume la información obtenida del análisis cualitativo de la pregunta abierta, en el que encontramos que la población joven de tres poblaciones del sur de Madrid muestra ideas estigmatizadoras similares a las del resto de población.

Discusión. El análisis cualitativo nos ha permitido conocer aspectos que las pruebas cuantitativas no lograban alcanzar, así como formular con mayor detalle una intervención dirigida a reducir los niveles de estigma.

PALABRAS CLAVE

Estigma, Jóvenes, Discursos estigmatizadores, Discursos inclusivos.

Mental illness and stigma in young people. A qualitative study

Introduction. The present study aims to determine the existence of attitudes and / or stigmatizing behaviors in young people in the south of the region of Madrid.

Method. Sample of 257 people who were administered a battery of questionnaires (Questionnaire CRL Aranjuez); including the AQ-27, EMC and an open question (Do you think that people with mental illness can work? Explain why). This article summarizes the information obtained from the qualitative analysis of the question, which concludes that the young population of three villages in southern Madrid show similar stigmatizing ideas to the rest of the population.

Results. This article summarizes the information obtained from the qualitative analysis of the open-ended question, we found that the young population of three villages in southern Madrid show similar stigmatizing ideas to the rest of the population.

Discussion. The results have allowed us to know the status of the issue and justify an intervention designed to reduce levels of stigma

KEYWORDS

Stigma. Young, Stigmatizing discourses, Inclusive discourses.

¹ Grupo 5. Gestión y Rehabilitación Psicosocial. Madrid

² Universidad Complutense. Madrid

Correspondencia:

Carlos Vaquero. Grupo 5.

C/ Jardinero Boutelou, 75, 28300. Aranjuez, Madrid. España.

E-mail: carlos.vaquero@grupo5.net

Introducción

Uno de los objetivos transversales de los centros que forman la red de atención a personas con Enfermedad Mental Grave y Duradera (EMGD), de los que forman parte los Centros de Rehabilitación Laboral (CRL), es el de crear contextos inclusivos que permitan que estas personas se integren en la sociedad de forma natural¹. Este proyecto, nace del compromiso de los profesionales del CRL de Aranjuez por favorecer dichos contextos. Y aunque el objetivo último de este tipo de recurso es la inserción laboral de la persona, no se deja de realizar una intervención integral para conseguir la recuperación de la persona en diferentes ámbitos de su vida, necesarios para la consecución y posterior mantenimiento del empleo. Y como veremos a continuación, esta labor se ve dificultada, entre otras muchas cuestiones, por el estigma social presente en nuestra sociedad.

Por nuestra experiencia y lo propuesto por algunos autores^{2,3}, el proceso de recuperación de las personas afectadas por EMGD está condicionado por multitud de factores⁴, algunos en los que la persona puede ejercer un control más directo (conocimiento de su enfermedad, adherencia al tratamiento clínico y psicosocial, tendencias rehabilitadoras proactivas, etc.), y otros que dependen de cuestiones externas (tener a su disposición recursos de atención sanitaria y atención psicosocial, situación social y económica del entorno familiar, etc.) Entre estos factores externos, una de las cuestiones presentes a lo largo de la historia y que parece afectar de forma directa, no solo al proceso de integración social, sino también al bienestar subjetivo de la persona, se encuentra el estigma social. Goffman ya definía el término como “un atributo profundamente desacreditador (...)” y añadía “un estigma produce en los demás un descrédito amplio, a veces recibe también el nombre de defecto, falla o desventaja”⁵. La Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) en su “Consenso sobre promoción de salud, prevención del trastorno mental y disminución del estigma” de 2008⁶, hace referencia a que el estigma posee una frecuencia suficiente como para constituirse en un importante obstáculo para la rehabilitación e integración de las personas con EMGD en nuestro país. Otras investigaciones nacionales e internacionales (Link, Yang, Phelan y Collins 2004; Muñoz, Pérez, Crespo, Guillén, 2009; Ruiz y Saiz, 2012)^{7,8,9} confirman el hecho de que el estigma condiciona las relaciones sociales y la percepción que de sí mismas tienen estas personas.

El término estigma ha tenido, y tiene, diferentes significados y connotaciones que han evolucionado de la mano de la sociedad. Lejos de querer realizar un estudio etimológico del término, nos vamos a centrar en una concepción psicosocial del mismo. Por tanto, se trata de un concepto que se puede analizar desde tres

categorías del comportamiento social. En primera instancia hablaríamos de las creencias sociales negativas hacia un grupo determinado de personas, en este caso personas con EMGD. Este es un componente cognitivo del estigma que afecta a personas de todos los estratos sociales, económicos y culturales. Un ejemplo sería la idea aceptada en nuestra sociedad de que las personas con EMGD suponen un peligro para sí mismas y su entorno, o tienen menor capacidad para gestionar su vida cotidiana⁸ (Muñoz, Pérez, Crespo, Guillén, 2009). Por otro lado, las actitudes u opiniones personales acerca de este grupo de personas, suponen el componente emocional del estigma y reflejan la influencia que la sociedad ejerce en el pensamiento individual. Por último, la evidencia más tangible de la existencia de estigma social, son los comportamientos de exclusión que condicionan que la persona alcance la integración social plena que proporciona un empleo¹⁰⁻¹³. Estas conductas parecen estar generalizadas y compartir características incluso en diferentes entornos culturales^{8,14,15}.

Desde los CRL, al igual que desde el resto de los recursos de la red de atención a personas con enfermedad mental de la Comunidad de Madrid, trabajamos para reducir esta concepción social que contribuye a generar y mantener desigualdades sociales. Se desarrolla una labor cotidiana de visibilización y sensibilización de las capacidades de las personas con EMGD hacia el tejido empresarial. Para ello, se trata de ofrecer una visión integral de la persona poniendo el foco en las capacidades y competencias. Del mismo modo, se procura que sea identificada como una persona en su globalidad, no solo como una persona con una enfermedad mental o un diagnóstico determinado, del que a menudo se tiene un conocimiento parcial o escaso. Es decir, uno de los objetivos es cambiar la percepción social de la persona como alguien enfermo, y que sea identificada como alguien con capacidades, intereses y necesidades similares a las del resto de la población. Y en último término, que se vea a la persona como una potencial trabajadora capaz de desempeñar actividades similares a las del resto de la población activa, lo que supondría que la integración social se habría producido de manera real.

La concepción multidimensional (cognitivo, emocional y conductual) del estigma que acabamos de ver, nos permite hacer un análisis de las implicaciones no solo en el ámbito privado de las personas, sino también en el social, en el público. Políticas y leyes han dificultado históricamente las oportunidades de inserción social de las personas con EMGD, poniendo de manifiesto una discriminación estructural¹⁶ que ha hecho de estas personas ciudadanos de segunda. Podríamos hablar de una discriminación estructural hacia personas con

EMGD entendiendo la misma como aquella que se refiere a políticas públicas o privadas que dificultan de forma intencionada o no las oportunidades de personas con EMGD. Como reconocen Martín-Escudero, Jenaro-Río¹⁷, “faltan leyes que luchen contra el estigma social”. No hay más que revisar la legislación española de las últimas décadas para comprobar hasta qué punto el estigma social hacia estas personas ha condicionado su incorporación a la sociedad como ciudadanos de pleno derecho. Hasta la Constitución española de 1978, las personas con enfermedades mentales, podían ser privadas de libertad de manera indefinida sin que se realizara control judicial alguno¹⁸. Y no es hasta el año 1986 con la aprobación de la Ley General de Sanidad, cuando se equipara a las personas con enfermedades mentales al resto de usuarios de servicios sanitarios¹⁹. Posteriormente a dicha ley, se ha regulado el internamiento involuntario en instituciones psiquiátricas. Esto es algo que no deja de ser paradójico, puesto que si dicha regulación se realiza para garantizar los derechos de la persona enferma, esto supone una diferenciación respecto del resto de “enfermos”¹⁹.

En el año 2014 desde el Gobierno de España, a través del Ministerio de Justicia, se ha planteado un anteproyecto de ley para la modificación del Código Penal vigente, en el que se incluye la posibilidad de internar de forma indefinida a una persona que haya cometido un delito por el hecho de estar diagnosticada de EMGD, este es un claro ejemplo del estigma estructural, puesto que desde una institución pública se toma una decisión que parece basada en la idea preconcebida de que estas personas pueden resultar peligrosas para el entorno por el hecho de tener un diagnóstico psiquiátrico. Además, supone una modificación sustancial a la legislación actual que contribuiría de forma evidente a la discriminación, puesto que cuando una persona comete un delito y es declarada inimputable por padecer una enfermedad mental, el juez puede solicitar una medida de seguridad privativa de libertad (o no), que suponga el internamiento de la persona en una institución psiquiátrica por el mero hecho de presuponer que la persona que padece una EMGD puede volver a cometer un delito. Aunque para la población general, la duración del internamiento, nunca puede ser superior a la que se pondría en caso de ser imputable, la modificación de varios artículos cambia este hecho para las personas diagnosticadas.

A modo de ejemplo, la reforma del artículo 98 del Código Penal, indica lo siguiente, “El juez o Tribunal podrá acordar el internamiento en un centro psiquiátrico del sujeto... si tras efectuarse una evaluación exhaustiva del mismo y de la acción que llevó a cabo, exista base suficiente para concluir que, debido a su trastorno, es posible prever la comisión por aquél de

nuevos delitos y que, por tanto, supone un peligro para la sociedad”. Otro ejemplo más, la modificación del artículo 99 permitiría que un juez decreta la continuidad del internamiento si “...es posible prever la comisión por aquél de nuevos delitos de gravedad relevante”. Llama la atención que esta previsión de delitos futuros sólo se permita en aquellas personas que tengan un diagnóstico psiquiátrico.

Si esta modificación del Código Penal llegara a producirse, se estaría perpetuando la imagen negativa de las personas con EMGD, puesto que de forma explícita, se les diferencia del resto de la población por el hecho de padecer una enfermedad y se les otorgan unas características estigmatizadoras como son la peligrosidad (indicada claramente en la modificación del artículo 98), la incontrolabilidad e impredecibilidad, que justifican de forma perversa el internamiento indefinido, incluso cuando se haya cumplido la pena impuesta, algo que no sucede con el resto de la población.

Estas evidencias, junto con el compromiso diario para tratar de conseguir entornos más inclusivos, son las que nos han motivado para desarrollar una labor para combatir el estigma, iniciando una investigación sobre si los jóvenes tienen características similares a las de la población general, en relación al estigma hacia personas con EMGD⁸. Para ello desarrollamos un programa que denominamos “Jóvenes y enfermedad mental”, que tiene entre sus objetivos, además de conocer el estado de la cuestión, proponer y desarrollar alternativas de intervención para reducirlo en caso de que esté presente de forma significativa. Existen evidencias que muestran la existencia de creencias erróneas entre los jóvenes, hacia personas con EMGD que apoyan la intervención con jóvenes²¹. Por otra parte, entendemos que la intervención dirigida a modificar creencias y actitudes puede resultar más efectiva entre la población joven, que aún está adquiriendo y asentando categorías y conocimientos sociales. Durante esta etapa del desarrollo se tiene una mayor plasticidad y permeabilidad al cambio de actitudes que en la población adulta, cuyas creencias sociales se encuentran más arraigadas y ofrecen menor posibilidad de cambio. Creemos también, que el rango de edad elegido, supone un momento del desarrollo en el que se es especialmente vulnerable a la información que se recibe del entorno. Además, parece ser que el estigma hacia la enfermedad mental es una de las cuestiones que más influyen en que los jóvenes no busquen ayuda y tiendan a ocultarlo, en el inicio de patologías mentales²²⁻²⁴.

Método

Este programa está dividido en tres fases. Una primera de recogida de información, para lo que se creó una pequeña batería de cuestionarios

(Cuestionario CRL Aranjuez) formada por el Cuestionario de Atribución 27 (AQ-27 - Corrigan, Markowitz, Watson, Rowan y Kubiak, 2003. Traducción Muñoz, Pérez, Crespo y Guillén, 2009) Cuestionario de Conocimiento de la Enfermedad Mental (EMC - Muñoz, Pérez, Crespo y Guillén, 2009) y una pregunta abierta elaborada "ad hoc" (¿Crees que una persona con EMGD puede trabajar? Explica por qué), que pretendía recoger la opinión detallada de los jóvenes respecto de la posibilidad de que una persona con enfermedad mental pueda o no desarrollar una actividad productiva. La segunda fase supone el análisis de los datos recogidos con las pruebas objetivas y la realización de unos grupos de discusión que se espera proporcionen información complementaria a la fase previa y permitirán en una tercera fase, diseñar e implementar una intervención en función de los resultados obtenidos.

La muestra está formada por 257 alumnos de último año de Educación Secundaria Obligatoria (ESO) y Bachillerato de centros educativos públicos de las poblaciones antes descritas, de un total de 1.746 alumnos matriculados en Bachillerato (datos oficiales de la consejería de educación de la CM del año 2011).

El rango de edad de la muestra oscila entre los 15 y los 20 años, aunque la mayor parte de los alumnos tienen entre 16 y 17 años de edad. La distribución por género es de un 46% de hombres y un 54% de mujeres.

Para la recogida de información se administró el Cuestionario CRL Aranjuez en aulas de 4º de ESO y/o 1º de Bachillerato en horario lectivo (sin interferir en el desarrollo natural de la docencia). Se tuvo especial cuidado en garantizar el anonimato de las personas que participaron. Una vez finalizados los cuestionarios, se ofreció una breve explicación de la Red de Atención a personas con Enfermedad Mental Severa y Duradera de la Comunidad de Madrid, así como de los Centros de Rehabilitación Laboral que pertenecen a la misma, permitiendo que aquellas personas que quisieran participar activamente realizando consultas o reflexiones pudieran hacerlo.

La pregunta abierta incorporada al Cuestionario CRL Aranjuez, es la que nos ha proporcionado los contenidos pertinentes de análisis cualitativo que va a centrar el contenido de este artículo. Se trata de una pregunta breve en la que las personas que contestaron el cuestionario expusieron su opinión personal sobre la posibilidad de que una persona con EMGD pudiera trabajar.

Resultados

Un primer análisis de los contenidos cualitativos, nos permitió establecer una dicotomía en los resultados, diferenciando entre discursos estigmatizadores y discursos inclusivos. Entendiendo los primeros, como

aquellos discursos en los que de forma clara y tajante se atribuyen a personas con EMGD características negativas como la peligrosidad o la falta de autonomía personal, similares a las halladas en estudios previos²⁵ y, los segundos, como los que identifican a la persona en su globalidad y la consideran capaz o no de desarrollar una actividad laboral en función de sus aptitudes para la misma, sin considerar su enfermedad como condicionante para el desarrollo de la actividad. Ambos discursos son identificables de forma sencilla. Sin embargo, al realizar una lectura más detenida y profunda de las respuestas de los alumnos, encontramos discursos escritos que no se correspondían con ninguna de las dos categorías. Vimos que un mismo discurso podría encajar en la categoría de discurso estigmatizador, o bien ser reconocido como discurso integrador. Por tanto, incluimos una tercera categoría que denominamos *Discurso con rasgos estigmatizadores* (Tabla 3).

Identificar discursos estigmatizadores no resulta especialmente dificultoso. Si nos fijamos en los ejemplos de la Tabla 1, podemos apreciar que en la práctica totalidad de los casos, estos discursos hacen referencia a la imposibilidad de desarrollar una actividad remunerada por parte de una persona con EMGD. Hacen referencia además, a diferentes cualidades que atribuyen a las personas con enfermedad mental por el hecho de padecerla. Las características más significativas encontradas en estos discursos hablan de peligrosidad para sí mismos o para el entorno, que suele asociarse con impredecibilidad del comportamiento, incapacidad para desarrollar actividades laborales y necesidad de supervisión. Todo ello parece influido por la imagen social que se tiene de las personas con este tipo de enfermedades. Estos discursos que no esconden el componente estigmatizador, suponen el 6% del total de la muestra (Gráfico 1). Este sería un resultado muy alentador si el 94% restante de la muestra hubiera mostrado un discurso integrador. Sin embargo, como veremos a continuación esto no es así.

Los discursos integradores (Tabla 2), suelen caracterizarse por contenidos que reclaman un trato igualitario a las personas con EMGD. Consideran que el hecho de que consigan un empleo puede favorecer su incorporación a la sociedad como ciudadanos de pleno derecho, reducir la discriminación y, además, recogen de forma natural, un principio fundamental que aparece reflejado en nuestra constitución y es la igualdad ante la ley, "...sin que pueda prevalecer discriminación alguna por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social (Art. 14)", y "...el deber de trabajar y el derecho al trabajo, a la libre elección de profesión u oficio, a la promoción a través del trabajo... (Art. 35, Constitución Española)²⁶" de las personas,

independientemente de su condición. Este tipo de discurso ha sido encontrado en un 28% de la muestra (Gráfico 1). Llama la atención también que una herramienta habitual para compensar situaciones de discriminación como es la discriminación positiva, no ha aparecido de forma consistente en los discursos analizados.

Tabla 1. Respuestas estigmatizadoras a la pregunta: ¿Crees que una persona con EMGD puede trabajar? Explica por qué

Ejemplos discursos estigmatizadores	No, porque podría resultar peligroso para sus compañeros
	Sí, porque tiene derecho a introducirse en el ámbito laboral, pero yo personalmente no le cogería en mi empresa por los problemas que podría causar, de cara a la imagen a los clientes porque al fin y al cabo vivimos de los clientes
	No, porque para cualquier trabajo es necesario tener una condición mental adecuada
	Yo creo que no, podría ser que pueda pero siempre con supervisión de alguien para que no haga daño a alguien o destruya cosas
	No, porque se le va la cabeza en cualquier momento y puede cometer errores en la empresa donde trabaje
	No, porque se alteraría y no podría continuar su trabajo, es decir, para mi esa persona sería inestable
No, porque si tiene algún problema y le da un brote podría reñir a alguien o a él mismo	

Tabla 2. Respuestas integradoras a la pregunta: ¿Crees que una persona con EMGD puede trabajar? Explica por qué

Ejemplos discursos integradores	Sí, porque ayudaría a que se pueda integrar mejor en la sociedad actual y así poder llevar mejor su enfermedad y no sentirse discriminado por su situación. Esto ayudaría también a las personas de su alrededor a concienciarse con las enfermedades mentales (EM) y disminuir la discriminación
	Absolutamente de acuerdo en que alguien con EM puede trabajar y en muchos casos estoy seguro que lo haría mejor que algunas personas con un estado mental normal. Se debería aceptar a estas personas porque son capaces de realizar el trabajo y porque las ayudas a integrarse en la sociedad
	Sí, ya que todos tenemos los mismos derechos y libertades y, por lo tanto, el mismo número de oportunidades porque nadie es mejor o peor que otra persona por padecer o no algún tipo de EM

Si, como veíamos más arriba, el 6% de los discursos pueden considerarse estigmatizadores y el 28% no estigmatizadores, aún faltaría un 66% de la muestra que no encajarían en esta tipología de discursos. Esta se incluiría en lo que hemos denominado Discursos parcialmente estigmatizadores (Tabla 3) y que suponen el grueso de la información analizada. Su característica principal es que en un principio, la mayoría podrían considerarse discursos integradores porque en muchos casos suelen comenzar con una respuesta afirmativa a la posibilidad de que una persona con EMGD pueda trabajar. Sin embargo, en todos los casos incorporados en esta categoría tras la respuesta afirmativa inicial, se añade un “pero” o condicionante para que la persona pueda desempeñar un rol productivo. Son esos condicionantes los que nos permiten identificar las atribuciones negativas que los jóvenes creen que tienen las personas con enfermedad mental, y que podríamos resumir en las siguientes características (Gráfico 2):

- *Peligrosidad:* se refiere a la creencia de que la persona con EMGD puede resultar peligrosa para sí misma o su entorno. Suele estar relacionada con la creencia de que son personas agresivas o violentas. Esta categoría tiene clara relación con la siguiente.
- *Impredecibilidad:* que supone que las personas con enfermedad mental no tienen un comportamiento consistente en las mismas situaciones y suelen modificar su comportamiento de forma espontánea sin que intervengan factores externos para ello.
- *Necesidad de supervisión:* gran parte de los discursos hacen referencia a esta categoría que supone la necesidad de que haya una persona responsable del tratamiento médico y el desempeño laboral de la persona con enfermedad mental. Esta categoría tiene una doble relación con las categorías siguientes.
- *Necesidad de tratamiento:* es decir la persona debe tener un tratamiento, aun cuando no quiera, y dicho tratamiento debe ser supervisado.
- *Discapacidad:* esta categoría aparece con mucha frecuencia en los discursos analizados y refleja la asociación entre EMGD y menor capacidad para realizar actividades cotidianas y, por tanto, laborales. Además, la discapacidad requiere la realización de tareas sencillas o en caso de que estas sean más complejas, la supervisión de las mismas por parte de alguien sin enfermedad mental.
- *Grado/Tipo de enfermedad:* los jóvenes parecen utilizar de forma similar los términos grado y tipo de enfermedad para referirse a la incapacitación que esta genera debido a la gravedad de la misma.

Muchas de estas categorías aparecen en los discursos estigmatizadores. Sin embargo, la diferencia con los discursos parcialmente estigmatizadores radica en que en los primeros, no se consideraba que la persona con EMGD fuera apta para trabajar y en los segundos, sí consideraban esta posibilidad como algo viable e incluso en ocasiones necesario, lo que supone una diferencia que consideramos significativa y que permite diferenciar entre estos dos tipos de discurso.

En el gráfico 1 se recogen los resultados en porcentaje de los tipos de discursos encontrados tras realizar el análisis cualitativo de la muestra.

Discusión

Antes de centrarnos en analizar los resultados obtenidos, tenemos que reconocer las limitaciones metodológicas que esta investigación implica. Puesto que se trata de un estudio cualitativo, su virtud no radica en realizar afirmaciones formales concluyentes ni generalizaciones causales, sino en ofrecer una visión más cercana y profunda del problema abordado. De esta manera, con este trabajo hemos procurado recoger información valiosa para conocer el estado de la cuestión y sentar las bases para el posterior estudio del problema con una metodología empírica o experimental, y el desarrollo e implementación de una intervención para modificar las creencias erróneas hacia personas con EMGD.

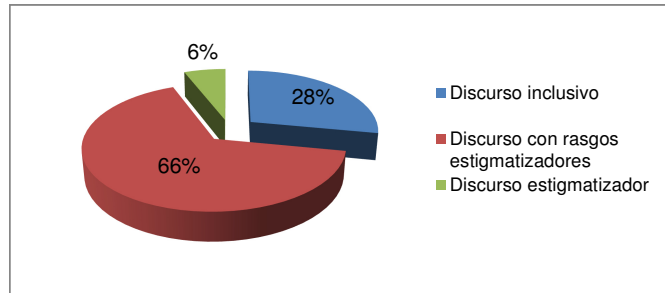
Una vez realizado el análisis de contenido, podemos afirmar que los jóvenes de las poblaciones del sur de Madrid estudiadas, parecen tener ideas estigmatizadoras similares a las de la población general sobre las personas con enfermedad mental. Por tanto, parece que socialmente se sigue transmitiendo una imagen de las personas con EMGD, como sujetos peligrosos, imprevisibles, con menor capacidad, que requieren estar supervisados, que al fin y al cabo generan desconfianza entre la población. Como todos los estereotipos, este también favorece la creación de opiniones personales cercanas al prejuicio. Si bien, existe un pequeño pero importante matiz en el discurso de la población estudiada y es que, pese a los ejemplos de discursos estigmatizadores que, en mayor o menor grado hemos visto, un porcentaje elevado de la población estudiada (94%) considera que las personas con EMGD pueden desempeñar funciones profundamente rehabilitadoras, que son indicadoras de “sociedades inclusivas” y en definitiva suponen el mejor ejemplo del avance en el proceso de incorporación de estas personas a la sociedad en plenitud de derechos y obligaciones y es que ese 94%, considera que estas personas pueden trabajar. Esto coincidiría los resultados de estudios previos en los que se afirma “el 80% de la población general cree que no tendría problemas excesivos para trabajar...”. Por tanto, a pesar de estar etiquetadas con un atributo

profundamente desacreditador⁵, en la actualidad parece que se van produciendo cambios sociales, que como ya sabemos requieren de tiempo para consolidarse.

Tabla 3. Respuestas parcialmente estigmatizadoras a la pregunta: ¿Crees que una persona con EMGD puede trabajar? Explica por qué

Ejemplos discursos parcialmente estigmatizadores	Claro que pueden, pero si no es controlable, se le podría poner en un puesto de poca importancia, es decir, que si hace algo mal no tenga tantas repercusiones
	Sí, pero siendo controlados y ayudados por alguien..., tienen que trabajar (controlados) para sentirse bien
	Según la enfermedad y el nivel que tenga esa enfermedad. Una parte puede trabajar si toma su medicación y sigue los pasos del médico o psicólogos, sino sería una persona peligrosa y con brotes de su enfermedad
	Sí, pero se diferencia en la limitación de sus capacidades, no estarían tan preparados a la hora de trabajar, ni mucho menos en la forma de trabajar por su discapacidad , pero trabajar aún sin hacerlo bien como una persona dotada de buena salud psicológica pueden
	Sí, siempre que no sea violenta

Gráfico 1. Porcentajes de la muestra por tipo de discurso

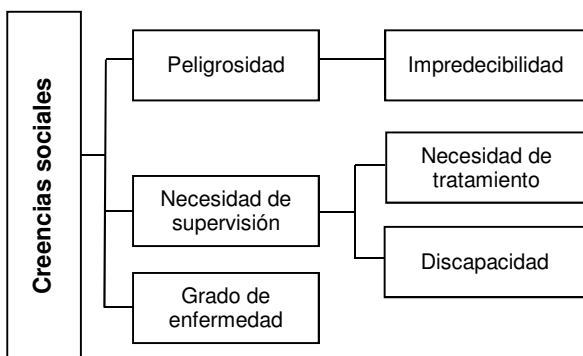


Resumiendo, podríamos decir que las personas con enfermedad mental, siguen teniendo una imagen social caracterizada por menor capacidad, peligrosidad y cierta imprevisibilidad y que además requerirían de supervisión profesional. Esto está reforzado por la imagen social que se traslada desde los medios de comunicación (múltiples noticias negativas en las que se visibiliza la enfermedad como protagonista del suceso), las instituciones jurídicas, sociales, educativas, sanitarias y los profesionales que en ellas trabajan que, en muchos casos, desconocen la evolución de las enfermedades mentales y las consecuencias que tienen para la vida de las personas que las padecen. Además, con las últimas

modificaciones legislativas que se quieren llevar a cabo, solo se contribuye a perpetuar el concepto social negativo que se tiene de las personas con EMGD. Esto también puede afectar de forma significativa a las propias personas que la padecen (autoestigma), quienes en este entorno descrito, anticipan el rechazo entrando en dinámicas de aislamiento, ocultamiento y desmotivación.

Cambiar esta imagen estigmatizada, no solo es posible, sino que es algo que ya se está llevando a cabo, gracias al esfuerzo diario de instituciones públicas y privadas, pero sobre todo, gracias a la implicación, inconformismo y valentía de las personas que sufren algún tipo de EMGD y que no se resignan a una vida en la que la enfermedad sea el eje central de la misma, sino que día a día trabajan para que esto sea una circunstancia más de su vida. Con ello, además de mejorar su propia vida, contribuyen de manera fundamental a cambiar la imagen que la sociedad tiene de las personas con este tipo de problemática.

Gráfico 2. Creencias sociales encontradas en jóvenes del sur de Madrid hacia personas con EMGD



Bibliografía

1. Unión Europea. Libro Verde. Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental. Bruselas: Comisión de las Comunidades Europeas, 2005 .
2. Cullberg J. Psicosis. Una perspectiva integradora. Madrid. Fundación para la investigación y el tratamiento de la esquizofrenia y otros trastornos. 2007.
3. Ruiz MA, Montes JM, Correas J, Álvarez C, Mauriño J, de Dios C. Opiniones y creencias sobre las enfermedades mentales graves (esquizofrenia y trastorno bipolar) en la sociedad española. Rev Psiquiatr Salud Ment. 2012; 5 (2); 98-106.
4. Rodríguez A (coord.). Rehabilitación de personas con trastornos mentales crónicos. Madrid. Pirámide. 1997.
5. Goffman E. Una identidad deteriorada. Buenos Aires. Amorrortu; 2006.
6. Hernández M, Lalucat L (coordinadores). Consenso sobre promoción de la salud mental, prevención del trastorno mental. Cuadernos técnicos, 8. AEN. 2008.
7. Link B, Yang L, Phelan J, Collins P. Measuring mental illness stigma. Schizophr Bull. 2004; 30 (3): 511-41.
8. Muñoz M, Pérez E, Crespo M, Guillén AI. Estigma y enfermedad mental. Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental. Madrid. Editorial Complutense, 2009.
9. Ruiz T. y Saiz J. Diferencias en medida de estigma entre personas con EMGD, Profesionales, Familiares, Conocidos y Desconocidos. XVII Curso Anual de Esquizofrenia "Biografía, Familia, Narrativas y Psicoterapia de la Psicosis". Madrid, España; 2012.
10. Stuart H. Mental illness and employment discrimination. Current Opin Psychiatry. 2006; 19:522-6.
11. Krupa T, Kirsh B, Cockburn L, Gewurtz R. Understanding the stigma of mental illness in employment. Work: J Prevention Assess Rehabil. 2009; 33:413-25.
12. Gioia D, Brekke JS. Knowledge and use of workplace accommodations and protections by young adults with schizophrenia: a mixed method study. Psychiatric Serv. 2003; 54:304.
13. Brohan E, Evans-Lacko S, Henderson C, Murray J, Slade M, Thornicroft G. Disclosure of a mental health problem in the employment context: qualitative study of beliefs and experiences. Epidemiology and Psychiatric Sciences. 2014; 23 (3): 289-300.
14. Tsang HWH, Angell B, Corrigan PW, Lee Y, Shi K, Lam CS. et al. A cross-cultural study of employers' concerns about hiring people with psychotic disorder: implications for recovery. Social Psychiatry Psychiatric Epidemiol. 2007; 42:723-33.
15. Haj-Yahia MM. Attitudes towards mentally ill people and willingness to employ them in Arab society. Intl Sociology. 1999; 14:173-93.
16. Corrigan P, Markowitz F, Watson A. Structural levels of mental illness and discrimination. Schizophr Bull. 2004; 30 (3): 481-91.
17. Martín-Escudero M, Jenaro-Río C. Potencial de empleo de personas con problemas de salud mental atendidas en unidades de rehabilitación. Rehabilitación psicosocial. 2006; 3(2): 5-12.
18. González O. El tratamiento ambulatorio involuntario de los enfermos mentales. El trasfondo de un prolongado debate. Portularia. 2006; 6(1): 121-30.
19. González O. La Asociación Española de Neuropsiquiatría y la situación jurídica de los enfermos mentales. Cuadernos técnicos, 3. AEN. 2000.
20. González O. Enfermedad mental, estigma y legislación. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., 2009; 29 (104): 471-8.
21. Corrigan P, Demming B, Goldman H, Slopen N, Medanas K, Phelan S. How adolescents perceive the stigma of mental illness and alcohol abuse. Psychiatr Serv. 2005; 56 (5): 544-50.

22. Mellor C. School-based interventions targeting stigma of mental illness: systematic review. *Psychiatric Bulletin*. 2014. 38: 164-171.
23. Schulze B. Richter-Werling M. Matschinger H. Angermeyer M. Crazy? So what! Effects of a school project on students' attitudes towards people with schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 2003. 107: 142-50.
24. Pinto-Foltz M. Logsdon M. Conceptual model of research to reduce stigma relates to mental disorders in adolescents. *Issues Ment Health Nurs*. 2009. 30 (12): 788-95.
25. Badallo A. Modelo Jara: Una estrategia para la lucha contra el estigma asociado al trastorno mental severo y persistente desde los recursos de rehabilitación psicosocial. Madrid. Editorial Grupo 5. 2012.
26. España. Constitución (1978). Constitución española. 16ª ED. Madrid. Boletín Oficial del Estado. 2012.