



Universidad de Valladolid

Facultad de Medicina

Trabajo de Fin de Grado

**Caracterización de patrones diferenciales de la
etnia gitana: Un estudio de psiquiatría transcultural
sobre el estigma en usuarios de salud mental**

Autor: Alejandro José Martín Damián

Tutor: Martín Lorenzo Vargas Aragón

2019/2020



INDICE

| | |
|---|----|
| 1. Resumen..... | 1 |
| 2. Introducción..... | 1 |
| 2.1. ¿Qué es estigma? | 2 |
| 2.2. ¿Cómo se forma? | 2 |
| 2.3. Clasificación taxonómica del estigma. | 3 |
| 2.4. El estigma en la enfermedad mental..... | 4 |
| 2.4.1. Manifestaciones..... | 4 |
| 2.4.2. Consecuencias..... | 5 |
| 2.5. Estigma sociocultural: Comunidad gitana..... | 5 |
| 2.5.1. Historia..... | 5 |
| 2.5.2. El estigma en la Comunidad..... | 6 |
| 2.5.3. El estado de salud de los gitanos..... | 7 |
| 2.6. Psiquiatría transcultural..... | 8 |
| 3. Objetivos | 10 |
| 4. Material y métodos..... | 10 |
| 4.1. Diseño del estudio..... | 10 |
| 4.2. Población de estudio y muestra..... | 10 |
| 4.3. Procedimientos..... | 11 |
| 4.4. Instrumentos..... | 11 |
| 4.5. Metodología estadística..... | 12 |
| 5. Resultados..... | 13 |
| 6. Discusión..... | 14 |
| 7. Conclusión..... | 16 |
| 8. Bibliografía..... | 17 |
| 9. Anexos, tablas y figuras. | 21 |

1. RESUMEN

INTRODUCCIÓN: Las enfermedades mentales suponen un problema de salud pública debido a su gran prevalencia y morbilidad, además, están ligadas al un fuerte estigma que genera un gran impacto en la vida de los pacientes. Como sabemos, el concepto de salud varía dependiendo del ámbito sociocultural en el que nos encontremos, influyendo directamente en los resultados en salud. **OBJETIVO:** Evaluar el estigma general entre usuarios de salud mental y por otro lado, comprobar si existen diferencias entre el estigma en población gitana y no gitana. **MÉTODO:** Participaron 63 personas con edades comprendidas entre los 19 y los 84 años ($X= 47,3$; $DT= 12.37$), evaluadas mediante el cuestionario *Community Attitudes toward the Mentally Ill*. **RESULTADOS:** Los usuarios de salud mental muestran actitudes de acogida hacia las personas con enfermedades mentales. Los gitanos muestran una ligera tendencia a una mayor benevolencia hacia las personas con enfermedades mentales, no encontrándose diferencias en el estigma en otras dimensiones. Los usuarios gitanos muestran un nivel educativo más bajo.

CONCLUSIÓN: Se discuten las implicaciones de estos hallazgos con las variaciones en la percepción del estigma. Se aboga por la conveniencia de considerar los trastornos mentales desde una perspectiva más comprensiva e integral dado que representan entidades ligadas a los procesos de representación social y están determinadas social y culturalmente.

PALABRAS CLAVE: Estigma, enfermedad mental, gitanos.

2. INTRODUCCIÓN

El siguiente trabajo de investigación trata de un estudio de aspectos antropológicos en el campo de la Medicina, con una perspectiva cultural. En concreto, abordamos el fenómeno del estigma en la enfermedad mental y cómo influyen aspectos étnicos y culturales en la percepción del mismo.

2.1. ¿Qué es estigma?

Según Link y Phelan (1), el estigma es un poderoso proceso social caracterizado por el etiquetado, los estereotipos y la separación social, lo que lleva de forma progresiva a una pérdida del estatus y a la discriminación, todo esto enmarcado en un contexto de poder.

Uno de los primeros autores en conceptualizar el estigma fue el sociólogo estadounidense Erving Goffman, quien en su libro, "Estigma: La identidad deteriorada" describía este concepto como "atributo que desacredita profundamente" y que reduce al portador "de una persona íntegra y a quien se tiene en cuenta a una persona marcada e ignorada"(2). Una definición especialmente influyente es la de Jones et al (1984), quienes utilizan la propuesta dada por Goffman para concluir que el estigma se trata de una "marca (atributo) que vincula a una persona con características indeseables (estereotipos)(3).

Otros ejemplos de definiciones para este concepto son: "Marca impuesta con hierro candente, bien como pena infamante, bien como signo de esclavitud". "Marca o señal en el cuerpo". "Deshonro, afrenta, mala fama"(4).

El hecho de que el estigma posea una gran variabilidad en su definición(5) se debe a la creciente popularidad que ha experimentado este fenómeno en los últimos 60 años, en los que ha habido un fuerte incremento de las investigaciones referentes a este proceso en el campo de la Medicina, la Sociología o la Psicología.

2.2. ¿Cómo se forma?

En primer lugar, la persona debe poseer un atributo, manifiesto o no, que la diferencie de los demás integrantes dentro de una comunidad. En consecuencia, se genera una etiqueta para categorizar a las personas que poseen dicho atributo. Es importante destacar que las creencias culturales dominantes son las que vinculan a las personas etiquetadas con características no deseables, generándose así los estereotipos negativos. Las personas etiquetadas se sitúan en distintas categorías para establecer un grado de separación entre "nosotros" y "ellos"(1). Esto lleva a las personas etiquetadas a una pérdida de estatus y a la

discriminación, influenciado fuertemente por el acceso al poder en el ámbito social, económico y político.

En consecuencia, el estigma genera un debilitamiento progresivo del paciente estigmatizado a nivel psicológico, desarrollando una sensación de pesimismo y desesperación, lo que provoca el debilitamiento de la autoestima y una sensación de incompetencia. Esto repercute en su aislamiento, mermando su integración social y produciendo un importante daño emocional(6), siendo de las consecuencias más nocivas la disminución de su capacidad de reconstrucción de la identidad con el soporte del grupo social (7).

2.3. Clasificación taxonómica del estigma

La gran mayoría de diferencias que se presentan entre los seres humanos suelen ser ignoradas y se consideran socialmente irrelevantes, como podría ser, por ejemplo, el color de nuestro coche o si nos gustan o no las películas de terror. Otras, sólo tienen relevancia en determinadas situaciones, como podrían ser las preferencias musicales o el color de ojos. Sin embargo, ciertas diferencias como el color de piel, la orientación sexual o la creencias religiosas generan un fuerte proceso de etiquetado que, en determinadas situaciones, desembocan en un proceso de estigmatización.

Goffman estableció una clasificación taxonómica mediante la cual se puedan clasificar y diferenciar los distintos grupos estigmatizados según la naturaleza de la “marca”, resultando las categorías de: abominaciones del cuerpo (anormalidades físicas), imperfecciones de carácter individual (p. Ej. , enfermedad mental, adicción) e identidades tribales (raza, etnia) (2). En otras palabras, los estigmas se organizan, se distribuyen, y se ordenan en al menos tres tipos de categorías: física, psicológica y sociocultural. Dicha clasificación nos permite, por una parte, explicar nuestras reacciones hacia ellas y, por otra, dotarlas de significado social.(8)

2.4. El estigma y la enfermedad mental

Gracias a una revisión sistemática realizada entre 1980 y 2013 (9), sabemos que hasta 1 de cada 5 adultos desarrollará un problema de salud mental cada año. En términos económicos, en España por ejemplo, se estima que este tipo de patologías suponen un 4,2% del PIB, lo que equivaldría a unos 45.000 millones de euros.(10)

Varios autores han descrito tres niveles que interactúan entre sí en el estigma hacia la patología mental: estructural, social e internalizado(11):

El estigma estructural hace referencia a las discriminaciones existentes a nivel estructural en las leyes e instituciones (incluyendo en este apartado a los profesionales de la salud). El estigma social o público evalúa el estigma de la población general respecto a las personas con enfermedades mentales, y finalmente, el estigma internalizado, en el que se incluyen las manifestaciones del estigma en el propio paciente.

Se ha visto que los estereotipos más comunes incluyen que son peligrosos, violentos o se comportan de manera impredecible; que son incompetentes y no pueden cuidarse a sí mismos; y que su enfermedad es una cadena perpetua con pocas posibilidades de recuperación.(12)

2.4.1. Manifestaciones

El autoestigma constituye la manifestación más grave del estigma en la patología mental, cuya génesis reside en la internalización por parte del paciente de las actitudes negativas que ha recibido(13), desarrollando creencias de desvalorización y discriminación, con disminución de la calidad de vida, la autoestima, la autoeficacia y el agravamiento de los síntomas(14).

En los establecimientos de salud, las manifestaciones de estigma están ampliamente documentadas, desde formas sutiles, como hacer que ciertas personas esperen más para

ser atendidos o derivar a los pacientes a colegas mas jóvenes, hasta la negación total de la atención, una atención deficiente y el abuso físico y verbal. (15 16 17)

2.4.2. Consecuencias

En consecuencia, se ha visto que las personas que necesitan atención de salud mental se muestren reacias a buscar ayuda profesional para así evitar recibir un diagnóstico concreto, y con él los estereotipos y el estigma público asociados al padecimiento de una enfermedad mental (18), dificultándose el acceso al diagnóstico, el tratamiento y el éxito de los resultados en salud(19). Además, los trastornos mentales también aumentan la morbilidad que se deriva por padecer otras enfermedades como son el cáncer, las enfermedades cardiovasculares, diabetes o SIDA, es por esto que el no tratar o controlar los trastornos mentales acarrea peor cumplimiento de los regímenes terapéuticos de otras patologías y empeora el pronóstico de las mismas.

2.5. Estigma sociocultural: Comunidad gitana

2.5.1 Historia:

La comunidad gitana es la minoría étnica más grande de España, con unos 750.000 integrantes. Como grupo étnico, se caracteriza por una serie de elementos culturales, como son la idea de un origen común, la tradición nómada, *el romanó* como lengua original, la valoración de la edad y la experiencia como principios ordenadores de status, la Iglesia Evangélica o “el culto”, el respeto a los muertos y la creencia en una intervención de éstos en la vida de sus descendientes, siendo el orgullo y la transmisión de estos valores un pilar indispensable para la supervivencia de este grupo como unidad.

La marginación del pueblo gitano es el resultado de un largo proceso histórico. Tiene un remoto origen oriental, en el noroeste de la India, desde donde emigró al Mediterráneo oriental y a Centroeuropa. Un ejemplo de la marginación sufrida por esta minoría étnica es que, pese a las numerosas publicaciones dedicadas a la masacre de los judíos, muy poco se ha escrito sobre el holocausto de los gitanos (la original población gitana de Bohemia

fue exterminada durante la Segunda Guerra Mundial y los actuales pobladores son en su mayoría descendientes de inmigrantes procedentes de Eslovaquia y Bulgaria) (20)

2.5.2. El estigma en la Comunidad

El antigitanismo en sí mismo es un fenómeno social complejo, que se manifiesta a través de la violencia, el discurso de incitación al odio, la explotación y la discriminación en su forma más visible, donde la deshumanización y la reducción de las personas de etnia gitana a su “condición de gitanos y gitanas” son elementos fundamentales. La población gitana es considerada por este discurso como “menos que humana”, por lo que se estima que no debe gozar moralmente de los derechos humanos.

Dosta! es una campaña de sensibilización del Consejo de Europa que tiene como fin dar a conocer mejor a la comunidad gitana, superando las barreras de los prejuicios y de los estereotipos. En 2013, publicó la “Guía Dosta! para combatir los estereotipos de la Comunidad Gitana” y de la cual, hemos extraído los siguientes datos que nos hablan las realidades y al estigma al que se enfrenta esta comunidad.

Se constatan dos grandes polos en la percepción social mayoritaria con respecto a las personas de etnia gitana: el de las «personas gitanas marginadas» en un extremo y, en el otro extremo, el de «los gitanos y las gitanas artistas», siendo casi inexistentes en este plano las dimensiones racionales o emocionales, es decir el conocimiento más directo de los gitanos y gitanas y sus diversas realidades, percepción que en modo alguno encaja con la realidad mayoritaria de la comunidad gitana española, en cierto modo invisible por el resto de la sociedad si tenemos en cuenta que el primer polo aglutinaría a un máximo del 30% de las personas gitanas y el segundo no superaría un 5%. De esto se desprende que el conocimiento acerca de la comunidad gitana es de tipo simbólico, y que en esta percepción juegan un papel clave los estereotipos asociados a la etnia gitana.

Algunos estereotipos asociados al gitano son: “No les gusta trabajar, son unos vagos”, “todos viven en chabolas”, “no se quieren integrar”. Además, se les relaciona con la delincuencia, la brujería y las drogas.

Se confunde a menudo la cultura de la pobreza con la cultura gitana, lo cual es una gran injusticia y un error basado en el desconocimiento de su cultura. Son vistos como un grupo homogéneo, y muchas veces son reducidos a su “condición de gitanos y gitanas”. No son percibidos como personas individuales y diversas, sino como “gitanos” a secas, una denominación social derivada de una historia de marginación social y racismo institucional. Estas situaciones provocan una desigualdad, ya no sólo en el ámbito social, sino en el ámbito económico y político, lo que tiene repercusiones en el acceso a la educación, el trabajo y a los recursos sanitarios, viéndose en ocasiones obligados a ocultar su origen étnico para seguir viviendo en la sociedad.

En consecuencia, todos los estereotipos negativos y la muestras de discriminación y menosprecio desembocan en el desarrollo de una memoria colectiva de auto marginación, llevando a los integrantes de la comunidad a pensar que existe un “máximo” que pueden lograr en la vida y que no deberían confiar en poder ser iguales a los “payos”, muchas veces más como una estrategia de supervivencia que como una libre elección.

2.5.3. Estado de salud de los gitanos

Los estudios centrados en el estado de salud de la comunidad gitana son escasos (21) y la mayoría de ellos se centran en enfermedades genéticas (22). Los datos disponibles muestran que la población gitana española obtiene peores resultados que la población española en general, con una mayor presencia de enfermedades crónicas, problemas de audición, dentales y de la vista y accidentes relacionados con la salud, además de estilos de vida menos saludables.(23)

El sueño profundo, la respiración normal, no tener fiebre y la ausencia de dolor (24), determinan una visión de su salud basada en “la ausencia de síntomas”. Además, el médico es una figura bivalente(25): por un lado posee el saber para curar a los enfermos y por otro es quien diagnostica y descubre los males, limitando su visita en situaciones en las que la sintomatología resulta llamativa, y desembocando todo esto en una prevención en salud deficitaria.(26)

En el artículo, “Cómo son y de qué padecen los gitanos” (25), se afirma que reconocen ciertas enfermedades como propias de su cultura, recurriendo en muchas ocasiones a sanadores dentro de la comunidad en busca de remedios tradicionales. El mismo artículo señala que los gitanos todavía mantienen algunas creencias antiguas, supersticiones y respuestas que ya no son comunes hoy en día pero que aún conservan, se cree que, como resultado de la estigmatización a la que han sido sometidos en Europa durante los siglos pasados. Una maldición, por ejemplo tiene el poder de crear la enfermedad en otra persona. En todo caso, se revela la necesidad de interpretar la enfermedad independientemente de los modelos médicos, de asignarle causas en términos no orgánicos y darle un sentido(24)

2.6. Psiquiatría transcultural

La Psiquiatría Transcultural es un área de la psiquiatría clínica que trata de identificar, verificar y explicar las relaciones entre el trastorno mental y las características psicosociales que diferencian naciones, poblaciones, y culturas (27). Las bases de dicha disciplina se remontan a principios del siglo XX, con la publicación de Emil Kraepelin (1856-1926), considerado el fundador de la psiquiatría moderna (28), de su artículo "Vergleichende Psychiatric (1904)"; traducido al castellano como “Psiquiatría comparativa”. En él, propugnaba las bases de esta nueva rama de la psiquiatría, enfocada en los aspectos étnicos y culturales de la salud y de la enfermedades mentales.(29)

El *background* cultural de cada individuo funciona como un prisma, en el que las tradiciones, las creencias y las costumbres, entre otros aspectos, conformarían las caras por las que se filtra la información y se elabora una respuesta; de manera que, la vivencia

de un individuo ante un hecho concreto podría ser totalmente diferente a la experimentada por otro con un marco cultural distinto. Cuando un paciente recibe un diagnóstico determinado, uno de los factores que influyen en la vivencia de su enfermedad, es decir, sus creencias en base a la génesis de la misma, las repercusiones que dicho diagnóstico en su calidad de vida o las posibilidades de curación, están fuertemente ligadas al ámbito cultural del éste. Podemos observar, por ejemplo, como los síndromes psiquiátricos mayores son fenomenológicamente universales, pero su expresión clínica está primariamente determinada por factores culturales (30). Pero es que además, existen ejemplos más potentes de la influencia cultural en el desarrollo de algunas patologías, como son los *culture-bound syndromes*, recogidos en el DSM-V como una combinación de síntomas psiquiátricos y somáticos que se consideran una enfermedad reconocible únicamente dentro de una sociedad o cultura específica.

El choque cultural en los trastornos mentales se produce porque muchas veces los significados de salud y enfermedad difieren entre los pacientes y los profesionales (24). Esta situación se ve agravada por el sesgo biomédico imperante en la práctica sanitaria, en la cual los aspectos culturales, sociales y la vivencia subjetiva de la enfermedad quedan relegados a un segundo plano. Además, se observa un escaso conocimiento sobre las características y las influencias culturales de la comunidad gitana entre los profesionales sanitarios, lo que da lugar, en numerosas ocasiones, a la aparición de prejuicios y estereotipos preconcebidos. En general se aprecia que no se sabe diferenciar entre aspectos específicamente culturales y otros más bien relacionados con la situación socioeconómica en la que se encuentran muchas familias gitanas. Es decir, que no se diferencia entre lo que es cultura gitana y lo que es "cultura de la marginación" (31) Para superar estos problemas, es importante que trabajar la *competencia cultural*, entendiéndose ésta como la habilidad que deben poseer los trabajadores de la salud para incorporar una visión del contexto social y cultural de cada usuario, incrementando así la posibilidad de lograr una real comunicación con este último (32).

La gran prevalencia, la morbilidad y el impacto económico que suponen las enfermedades mentales, sumado al creciente fenómeno de multiculturalidad que se hace cada vez más notable en todo el mundo, son argumentos que defienden la necesidad de realizar estudios de este tipo, con el fin de formar y sensibilizar a los profesionales y a las

instituciones para que ofrezcan un modelo que se ajuste a la diversidad cultural de los usuarios.

3. OBJETIVOS

- Caracterizar el estigma en usuarios de salud mental mediante la escala *Community Attitudes towards Mental Illness (CAMI-S)*.
- Identificar si existen diferencias significativas en el estigma percibido hacia la patología mental entre población gitana y población no gitana de origen español.

4. MATERIAL Y MÉTODOS

4.1. Diseño del estudio

En este estudio, se utilizó una metodología cuantitativa, aplicando un tipo de diseño descriptivo transversal.

4.2. Población de estudio y muestra

La población del estudio son usuarios de servicios de salud mental. La muestra la constituyen 63 usuarios que asistieron a la consulta de Psiquiatría en el Centro de Salud Delicias II, en Valladolid, España; entre enero y marzo de 2020. (*Tabla 1*). Entre los participantes de la encuesta, figuran tanto pacientes de salud mental, como familiares, acompañantes y cuidadores. Inicialmente establecimos un tamaño muestral grande, de 120 participantes; 60 de etnia gitana y 60 españoles no gitanos. Debido a la situación de confinamiento provocada por el COVID-19, resultó imposible obtener la muestra planteada inicialmente, consiguiendo en último término 54 usuarios no gitanos y 9 usuarios gitanos.

4.3. Procedimiento

Se informó del estudio a todos los asistentes de Salud Mental, excluyendo a las personas con nacionalidad distinta a la española, menores de 18 años, y pacientes con actividad psicótica activa. Todos los sujetos participaron en el estudio de forma voluntaria, y se les garantizó el anonimato y la confidencialidad.

A continuación se les repartió el cuestionario y se les explicó detalladamente la finalidad y la autoría de la investigación, la metodología de respuesta, y la posibilidad de finalizar el cuestionario en cualquier momento si así lo deseaban. Antes de proceder a la encuesta, los participantes firmaron el consentimiento informado, y se le explicó la posibilidad de revocación del mismo en cualquier momento, sin necesidad de aportar una razón explícita.

4.4. Instrumentos

Exceptuando algunos usuarios a los que se les proporcionó ayuda para la lectura de la escala debido a dificultades en la comprensión, edad avanzada o nivel educativo bajo, los participantes respondieron a un cuestionario anónimo y de forma autoadministrada que contenía, además de cuestiones sobre datos sociodemográficos, como edad, sexo, nivel educativo y otros; la forma española la escala *Community Attitudes towards Mental Illness* (CAMI-S), que se detalla en el siguiente apartado. El cuestionario se encuentra en el apartado de Anexos.

Escala Community Attitudes towards Mental Illness (CAMI-S)

La versión que hemos utilizado para este estudio (33) consta de 40 ítems valorados con escala Likert de 5 puntos, que va desde “totalmente de acuerdo” hasta “totalmente en desacuerdo”. La escala consta de 4 factores: *autoritarismo*,

benevolencia, restricción social e ideología de la salud mental en la comunidad. La subescala de Autoritarismo evalúa las opiniones acerca de las personas con enfermedad mental como una clase inferior a los individuos sanos. La subescala de benevolencia valora actitudes de acogida hacia los pacientes, pero que pueden llegar a representar una actitud paternalista. La subescala de restricción social evalúa el peligro para la sociedad y sugiere que la gente con enfermedad mental se debe limitar, tanto antes como después de la hospitalización. Y por último, la subescala de ideología de la salud mental en la comunidad evalúa las actitudes y creencias relacionadas con la inserción de las personas con enfermedad mental en la comunidad y en la sociedad en general. Cada subescala contiene 10 declaraciones referentes a las opiniones sobre la manera de tratar y cuidar a las personas con una enfermedad mental, de los cuales, 5 están redactados en positivo y los otros 5 están redactados en negativo. Para hallar la puntuación de cada subescala, basta con sumar la puntuación de los ítems en positivo y la inversa de los ítems en negativo (si la puntuación expresada en forma negativa es 2 por ejemplo, debemos puntuarlo con su inverso, en este caso, 4 en la escala Likert). El rango de puntuación va de 10 (máximo acuerdo con la subescala) y 50 (máximo desacuerdo).

4.5. Metodología estadística

Realizamos un estudio de ajuste a la distribución normal de los datos de la muestra mediante el test de Kolmogorov-Smirnov, cuyo resultado muestra que las puntuaciones podrían ajustarse a una distribución normal ($p > 0,05$), lo que nos permitiría utilizar métodos de estadística paramétrica. No obstante, puesto que la distribución gráfica de las variables muestra cierta asimetría en las colas, optamos por la opción más conservadora de utilizar estadística no paramétrica. Para el análisis de datos nos ayudamos del SPSS, utilizando los test Chi-cuadrado, U de Mann-Whitney y el test exacto de Fisher.

5. Resultados

Se encuestaron 63 personas, todos usuarios de Salud mental. La edad media de la muestra fue 47,3 años. Un 14,3% gitanos, y un 85,7% no gitanos. El 68,2% eran pacientes y el 31,8% acompañantes. La muestra constó en un 50,8% hombres y 49,2% mujeres. El 23,7% era solteros, 63,5% eran casados, un 3,2% con pareja y un 9,6% eran divorciados o viudos. Un 3,2% no tenía estudios, un 23,3% tenían estudios de primaria, un 14,3% habían llegado hasta secundaria, 20,6% hasta bachillerato, un 19% con estudios universitarios y 17,5 con formación profesional. (Tabla 1)

La puntuación media en autoritarismo es 36,56, en benevolencia 20,02, en restricción social un 39,43 y en ideología de la Salud Mental, 19,41. Junto con las respectivas diferencias estadísticas, se evaluaron también las diferencias en valores numéricos para cada ítem por separado. Los resultados de las puntuaciones en población general se muestran en la Tabla 2 y en la figura 1.

Los 5 ítems en los que hubo mayor consenso respondiendo fueron los ítems 14, 25, 21, 30, y 37, ítems incluidos en las dimensiones de autoritarismo y benevolencia. (Tabla 3)

Analizamos la correlación que existe entre las distintas dimensiones de la escala, datos que se encuentran recogidos en la Tabla 4. Observamos como las puntuaciones en las dimensiones de autoritarismo y restricción social se relacionan negativamente con las de benevolencia e ideología en Salud Mental. Existe una correlación negativa con una tendencia a la significación estadística entre benevolencia y autoritarismo. ($CC=-3,27$; $p=0,009$)

A continuación, realizamos el análisis de las puntuaciones de la escala según grupo étnico, los cuales podemos ver en la Tabla 5 y fig. 1:

En autoritarismo, en el grupo de gitanos un promedio de 36,22 puntos, para no gitanos 36,65 puntos; en benevolencia en gitanos 17,22 puntos y no gitanos 20,5, en restricción social 41,56 puntos para gitanos y 39,07 puntos para no gitanos. En percepción de la salud mental en gitanos encontramos 17,44 puntos y 19,74 puntos para no gitanos. Cabe

destacar que estos resultados no mostraron diferencias significativas en las distintas dimensiones, sin embargo, hay una tendencia a mayor benevolencia en el grupo de gitanos ($p=0,058$).

Por último, analizamos los dos grupos étnicos, gitanos y no gitanos mediante una serie de variables sociodemográficas para comprobar si existían diferencias significativas en ambos grupos, lo que puede dar lugar a sesgos en las puntuaciones de la escala según grupo étnico. Los datos figuran en la Tabla 6. Para someter las variables “estado civil” al test exacto de Fisher, hemos recodificado los datos de tal manera que dividimos la muestra en “casados” y “no casados”; y hemos recodificado la variable “Nivel educativo” en estudios básicos, medios y superiores. En este último análisis, encontramos que en las variables de edad, sexo, estado civil, y tipo de usuario no influían de manera significativa en las puntuaciones obtenidas en los dos grupos étnicos. En la variable nivel educativo, encontramos diferencias significativas ($p=0,029$) entre el grupo de gitanos, donde el 33,33% tiene estudios superiores a secundaria, y el grupo de no gitanos, en el que el 64,8% de los individuos tiene estudios medios y superiores ($n=35$).

6. Discusión

El primer objetivo de este estudio era determinar el nivel de estigma que poseían los usuarios de salud mental, mediante la escala CAMI-S. Tras analizar las respuestas de los 63 usuarios encuestados y calcular la puntuación media (Tabla 2) en cada una de las dimensiones de la escala, observamos que la población encuestada muestra actitudes de acogida hacia las personas con enfermedad mental. Este dato es esperable, ya que los encuestados son en su totalidad pacientes de salud mental y familiares de los mismos, en otras palabras, personas que están en contacto directo con este tipo de patologías y se ha visto que la población en contacto cercano con enfermos mentales presenta conductas de menor estigma(34).

El segundo objetivo era identificar si existen diferencias significativas en el estigma percibido hacia la patología mental entre población gitana y población no gitana de origen español. Si observamos la distribución de las respuestas en cada una de las dimensiones de nuestra escala (Fig. 1), comprobamos que existe mayor dispersión de las puntuaciones obtenidas en los pacientes no gitanos. A priori, podríamos deducir de este dato que existe

mayor consenso entre la población gitana en cada una de las dimensiones de la escala, no obstante, hay que tener en cuenta que estamos comparando un grupo de 9 gitanos con otro grupo de 54 no gitanos. Esto se traduce en una mayor variabilidad de puntuaciones en el grupo de mayor tamaño, y en consecuencia, una mayor dispersión de las respuestas.

Los resultados de la Tabla 4 muestran que no existen diferencias en la percepción del estigma entre gitanos y no gitanos, sin embargo, en la dimensión de benevolencia, el grupo de gitanos obtuvo una puntuación media de 17,22 comparado con una puntuación de 20,5 en el grupo de no gitanos ($p=0,058$). Esto no nos permite afirmar que los gitanos sean más benevolentes que los no gitanos, pero sí que los gitanos muestran una mayor tendencia a la benevolencia en la escala CAMI.

Diversas investigaciones (35)(36) señalan que el nivel educativo es una variable que, consistentemente, se asocia con las actitudes hacia personas con trastornos mentales. Sujetos con un mayor nivel educativo tienden a tener actitudes más favorables que las personas con menos escolaridad. Este dato iría en una dirección opuesta a los resultados obtenidos, ya que en el análisis de variables sociodemográficas (Tabla 6) observamos que los gitanos tienen en su mayoría estudios básicos, en contraposición con los no gitanos, en el que el 64,8% de los individuos tiene estudios superiores, con lo que no podemos atribuir directamente los resultados de esta encuesta a las diferencias en el nivel académico.

Otro punto a tener en cuenta es el diseño de la escala CAMI. La dimensión de benevolencia valora las actitudes de acogida hacia las personas con enfermedades mentales, pero también puede representar actitudes paternalistas. (37). Sabemos que con relativa frecuencia, se trata a los pacientes mentales como a niños porque se los considera incapaces de responsabilizarse de sus propios cuidados y se cree que deben estar bajo la tutela de la familia, la sociedad o los psiquiatras (38), lo que supone una de las manifestaciones del estigma asociado a este tipo de patologías.

Es posible que, la carga a la que se exponen los familiares de pacientes con enfermedades mentales (39), sumado a las manifestaciones del estigma hacia este tipo de patologías; tanto en la internalización de los estereotipos asociados (38), como en la

sobre protección del paciente en base a dichas creencias, desempeñen un papel importante en el desarrollo de actitudes paternalistas entre los familiares del paciente. En la muestra de gitanos, 3 de los 9 usuarios eran familiares directos, mientras que en la muestra de no gitanos, entre los acompañantes había, además de familiares, amigos, parejas y cuidadores. Podríamos intuir que esa tendencia a la mayor benevolencia en el grupo de gitanos esté influida por la proporción de familiares contestando a la encuesta comparado con el grupo de no gitanos. En este aspecto, sería interesante profundizar en el concepto de familia gitana y los roles de cada individuo dentro de la unidad familiar.

Como fortalezas, el estudio incluyó una evaluación prospectiva, además de una escala de recomendación internacional y validez contrastada con estudios previos de uso en población castellana. Por otra parte, este estudio no queda exento de limitaciones. En primer lugar, el tamaño de la muestra y el de individuos de etnia gitana es pequeño. Además, debemos considerar que los datos obtenidos reflejan las opiniones de los usuarios que accedieron libremente a realizar la encuesta, pero no de aquellos que se negaron a hacerla, con lo cual, no podríamos extrapolar los datos obtenidos a la población objeto de estudio.

7. Conclusión

El estigma es un fenómeno inherente al diagnóstico de una enfermedad mental, el cual influye directamente en los resultados en salud de aquellos que lo sufren. Es importante la realización de este tipo de investigaciones para ahondar en los aspectos culturales y sociodemográficos que rodean al individuo. Conocer cómo se configura el binomio “salud-enfermedad” en las distintas culturas, nos proporciona herramientas que son clave para un abordaje sanitario más eficiente e individualizado. En conclusión, no hay evidencias de que existan diferencias significativas en la percepción del estigma en la enfermedad mental entre gitanos y no gitanos, pero si que existen diferencias en variables sociodemográficas entre los dos grupos. Estos puntos confirman la necesidad de seguir realizando estudios de este tipo, en el que se evalúe el concepto de salud con una perspectiva cultural, con el fin de adquirir las nociones y habilidades necesarias para incidir en los problemas de salud de manera más eficiente, obteniendo así mejores resultados.

8. Bibliografía

1. Link BG, Phelan JC. Conceptualizing stigma. *Annu Rev Sociol.* 2001;27(Lewis 1998):363–85.
2. Erving Goffman. *Stigma :notes on the management of spoiled identity.* Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall; 1963.
3. Jones EE (Edward E. *Social stigma : the psychology of marked relationships.* W.H. Freeman; 1984. 347 p.
4. estigma | Definición | Diccionario de la lengua española | RAE - ASALE [Internet]. [cited 2020 Apr 26].
5. Stafford MC, Scott RR. Stigma, Deviance, and Social Control. In: *The Dilemma of Difference.* Springer US; 1986. p. 77–91.
6. Hinshaw SP, Stier A. Stigma as Related to Mental Disorders. *Annu Rev Clin Psychol* [Internet]. 2008 Apr [cited 2020 May 5];4(1):367–93.
7. Slade M, Adams N, O'Hagan M. Recovery: Past progress and future challenges. Vol. 24, *International Review of Psychiatry.* Taylor & Francis; 2012. p. 1–4.
8. Marichal F. La organización del estigma en categorías: actualización de la taxonomía de Goffma. Vol. 12, *Psicothema.* 2000.
9. Steel Z, Marnane C, Iranpour C, Chey T, Jackson JW, Patel V, et al. The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980-2013. [cited 2020 May 3]; Available from: <https://academic.oup.com/ije/article-abstract/43/2/476/2901736>
10. Health at a Glance: Europe 2018 [Internet]. OECD; 2018 [cited 2020 May 3]. (Health at a Glance: Europe). Available from: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2018_health_glance_eur-2018-en
11. Livingston JD, Boyd JE. Correlates and consequences of internalized stigma

- for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Soc Sci Med*. 2010 Dec;71(12):2150–61.
12. Sheehan L, Nieweglowski K, Corrigan PW. Structures and types of stigma. In: *The Stigma of Mental Illness - End of the Story?* Springer International Publishing; 2016. p. 43–66.
 13. Yang LH, Valencia E, Alvarado R, Link B, Huynh N, Nguyen K, et al. A theoretical and empirical framework for constructing culture-specific stigma instruments for Chile. *Cad Saúde Coletiva*. 2013 Mar;21(1):71–9.
 14. Ritsher JB, Phelan JC. Internalized stigma predicts erosion of morale among psychiatric outpatients. *Psychiatry Res*. 2004 Dec 30;129(3):257–65.
 15. Nyblade L, Stangl A, Weiss E, Ashburn K. Combating HIV stigma in health care settings: What works? Vol. 12, *Journal of the International AIDS Society*. John Wiley and Sons Inc.; 2009.
 16. Ross CA, Goldner EM. Stigma, negative attitudes and discrimination towards mental illness within the nursing profession: A review of the literature. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2009 Aug;16(6):558–67.
 17. Hamann HA, Ostroff JS, Marks EG, Gerber DE, Schiller JH, Lee SJC. Stigma among patients with lung cancer: A patient-reported measurement model. *Psychooncology*. 2014 Jan;23(1):81–92.
 18. Corrigan P. How stigma interferes with mental health care. Vol. 59, *American Psychologist*. 2004. p. 614–25.
 19. Nyblade L, Stockton MA, Giger K, Bond V, Ekstrand ML, Lean RM, et al. Stigma in health facilities: Why it matters and how we can change it. *BMC Med*. 2019;17(1):1–15.
 20. Tuset Garijo MG, Roca Biosca A, Alamillo Pérez-Grueso P, Martorell Poveda MA. La salud y las creencias del pueblo gitano en Europa: revisión bibliográfica. *Cult los Cuid Rev Enfermería y Humanidades [Internet]*. 2012 [cited 2020 Apr 13];16(34):71–80. Available from: <http://hdl.handle.net/10045/25954>
 21. Hajioff S, McKee M. The health of the Roma people: A review of the published literature. *J Epidemiol Community Health*. 2000;54(11):864–9.

22. Ferrer F. El estado de salud del pueblo gitano en España. Una revisión de la bibliografía. *Gac Sanit.* 2003;17(Supl.3):2–8.
23. Ministerio de Sanidad SS e I. Estrategia Nacional para la Inclusión Social de la Población Gitana 2012-2020. 2014;66. Available from: https://www.mscbs.gob.es/ssi/familiasInfancia/PoblacionGitana/docs/WEB_POBLACION_GITANA_2012.pdf
24. Pavlič DR, Zelko E, Kersnik J, Lolić V. Health beliefs and practices among slovenian roma and their response to febrile illnesses: A qualitative study. *Zdr Varst.* 2011;50(3):169–74.
25. García VRC, Ros EOI, Toledo LB, Girona NB, Royo AM, Fernández AN, et al. Cómo son y de qué padecen los gitanos. *Aten Primaria.* 2000 Jun 15;26(1):21–5.
26. Conducta de enfermedad y características culturales de la etnia gitana en España | Request PDF [Internet]. [cited 2020 May 20]. Available from: https://www.researchgate.net/publication/271193307_Conducta_de_enfermedad_y_caracteristicas_culturales_de_la_etnia_gitana_en_Espana
27. George Jilek W. Investigación en Salud Factores culturales en Psiquiatría.
28. Caponi S. Emil kraepelin y el problema de la degeneración. *Hist Ciencias, Saude - Manguinhos.* 2010 Dec;17(SUPPL. 2):475–94.
29. Jilek WG. Emil kraepelin and comparative sociocultural psychiatry. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 1995 Jul;245(4–5):231–8.
30. Moneo MM, Larrea AM, Larrea AM. Patología psiquiátrica en el inmigrante Migration and psychiatric diseases. Vol. 29, An. Sist. Sanit. Navar. 2006.
31. De Sanidad M, Consumo Y. Salud y Comunidad Gitana.
32. Bernales M, Pedrero V, Obach A, Pérez C. Kleinman A. Interpreting Illness Experience and Clinical Meanings: How I See Clinically Applied Anthropology *Medical Anthropology Quarterly.* *rev Med chile.* 2007;16(2):401–2.
33. Ochoa S, Martínez-Zambrano F, Vila-Badia R, Arenas O, Casas-Anguera E, García-Morales E, et al. Validación al castellano de la escala de estigma social: Community Attitudes towards Mental Illness en población

- adolescente. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2016;9(3):150–7.
34. Zárate P. C, Ceballos V. ME, Contardo P. M V., Florenzano U. R. Influencia de dos factores en la percepción hacia los enfermos mentales; contacto cercano y educación en salud. *Rev Chil Neuropsiquiatr.* 2006 Sep;44(3):205–14.
 35. Angermeyer MC, Dietrich S. Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: A review of population studies. Vol. 113, *Acta Psychiatrica Scandinavica.* 2006. p. 163–79.
 36. Grausgruber A, Meise U, Katschnig H, Schöny W, Fleischhacker WW. Patterns of social distance towards people suffering from schizophrenia in Austria: A comparison between the general public, relatives and mental health staff. *Acta Psychiatr Scand.* 2007 Apr;115(4):310–9.
 37. Grandón Fernández P, Saldívia Bórquez S, Cova Solar F, BuStoS C, turra Chávez víCtor. Análisis psicométrico y adaptación de la escala de actitudes comunitarias hacia la enfermedad mental (CAMI) en una muestra chilena*
Psychometric analysis and adaptation of Community Attitudes Toward the Mentally Ill (CAMI) Inventory in a Chilean sample. 2016 [cited 2020 May 28];15(2):153–62. Available from:
<http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.upsy15-2.apae>
 38. Szasz TS. Ideología y enfermedad mental.
 39. Murcia MIS, Cardozo SV. Familia, en la salud y en la enfermedad... mental. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2014 Oct 1;43(4):194–202.

9. Anexos, tablas y figuras

Tabla 1. *Caracterización Sociodemográfica De La Muestra*

| | Gitanos (n=9; 14,3%) | | No gitanos (n=54; 85,7%) | |
|-------------------------------|-------------------------|------|-----------------------------|------|
| | n | % | n | % |
| Tipo de asistente | | | | |
| Paciente | 6 | 9,5 | 37 | 58,7 |
| Acompañante | 3 | 4,8 | 17 | 27,0 |
| Sexo | | | | |
| Mujer | 2 | 3,2 | 29 | 46,0 |
| Varón | 7 | 11,1 | 25 | 39,7 |
| Estado civil | | | | |
| Soltero | 1 | 1,6 | 14 | 22,2 |
| Casado | 7 | 11,1 | 33 | 52,4 |
| Divorciado | 0 | 0 | 3 | 4,8 |
| Viudo | 0 | 0 | 3 | 4,8 |
| Con pareja | 1 | 1,6 | 1 | 1,6 |
| Máximo Nivel Académico | | | | |
| Sin estudios | 2 | 3,2 | 0 | 0 |
| Primaria | 3 | 4,8 | 11 | 17,5 |
| Secundaria | 1 | 1,6 | 8 | 12,7 |
| Bachillerato | 1 | 1,6 | 12 | 19,0 |
| Universitarios | 0 | 0 | 12 | 19,0 |
| Formación profesional | 0 | 0 | 11 | 17,5 |
| Otros | 2 | 3,2 | 0 | 0 |

Tabla 2. *Análisis de Resultados de la Escala en las Distintas Dimensiones.*

| | Valor mínimo | Valor máximo | Media | Desviación típica |
|---------------------------|--------------|--------------|-------|-------------------|
| Autoritarismo | 12 | 49 | 36,59 | 6,65 |
| Benevolencia | 13 | 44 | 20,03 | 5,46 |
| Restricción Social | 19 | 50 | 39,43 | 5,88 |
| Ideología en Salud Mental | 10 | 46 | 19,41 | 6,81 |

*El rango de valores de las dimensiones es entre 10 y 50, de manera que 10 expresa el máximo acuerdo y 50 el mínimo acuerdo con la dimensión.

Fig. 1. Distribución de las puntuaciones por dimensiones y grupo étnico

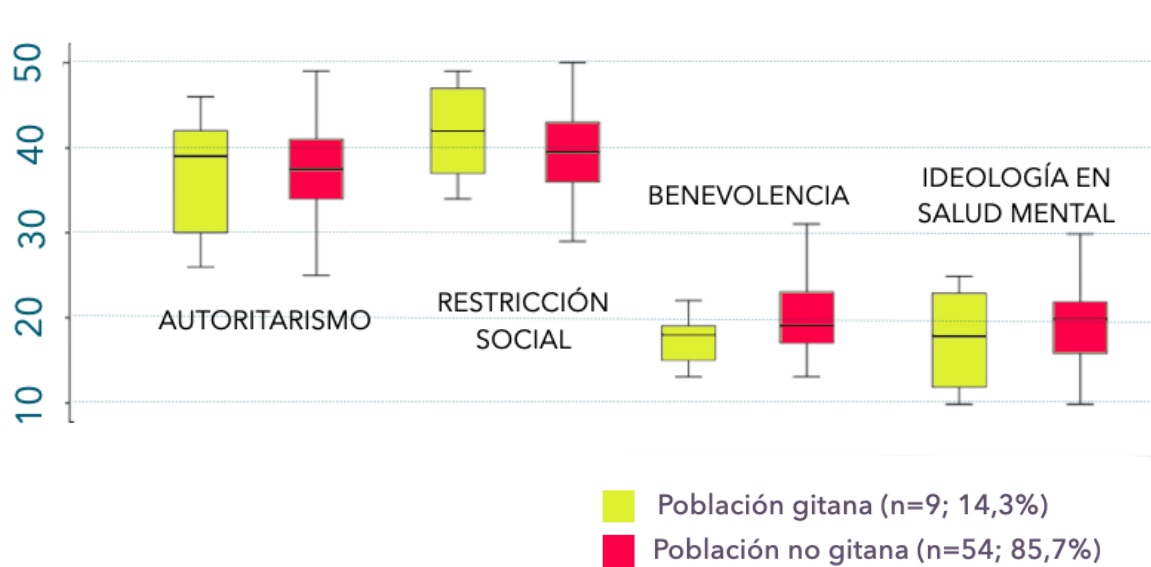


Tabla 3. *Relación de Ítems con Mayor Consenso.*

| | Dimensión | Puntuación* |
|---|------------------|--------------------|
| 25. La mejor manera de tratar a personas con enfermedades mentales es mantenerlos bajo llave. | Autor. | 5 (77,8%) |
| 30. Las personas con enfermedades mentales no merecen nuestra comprensión. | Benev. | 5 (76,2%) |
| 21. Las personas con enfermedades mentales no deberían ser tratados como marginados sociales. | Autor. | 1 (71,4%) |
| 14. Gastar más en servicios de salud mental es un despilfarro de dinero público. | Benev. | 5 (71,4%) |
| 37. Prácticamente cualquier persona puede sufrir una enfermedad mental. | Autor. | 1 (69,8%) |

*Porcentaje de usuarios que contestaron con esa puntuación

* Escala Likert: 1 (totalmente de acuerdo); 5 (totalmente en desacuerdo)

Tabla 4. *Matriz de Correlación entre las Dimensiones de la Escala CAMI.*

| | | Autor. | Benev. | R. Soc. | I. S. M. |
|---------------------------|----------------------------|---------|---------|---------|----------|
| Autoritarismo | Coeficiente de correlación | 1,000 | -,327** | ,535** | -,409** |
| | Sig. (2 colas) | | ,009 | <,001 | ,001 |
| | N | 63 | 63 | 63 | 63 |
| Benevolencia | Coeficiente de correlación | -,327** | 1,000 | -,517** | ,486** |
| | Sig. (2 colas) | ,009 | | <,001 | <,001 |
| | N | 63 | 63 | 63 | 63 |
| Restricción Social | Coeficiente de correlación | ,535** | -,517** | 1,000 | -,704** |
| | Sig. (2 colas) | <,001 | <,001 | | <,001 |
| | N | 63 | 63 | 63 | 63 |
| Ideología en Salud Mental | Coeficiente de correlación | -,409** | ,486** | -,704** | 1,000 |
| | Sig. (2 colas) | ,001 | <,001 | <,001 | |
| | N | 63 | 63 | 63 | 63 |

** . Correlación relevante cuando la significación es 0,01.

Tabla 5. *Puntuaciones en las Dimensiones Según Grupo Étnico.*

| | Gitanos | | No gitanos | | Test de Mann-Whitney | | |
|---------------------------|-----------|-----------|------------|-----------|----------------------|----------|----------|
| | \bar{X} | <i>dt</i> | \bar{X} | <i>dt</i> | <i>U</i> | <i>Z</i> | <i>p</i> |
| Autoritarismo | 36,22 | 7,26 | 36,65 | 6,61 | 237 | -118 | ,906 |
| Benevolencia | 17,22 | 3,15 | 20,5 | 5,64 | 147 | -1,894 | ,058 |
| Restricción Social | 41,56 | 5,59 | 39,07 | 5,9 | 194,5 | -,955 | ,304 |
| Ideología en Salud Mental | 17,44 | 6,21 | 19,74 | 6,91 | 219 | -,463 | ,643 |

Tabla 6. *Tabla de Control de Variables por Grupo Étnico.*

| | Estadístico | <i>gl</i> | <i>p</i> |
|-----------------|-------------|-----------|----------|
| Edad | -1,292* | 60 | 0,201 |
| Sexo | 3,010** | 1 | 0,083 |
| Estado Civil | 0,910** | 1 | 0,340 |
| Nivel Educativo | 7,074*** | 2 | 0,029 |
| Tipo de usuario | 0,012** | 1 | 0,913 |

*. Se ha utilizado el estadístico t de Student.

** . Se ha utilizado el estadístico prueba exacta de Fisher.

***. Se ha utilizado el estadístico test Chi cuadrado.

Caracterización de patrones diferenciales de salud mental en población de etnia gitana en comparación con población de etnia paya de origen español: Un estudio de psiquiatría transcultural sobre el estigma en usuarios de salud mental"

FACULTATIVO INVESTIGADOR Dr/a. MARTÍN L. VARGAS

ALUMNO INVESTIGADOR ALEJANDRO J. MARTÍN DAMIÁN

CONSENTIMIENTO INFORMADO

A.- INFORMACIÓN GENERAL:

- El trabajo de investigación tiene como objetivo encontrar patrones diferenciales sobre el estigma ante la patología psiquiátrica, percibido tanto por la población gitana como por la población española no gitana.
- Para ello, utilizaremos un cuestionario que evalúa las actitudes de la comunidad hacia las personas con enfermedades mentales (CAMI).
- El cuestionario cuenta con 40 ítems a responder de acuerdo con la conformidad del paciente con cada una de las proposiciones.
- Cada ítem cuenta con 5 posibilidades de respuesta, que van desde "Totalmente de acuerdo" hasta "Totalmente en desacuerdo".
- Para dar por válido el cuestionario, es necesario contestar todos los ítems.
- Además del cuestionario, se recogerán datos relevantes para la categorización de la población, como pueden ser la edad, el nivel educativo, el estado civil, etc.
- La información recogida mediante esta escala será totalmente confidencial, y se analizará de manera anónima limitándose su uso al personal investigador, con el fin de obtener conclusiones en el ámbito científico.

F. DECLARO

- Que he sido informado del procedimiento a que voy a realizar, de la confidencialidad de los datos obtenidos y de la posibilidad de revocar dicho consentimiento.
- Estoy satisfecho con la información recibida, he podido formular todas las preguntas que he creído convenientes, y me han aclarado todas las dudas planteadas.

EN CONSECUENCIA DOY MI CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN EL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Caracterización de patrones diferenciales de salud mental en población de etnia gitana en comparación con población de etnia paya de origen español: Un estudio de psiquiatría transcultural sobre el estigma en usuarios de salud mental"

Valladolid, a ____ de _____ de _____

Firma del paciente
investigador

Firma del médico o

DNI _____

H. DENEGACIÓN / REVOCACIÓN PARA LA UTILIZACIÓN DE LOS DATOS CON FINES DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA

Revoco el consentimiento para la participación en el estudio de Trabajo de Investigación:

Caracterización de patrones diferenciales de salud mental en población de etnia gitana en comparación con población de etnia paya de origen español: Un estudio de psiquiatría transcultural sobre el estigma en usuarios de salud mental"

Valladolid, a ____ de _____ de _____

Firma del paciente
investigador

Firma del médico o

DNI _____

CUESTIONARIO GENERAL

G P F C

Rellene los siguientes campos:

- Fecha de nacimiento: / /

- Sexo: Hombre Mujer

- Estado Civil:

- Máximo nivel académico alcanzado:

Soltero/a

Educación primaria

Casado/a

Educación secundaria

Separado/a

Bachillerato

Divorciado/a

Estudios universitarios

Viudo/a

Formación profesional

Otros:

CUESTIONARIO DE ACTITUDES DE LA COMUNIDAD HACIA LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL (CAMI)

Las afirmaciones siguientes expresan opiniones distintas sobre enfermedades mentales y las personas que las padecen. El concepto de personas con enfermedades mentales se refiere a personas que necesitan tratamiento para trastornos mentales, pero que son capaces de vivir de forma independiente fuera de un hospital. Debes marcar con una X la respuesta que refleja más adecuadamente tu reacción a cada frase. La primera reacción es la más importante. No te preocupes si algunas son parecidas a otras que ya has respondido anteriormente. Por favor, no dejes ningún ítem sin respuesta.

¿Cómo responder el cuestionario?

| Totalmente de acuerdo | De acuerdo | Ni acuerdo ni desacuerdo | No estoy de acuerdo | Totalmente en desacuerdo |
|-----------------------|------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|
| ↓ | ↓ | ↓ | ↓ | ↓ |
| 1 | X | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 1. En cuanto que una persona muestra signos de alteración mental, debería ser ingresada en el hospital | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Se debería gastar más dinero de los fondos estatales en el cuidado y tratamiento de las personas con enfermedades mentales | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Las personas con enfermedades mentales se deberían mantener aisladas de la comunidad | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. La mejor terapia para muchas personas con enfermedades mentales es formar parte de la comunidad | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Una enfermedad mental es una enfermedad como cualquier otra | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Las personas con enfermedades mentales representan una carga para la sociedad | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Las personas con enfermedades mentales son menos peligrosas de lo que supone la mayoría de la gente | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. La ubicación de servicios de salud mental en zonas residenciales degrada el barrio | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Las personas con enfermedades mentales tienen algo que las hace fácil distinguirlas de las personas normales | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Las personas con enfermedades mentales han sido objeto de burlas durante demasiado tiempo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Una mujer sería tonta si se casa con un hombre que ha padecido una enfermedad mental, incluso cuando éste parezca estar totalmente recuperado | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Siempre que sea posible los servicios de salud mental deberían ser ofrecidos a través de centros en la comunidad | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. Se debería dar menos importancia a proteger a la población de las personas con enfermedad mental | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. Gastar más en servicios de salud mental es un despilfarro de dinero público | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. Nadie tiene derecho a excluir a las personas con enfermedades mentales de su barrio | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. El hecho de tener personas con enfermedades mentales viviendo en comunidades residenciales puede ser una buena terapia, pero los riesgos para los residentes son demasiado grandes | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. Las personas con enfermedades mentales necesitan el mismo control y disciplina que un niño | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. Necesitamos adoptar una actitud mucho más tolerante en nuestra sociedad hacia las personas con enfermedades mentales | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. No me gustaría vivir a lado de una persona que ha padecido una enfermedad mental | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. Los residentes deberían aceptar la ubicación de servicios de salud mental en sus barrios para cubrir las necesidades de la comunidad local | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 21. Las personas con enfermedades mentales no deberían ser tratados como marginados sociales. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22. Hay suficientes servicios para las personas con enfermedades mentales | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23. Se debería motivar a las personas con enfermedades mentales a asumir las responsabilidades de una vida normal | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24. Los residentes tienen buenos motivos para oponerse a la ubicación de servicios de salud mental en sus barrios | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25. La mejor manera de tratar a personas con enfermedades mentales es mantenerlos bajo llave | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 26. Nuestros hospitales parecen más cárceles que sitios donde se puede cuidar de las personas con enfermedades mentales | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 27. Cualquier persona con historia de problemas mentales debería estar excluida de asumir un trabajo público | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 28. La ubicación de servicios de salud mental en zonas residenciales no representa ningún peligro para los residentes | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 29. Los hospitales para enfermedades mentales representan un tipo de tratamiento obsoleto | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 30. Las personas con enfermedades mentales no merecen nuestra comprensión | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 31. No deberían negarse sus derechos como individuos a las personas con enfermedades mentales | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 32. Los centros de salud mental deberían estar fuera de barrios residenciales | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 33. Una de las principales causas de la enfermedad mental es la falta de autodisciplina y de fuerza de voluntad | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 34. Tenemos la responsabilidad de proporcionar el mejor cuidado posible a las personas con enfermedades mentales | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 35. No se puede dar ninguna responsabilidad a las personas con enfermedades mentales | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 36. Los residentes no tienen nada que temer de personas que vienen a sus barrios para ser atendidos en los servicios de salud mental | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 37. Prácticamente cualquier persona puede sufrir una enfermedad mental | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 38. Es mejor evitar a cualquier persona que tenga problemas mentales | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 39. En la mayoría de los casos, se puede confiar en mujeres que han sido pacientes en hospitales de enfermedades mentales como canguros | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 40. Asusta pensar en personas con problemas mentales viviendo en barrios residenciales | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

AUTORITARISMO

| | |
|---|---|
| 1. En cuanto que una persona muestra signos de alteración mental, debería ser ingresada en el hospital | D |
| 9. Las personas con enfermedades mentales tienen algo que las hace fácil distinguirlas de las personas normales | D |
| 17. Las personas con enfermedades mentales necesitan el mismo control y disciplina que un niño | D |
| 25. La mejor manera de tratar a personas con enfermedades mentales es mantenerlos bajo llave | D |
| 33. Una de las principales causas de la enfermedad mental es la falta de autodisciplina y de fuerza de voluntad | D |

| | |
|--|---|
| 5. Una enfermedad mental es una enfermedad como cualquier otra | I |
| 13. Se debería dar menos importancia a proteger a la población de las personas con enfermedad mental | I |
| 21. Las personas con enfermedades mentales no deberían ser tratados como marginados sociales. | I |
| 29. Los hospitales para enfermedades mentales representan un tipo de tratamiento obsoleto | I |
| 37. Prácticamente cualquier persona puede sufrir una enfermedad mental | I |

BENEVOLENCIA

| | |
|---|---|
| 2. Se debería gastar más dinero de los fondos estatales en el cuidado y tratamiento de las personas con enfermedades mentales | I |
| 10. Las personas con enfermedades mentales han sido objeto de burlas durante demasiado tiempo | I |
| 18. Necesitamos adoptar una actitud mucho más tolerante en nuestra sociedad hacia las personas con enfermedades mentales | I |
| 22. Hay suficientes servicios para las personas con enfermedades mentales | I |
| 34. Tenemos la responsabilidad de proporcionar el mejor cuidado posible a las personas con enfermedades mentales | I |

| | |
|---|---|
| 6. Las personas con enfermedades mentales representan una carga para la sociedad | D |
| 14. Gastar más en servicios de salud mental es un despilfarro de dinero público | D |
| 26. Nuestros hospitales parecen más cárceles que sitios donde se puede cuidar de las personas con enfermedades mentales | D |
| 30. Las personas con enfermedades mentales no merecen nuestra comprensión | D |
| 38. Es mejor evitar a cualquier persona que tenga problemas mentales | D |

RESTRICCIÓN SOCIAL

| | |
|---|---|
| 3. Las personas con enfermedades mentales se deberían mantener aisladas de la comunidad | D |
| 11. Una mujer sería tonta si se casa con un hombre que ha padecido una enfermedad mental, incluso cuando éste parezca estar totalmente recuperado | D |
| 19. No me gustaría vivir a lado de una persona que ha padecido una enfermedad mental | D |
| 27. Cualquier persona con historia de problemas mentales debería estar excluida de asumir un trabajo público | D |
| 35. No se puede dar ninguna responsabilidad a las personas con enfermedades mentales | D |

| | |
|---|---|
| 7. Las personas con enfermedades mentales son menos peligrosas de lo que supone la mayoría de la gente | I |
| 15. Nadie tiene derecho a excluir a las personas con enfermedades mentales de su barrio | I |
| 23. Se debería motivar a las personas con enfermedades mentales a asumir las responsabilidades de una vida normal | I |
| 31. No deberían negarse sus derechos como individuos a las personas con enfermedades mentales | I |
| 39. En la mayoría de los casos, se puede confiar en mujeres que han sido pacientes en hospitales de enfermedades mentales como canguros | I |

IDEOLOGIA DE LA SALUD MENTAL

| | |
|--|---|
| 4. La mejor terapia para muchas personas con enfermedades mentales es formar parte de la comunidad | I |
| 12. Siempre que sea posible los servicios de salud mental deberían ser ofrecidos a través de centros en la comunidad | I |
| 20. Los residentes deberían aceptar la ubicación de servicios de salud mental en sus barrios para cubrir las necesidades de la comunidad local | I |
| 28. La ubicación de servicios de salud mental en zonas residenciales no representa ningún peligro para los residentes | I |
| 36. Los residentes no tienen nada que temer de personas que vienen a sus barrios para ser atendidos en los servicios de salud mental | I |

| | |
|--|---|
| 8. La ubicación de servicios de salud mental en zonas residenciales degrada el barrio | D |
| 16. El hecho de tener personas con enfermedades mentales viviendo en comunidades residenciales puede ser una buena terapia, pero los riesgos para los residentes son demasiado grandes | D |
| 24. Los residentes tienen buenos motivos para oponerse a la ubicación de servicios de salud mental en sus barrios | D |
| 32. Los centros de salud mental deberían estar fuera de barrios residenciales | D |
| 40. Asusta pensar en personas con problemas mentales viviendo en barrios residenciales | D |



TRABAJO DE FIN DE GRADO

Alejandro José Martín Damián
Universidad de Valladolid

UVa

Caracterización de patrones diferenciales en usuarios de etnia gitana: Un estudio de psiquiatría transcultural sobre el estigma en usuarios de salud mental.



Objetivo

Investigar el grado de **estigma** que hay entre pacientes de Salud Mental, y comprobar, si existen diferencias entre aquellos de etnia gitana y de etnia paya.

Participantes

Pacientes y acompañantes de la consulta de psiquiatría, mayores de edad, que no se presenten actividad psíquica alterada a la hora de realizar el cuestionario.

Lugar de realización

Este estudio tendrá como base el Centro de Salud Delicias II, en Valladolid, en el que se realizará la recogida de datos.

