



Universidad de Valladolid

TRABAJO FIN DE GRADO EN TRABAJO SOCIAL
**“La enfermedad mental desde la perspectiva
del Trabajo Social. Percepciones y actitudes de
los estudiantes de la Universidad de
Valladolid”**

Autora:

D^{ña}: Ana Abascal Redondo

Tutor:

D. José Luis Izquieta Etulain

FACULTAD DE EDUCACIÓN Y TRABAJO SOCIAL

UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

CURSO 2016 - 2017

FECHA DE ENTREGA: 7 de Julio de 2017

ÍNDICE

Resumen/Abstract.....	6
INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN.....	7
CAPÍTULO 1: LA ENFERMEDAD MENTAL EN EL HORIZONTE DEL TRABAJO SOCIAL. EMFOQUES POLÍTUCAS SOCIALES Y MODELOS DE ATENCIÓN.....	9
1. La enfermedad mental: dimensiones y enfoques.....	9
2. Estigma y enfermedad mental.....	10
3. Legislación y políticas sociales sobre la enfermedad mental.....	14
4. Modelos de atención y apoyo a las personas con enfermedad mental.....	18
5. Trabajo Social y enfermedad mental.....	19
CAPÍTULO 2: PERCEPCIÓN Y REPRESENTACIONES DE LA ENFERMEDAD MENTAL DE LOS ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD DE VALLADOLID.....	21
1. Justificación.....	21
2. Objetivos.....	21
3. Metodología de la investigación.....	21
3.1. Diseño del estudio.....	21
3.2. Descripción de la muestra.....	21
3.3. Métodos.....	21
3.3.1. Tratamiento de los datos y análisis estadístico.....	22
4. Resultados y discusión.....	23
4.1. Descriptivo muestra total.....	23
4.2. Descriptivo título/rama.....	36
CONCLUSIONES.....	50
Referencias bibliográficas.....	52
Anexo I.....	59
Anexo II.....	60

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Estudios realizados en el colectivo universitario sobre el estigma que sufren las personas con enfermedad mental.	12
Tabla 2: Distribución en función de las ramas de conocimiento y título académico cursado por los estudiantes voluntarios participantes en el estudio.	23
Tabla 3: Contacto con la enfermedad mental de los participantes del estudio.	23
Tabla 4: Descriptivo de las puntuaciones medias obtenidas en los ítems y factores del AQ-27 en la muestra total.	26
Tabla 5: Comparación de medias.	28
Tabla 6: Catalogación de las puntuaciones medias obtenidas en los ítems en el AQ-27 (expresado como porcentaje de sujetos en cada una de las categorías).	30
Tabla 7: Contacto con la enfermedad mental de los participantes en el estudio en función de las ramas de conocimiento.....	38
Tabla 8: Descriptivo de los valores medios de los ítems y factores del AQ-27 en función de la rama de conocimiento.....	39
Tabla 9: Catalogación de las puntuaciones medias obtenidas en los ítems en el AQ-27 (expresado como porcentaje de sujetos en cada una de las categorías) en función de la rama de conocimiento).	42

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Descriptivo de las puntuaciones obtenidas en los factores del cuestionario AQ-27 en la muestra total (box plot).....	24
Figura 2: Descriptivo de las puntuaciones obtenidas en los factores del cuestionario AQ-27 en hombres (box plot).....	24
Figura 3: Descriptivo de las puntuaciones obtenidas en los factores del cuestionario AQ-27 en mujeres (box plot).	25
Figura 4: Descriptivo de los ítems integrados en el factor 1 (Responsabilidad) en función del sexo (box plot).	32
Figura 5: Descriptivo de los ítems integrados en el factor 2 (Piedad) en función del sexo (box plot).	32
Figura 6: Descriptivo de los ítems integrados en el factor 3 (Ira) en función del sexo (box plot).	33
Figura 7: Descriptivo de los ítems integrados en el factor 4 (Peligrosidad) en función del sexo (box plot).	33
Figura 8: Descriptivo de los ítems integrados en el factor 5 (Miedo) en función del sexo (box plot).	34
Figura 9: Descriptivo de los ítems integrados en el factor 6 (Ayuda) en función del sexo (box plot).	34
Figura 10: Descriptivo de los ítems integrados en el factor 7 (Coacción) en función del sexo (box plot).	35
Figura 11: Descriptivo de los ítems integrados en el factor 8 (Segregación) en función del sexo (box plot).	35
Figura 12: Descriptivo de los ítems integrados en el factor 9 (Evitación) en función del sexo (box plot).	36
Figura 13: Descriptivo de los ítems integrados en el factor 1 (Responsabilidad) en función del Título/Rama (box plot).	45
Figura 14: Descriptivo de los ítems integrados en el factor 2 (Piedad) en función del Título/Rama (box plot).	45
Figura 15: Descriptivo de los ítems integrados en el factor 3 (Ira) en función del Título/Rama (box plot).	46
Figura 16: Descriptivo de los ítems integrados en el factor 4 (Peligrosidad) en función del Título/Rama (box plot).....	46
Figura 17: Descriptivo de los ítems integrados en el factor 5 (Miedo) en función del Título/Rama (box plot).	47
Figura 18: Descriptivo de los ítems integrados en el factor 6 (Ayuda) en función del Título/Rama (box plot).	47

Figura 19: Descriptivo de los ítems integrados en el factor 7 (Coacción) en función del Título/Rama (box plot).	48
Figura 20: Descriptivo de los ítems integrados en el factor 8 (Segregación) en función del Título/Rama (box plot).....	48
Figura 21: Descriptivo de los ítems integrados en el factor 9 (Evitación) en función del Título/Rama (box plot).	49

Resumen.

La enfermedad mental sigue siendo actualmente una gran desconocida y por ende las personas que la padecen sufren un estigma social que actúa como obstaculizador en su día a día. Desde el Trabajo Social se trabaja con este colectivo de forma integral por lo que una de sus funciones es la de sensibilizar a las personas y lograr de esta manera una integración real de este colectivo. Es por ello, que este trabajo trata de conocer a través del Cuestionario de Atribución AQ-27 el estigma hacia las personas con enfermedad mental de los estudiantes de la Universidad de Valladolid, contribuyendo a que de esta manera, se puede establecer un marco de referencia a partir del cual se pueda continuar trabajando en pro de la mejora de las condiciones de vida de este colectivo.

Palabras clave.

Enfermedad mental, estigma, estudiantes universitarios, Cuestionario de Atribución AQ-27.

Abstract.

Nowadays, mental diseases are still not well known, and so these patients suffer a social stigma that makes their lives become more difficult. Social work works with this collective in an integral way so one of its endpoints is to sensitize population to integrate them into society. This work tries to know by the AQ27 the point of view of Universidad de Valladolid students about mental disease patients, contributing to set a start point from which the quality of life of these patients can be improved.

Key words.

Mental illness/mental diseases, stigma, college students/university students, Attribution Questionnaire 27 (AQ27).

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN.

La visualización de la enfermedad mental es un tema que se ha tratado muy poco en nuestra sociedad, a pesar de que según la OMS, un 1% de la población padecerá en algún momento de su vida enfermedades mentales graves que muchas veces se cronificarán.

En nuestra población la enfermedad mental sigue siendo una gran desconocida y las personas con enfermedad mental sufren actitudes estigmatizantes que van desde la creencia de que la enfermedad mental es un déficit, una desviación grave de la normalidad, hasta la afirmación de que todas las personas con enfermedad mental son poco inteligentes, incompetentes o incluso violentas. Estos prejuicios, en general, son compartidos por toda la sociedad y en muchas ocasiones son los jóvenes los que más muestran estos comportamientos o actitudes.

A pesar de los cambios y los avances culturales, sociales y sanitarios que se han producido en el siglo XX, la enfermedad mental sigue siendo estigmatizada en nuestro medio. Sin embargo, aunque es frecuente que persistan los prejuicios y la desconfianza hacia las personas con enfermedad mental, en la actualidad hay un creciente interés en favorecer y facilitar la integración de estas personas para mejorar su calidad de vida y la de sus familiares.

Por ello los trabajos y las investigaciones cuyo objetivo es estudiar y conocer la realidad del proceso de estigmatización frente a la enfermedad mental son muy importantes en nuestro entorno social ya que facilitan el conocimiento y contribuyen, sin duda, a minimizar las situaciones de exclusión y el rechazo social que en numerosas ocasiones sufren las personas con enfermedad mental.

Con este trabajo, y como futuros trabajadores sociales, se pretende contribuir a mejorar la posición social de este colectivo minimizando la exclusión y fomentando un tipo de vida “normalizada”, sin estigmatización en el que estas personas puedan vivir gozando de todos sus derechos. Todas las personas son ciudadanas de pleno derecho, esto hemos de conseguir que se visualice mediante la sensibilización sobre este problema, para mejorar la integración de las personas con enfermedad mental en la sociedad.

Para lograr acercarnos un poco más a esta realidad, nos planteamos como objetivos generales de este trabajo “estudiar el fenómeno de la enfermedad mental en relación con el Trabajo Social y profundizar en las actitudes de los estudiante de la Universidad de Valladolid hacia la enfermedad mental”. Como objetivos específicos se perfilan los siguientes:

- Identificar las características que presenta la enfermedad mental y las personas que la padecen.
- Delimitar la relación entre la enfermedad mental y el estigma social.
- Describir modelos de atención a las personas con enfermedad mental.
- Identificar y delimitar las políticas sociales de referencia y la normativa existente en nuestra sociedad y en particular en Castilla y León.

“La enfermedad mental desde la perspectiva del Trabajo Social. Percepciones y actitudes de los estudiantes de la Universidad de Valladolid”

- Precisar la relación existente entre el Trabajo Social y la atención a las personas con enfermedad mental.
- Estudiar la opinión de los estudiantes de la Universidad de Valladolid sobre la enfermedad mental.

De acuerdo al objetivo principal planteado, el trabajo se ha estructurado en dos bloques fundamentales. En primer lugar se ha realizado una revisión bibliográfica basada en una búsqueda que se realizó entre los meses de febrero y abril de 2017. Para ello se ha accedido a diversas fuentes de información como bases de datos bibliográficas de libre acceso, páginas gubernamentales (BOE) y página de la Organización Mundial de la Salud (OMS). De forma complementaria se hicieron búsquedas manuales a través de Google, en bases de datos y catálogos de universidades, repositorios de revistas y libros de actas de simposios. Por supuesto, también se consultaron libros y catálogos de bibliotecas. Finalmente se consultó con profesionales de servicios sociales para recoger información técnica complementaria. Por otra parte, se ha desarrollado un trabajo de investigación de carácter observacional transversal descriptivo para analizar ciertas variables relacionadas con el estigma social asociado a la enfermedad mental en estudiantes universitarios. La recogida de datos tuvo lugar en el mes de abril, para ello se contactó previamente con estudiantes de la Universidad de Valladolid, a los que tras informar de los objetivos del estudio se solicitó su colaboración voluntaria. Accedieron a colaborar en este protocolo 114 alumnos de las cinco ramas de conocimiento de esta universidad. Se ha utilizado un cuestionario de diseño propio para evaluar las variables sociales (Anexo I) y la versión española del Attribution Questionnaire-27 (AQ-27) para evaluar las variables relacionadas con el estigma social asociado a la enfermedad mental grave (Anexo II).

CAPÍTULO 1: LA ENFERMEDAD MENTAL EN EL HORIZONTE DEL TRABAJO SOCIAL.

1. La enfermedad mental: dimensiones y enfoques.

Definir el concepto de enfermedad mental resulta algo muy complejo, dado que en cada sociedad o cultura se delimita de distinta forma la salud y la enfermedad, sobre todo de carácter mental. Por tanto, es muy difícil delimitar tanto el término de enfermedad mental como el de salud mental, ya que son un continuo. A pesar de ello trataré de perfilar algunos de sus aspectos y características propias.

La Organización Mundial de la Salud (2013) define la salud mental como “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”.

FEAFES (2008) define la enfermedad mental como:

Una alteración de tipo emocional, cognitivo y/o del comportamiento, en que quedan afectados procesos psicológicos básicos como son la emoción, la motivación, la cognición, la conciencia, la conducta, la percepción, el aprendizaje, el lenguaje, lo cual dificulta a la persona su adaptación al entorno cultural y social en que vive y crea alguna forma de malestar subjetivo (p.24).

En el DSM-V la Asociación Americana de psiquiatría (2014) define los trastornos mentales como:

Síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental. Habitualmente los trastornos mentales van asociados a un estrés significativo o una discapacidad, ya sea social, laboral o de otras actividades importantes. Una respuesta predecible o culturalmente aceptable ante un estrés usual o una pérdida, tal como la muerte de un ser querido, no constituye un trastorno mental. Un comportamiento socialmente anómalo (ya sea político, religioso o sexual) y los conflictos existentes principalmente entre el individuo y la sociedad no son trastornos mentales salvo que la anomalía o el conflicto sean el resultado de una disfunción del individuo, como las descritas anteriormente (p.20).

Estos conceptos abarcan múltiples procesos y patologías que se han clasificado y han sido diferenciados de distintas formas. Los principales sistemas de clasificación se han descrito en el “Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales” (DSM) de 2014, de la Asociación Americana de Psiquiatría y en la “Clasificación Internacional de Enfermedades” versión publicada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en su octava edición (CIE 10) de 2008.

Por otra parte, la OMS de acuerdo con el modelo social de la discapacidad, establece que tanto el estado salud de mental como el de enfermedad mental vendrán determinados por múltiples factores que interactúan entre sí. Entre los principales determinantes destacan los factores:

“La enfermedad mental desde la perspectiva del Trabajo Social. Percepciones y actitudes de los estudiantes de la Universidad de Valladolid”

- Biológicos: principalmente factores genéticos, que se van a expresar en función de diferentes variables.
- Individuales: experiencias personales, vivencias...
- Familiares y sociales: red social, apoyo familiar...
- Económicos y medioambientales: condiciones de vida, situación sociolaboral...

2. Estigma y enfermedad mental.

La sociedad a lo largo de la historia ha ido creando diversas categorías de personas. Fueron los griegos los que crearon el término *estigma*.

Dentro del ámbito de las Ciencias Sociales Erving Goffman (2006) establece que “el término estigma será utilizado, pues, para hacer referencia a un atributo profundamente desacreditador”, sin embargo considera que “lo que en realidad se necesita es un lenguaje de relaciones, no de atributos” (p.15). Este autor establece tres tipos de estigmas: las abominaciones del cuerpo, los defectos del carácter del individuo y los estigmas tribales de la raza, la nación y la religión (Goffman, 2006: 16).

Link y Phelan (citado en Pedersen 2009: 4) afirman que la estigmatización puede verse como un producto de varios procesos sociales secuenciales o simultáneos de rotulamiento, estereotipación, distanciamiento social, segregación y exclusión, degradación y discriminación, que ocurren por lo general en un contexto de poder asimétrico.

Según Edward Jones, Robert Scott y Hazel Marcus (citado en Sanjuan 2011: 9) existen seis dimensiones relevantes a la hora de analizar los estigmas. Éstas serían:

- La visibilidad del estigma, es decir en qué medida se puede ocultar o no.
- El desarrollo del estigma que hace referencia a si este es estable, como la ceguera, o se desarrolla poco a poco, como la esclerosis múltiple.
- La disruptividad que indicaría en qué medida interfiere las relaciones sociales del estigmatizado.
- Los aspectos estéticos en relación con las reacciones de las demás personas al aspecto del estigmatizado.
- El origen, ya que a quienes se atribuye responsabilidad en la adquisición o mantenimiento del estigma se les rechaza más.
- El peligro, es decir, en qué medida el estigma implica riesgo para la vida de los demás.

Las personas con enfermedad mental han sido etiquetadas como “enfermos mentales” y es frecuente que sufran cierto rechazo social por parte de la población general. Este hecho, claramente, va a repercutir en su bienestar y adaptación social; es decir, muchas personas con enfermedades mentales van a estar estigmatizadas.

Tal y como se describe en el Libro Verde de la Salud Mental en Europa (2007):

Estas personas, se topan con el miedo y los prejuicios de los demás, con frecuencia basados en una concepción distorsionada de lo que son las enfermedades mentales. La estigmatización además de aumentar el sufrimiento personal y la exclusión social, puede impedir el acceso a la vivienda y al empleo, e incluso hacer que la persona afectada no busque ayuda por miedo a que se le etiquete (p. 11).

El estigma no afecta solo a las personas con enfermedad mental sino que también repercute en sus familiares. En nuestro ámbito donde los medios de comunicación social (periódicos, radio, televisión, redes sociales...) tienen una creciente influencia, es necesario considerar el impacto que determinadas opiniones, creencias y actitudes pueden provocar en el mantenimiento de las conductas estigmatizadoras. Por ello es muy importante concienciar y sensibilizar a la población para luchar de forma eficaz contra el estigma. Así lo reconocen y lo recomiendan diversos organismos internacionales que incluyen este tema como un factor clave en los planes de salud mental.

En nuestro país la Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES) ha publicado un manual de estilo sobre este tema y el Ministerio de Sanidad ha realizado algunas campañas para sensibilizar sobre la enfermedad mental. El 10 de octubre de 2016, día de la enfermedad mental, se ha desarrollado una campaña a nivel nacional denominada “Soy como tú”, que ha sido difundida por diversos medios de comunicación y en la que se han hecho diversas actividades en distintas ciudades. Aunque estas acciones son importantes aún queda mucho por hacer en relación al estigma y la enfermedad mental.

Por otra parte, hay que considerar y tener presente la diferencia que existe entre el auto-estigma y el estigma público. El primero hace referencia a las creencias negativas sobre uno mismo mientras que por el contrario, el estigma público son las creencias negativas sobre un grupo.

En España, existen diversos estudios sobre el estigma que sufren las personas con enfermedad mental, aunque la mayoría de ellos se ha dirigido a la población general. Uno de los trabajos más amplio, riguroso y exhaustivo ha sido el realizado por Muñoz, Pérez, Crespo y Guillén (2009). Para la investigación los autores utilizaron, entre otras herramientas, el Cuestionario de Atribución (AQ-27), cuestionario que tradujeron y validaron para la población española (Muñoz et al., 2009). El trabajo aborda el estigma en diversas personas y ámbitos relacionados con la enfermedad mental: familiares de personas con enfermedad mental, profesionales que trabajan con ellos, estigma asociado a la enfermedad mental en población general y estigma asociado a la enfermedad mental y medios de comunicación.

Sin embargo, en nuestro país, son escasas las investigaciones que estudian el estigma que sufren las personas con enfermedad mental por parte de estudiantes universitarios. Entre las investigaciones realizadas en este colectivo hay que destacar las siguientes (tabla 1):

Tabla 1: Estudios realizados en el colectivo universitario sobre el estigma que sufren las personas con enfermedad mental

Estudio	Autor	Año	Lugar	Población	Instrumento
"Actitud de los alumnos de quinto de medicina hacia la salud mental"	Gilaberte, I., Failde, I., Salazar, A y Caballero, L.	2012	Madrid: Universidad San Pablo-CEU	22 estudiantes de 5º de Medicina de la Universidad San Pablo- CEU.	-Cuestionario nivel familiaridad hacia la Enfermedad Mental. -Cuestionario actitud hacia la Enfermedad Mental. -Cuestionario adaptado de Balon sobre actitud hacia la psiquiatría.
"Actitudes y creencias de alumnos de enfermería hacia las personas con alteraciones se la Salud Mental"	Granados, G., Lopez, M. y Marquez, V.	2012	Almería: Universidad de Almería	194 alumnos pertenecientes a la Universidad de Almería, matriculados en la Diplomatura de Enfermería.	-Cuestionario AQ-27 que mide las actitudes. -Cuestionario de Creencias sobre Salud Mental. -Cuestionario de variables sociodemográficas.
"Análisis del grado de estigma social en enfermos mentales en futuros profesionales sanitarios"	Frago, J.	2012	Huesca: Universidad de Zaragoza	133 estudiantes de la Escuela de Enfermería de Huesca.	20 ítems, medición escala tipo Likert. Variables: -Haber impartido la asignatura de salud mental. -Estancia clínica en el servicio de psiquiatría.
"El estigma de la enfermedad mental en jóvenes universitarios. Estudio comparativo entre las ciudades de Metz (Francia) y Zaragoza (España)"	Castán, I.	2014	Zaragoza: Universidad de Zaragoza	94 estudiantes en total, 44 españoles y 50 franceses.	-Cuestionario MAKs. -Cuestionario RIBS. -Cuestionario CAMI.

Tabla de elaboración propia a partir de Castán, 2014.

Por otra parte otro aspecto de interés sería conocer la situación de los estudiantes con enfermedad mental que acuden a la universidad. En el Libro Blanco sobre Universidad y Discapacidad (Peralta, 2007) se evidenció la ausencia de datos homogéneos y fiables sobre el nivel educativo de este colectivo y sobre su grado de acceso a la universidad.

González-Badía, Sala y Hermoso (2012) señalaron que uno de los diversos problemas que actualmente tienen las personas con enfermedad mental es la atención que reciben en la Universidad.

A diferencia de lo que pasa con otros tipos de discapacidad (visual, auditiva, física y orgánica), la discapacidad derivada de una enfermedad mental no tiene el mismo grado de aceptación social, teniendo como efecto que muchas veces la persona con enfermedad mental oculta la misma ante los miembros de la Comunidad Universitaria (profesores, compañeros de clase, etc.), llegando al extremo de no acudir a la Oficina de Atención a Estudiantes con Discapacidad e incluso de no indicarla en la matrícula, así pues prescindiendo de servicios, becas o exención de matrícula de la que se podrían beneficiar. Todo esto redundaría en no poder obtener los recursos necesarios para completar con éxito su vida académica (p. 10).

En la publicación de González-Badía et al. (2012) se incluyen algunos datos de la Universidad de Valladolid respecto a los estudiantes con enfermedad mental.

En el caso de la Universidad de Valladolid, aparte de las prestaciones del servicio de atención psicológica, el programa de atención a personas con discapacidad de la Universidad brinda la posibilidad de organizar redes de apoyo social y voluntariado universitario a los estudiantes con enfermedad mental, cuyos informes facultativos lo recomienden. Esta actuación la realizan en coordinación con los especialistas que mantienen el seguimiento de los estudiantes que solicitan apoyo y valoran el grado de idoneidad de su desarrollo (p. 95).

González-Badía et al. (2012) afirman que en la Universidad de Valladolid había 24379 estudiantes, de los cuales 146 eran estudiantes con alguna discapacidad, encontrando 6 con enfermedad mental, se observa una ratio del 0'02%.

Entre las conclusiones del trabajo que estos autores realizaron en personas con enfermedad mental y/o discapacidad con el objetivo de “identificar las principales necesidades de la población con enfermedad mental en el contexto universitario actual y promover la igualdad de oportunidades de la población con enfermedad mental en el contexto universitario” se incluye que:

Se constata la existencia de estigma social, sobre todo vinculado a la inserción laboral del colectivo de personas con enfermedad mental, tanto en la sociedad en general como en el mundo empresarial en particular.

Se ha constatado la importancia del empoderamiento de las personas con enfermedad mental para afrontar el desarrollo de la vida académica y la superación de las dificultades que esta les pueda presentar (González-Badía et al., 2012, p. 105).

Por otra parte los investigadores destacan la importancia de concienciar y formar al profesorado y a la comunidad universitaria en general.

3. Legislación y políticas sociales de referencia.

La legislación sobre la enfermedad mental abarca tanto aspectos sanitarios como sociales. El objetivo es proteger a la persona con enfermedad mental y favorecer su aceptación e inclusión en la comunidad participando de forma activa en la misma.

Existen múltiples normas jurídicas y sociales al respecto a distintos niveles. En el espacio europeo destacan:

En la Declaración de Helsinki en Salud Mental (2005) se reconoció la salud mental como un aspecto fundamental para conseguir una buena calidad de vida. Por ello, en el documento elaborado por esta Conferencia de la OMS, se incluyeron una serie de prioridades, acciones y responsabilidades a llevar a cabo en materia de promoción de la salud mental.

También en el año 2005 la Unión Europea elaboró un Dictamen (Dictamen del Comité Económico y Social Europeo sobre el Libro Verde – Mejorar la salud mental en la población – Hacia una estrategia de la Unión Europea COM (2005) 484 final) en el que estableció una estrategia para mejorar la salud mental de los europeos. Este texto recoge y propone diversas acciones encaminadas, principalmente, a mejorar la información sobre la salud y a disminuir las desigualdades en materia de sanidad. En la misma línea se propusieron una serie de objetivos entre los que destacan la promoción de la salud mental de toda la población y la mejora de la calidad de vida de los enfermos. Además, se formularon una serie de recomendaciones encaminadas a determinar las mejores prácticas para promover la inclusión social y salvaguardar los derechos de las personas aquejadas de trastornos mentales. Se propuso que estas recomendaciones se incluyeran en la esfera de actuación de la Agencia de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea.

En paralelo en 2006 (Decisión de la Comisión de 10 de febrero de 2006), se adoptó el plan de trabajo para la aplicación del programa de acción comunitario en el ámbito de la salud pública (2003-2008). En este programa se abordaron diversos aspectos relativos a la salud mental.

Por otra parte, desde 1950 en los estados miembros del Consejo de Europa, se han hecho distintos avances en relación con los derechos y libertades fundamentales. Hay que destacar el Protocolo nº 12 (Tribunal Europeo de Derechos Humanos, 2002) que incluyó las medidas para promover la igualdad de todas las personas mediante la garantía colectiva de la prohibición general de la discriminación. Este protocolo reitera que el principio de no discriminación no impide a los estados tomar medidas para promover una igualdad plena y efectiva. Posteriormente el Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y las Libertades Fundamentales (2010) incluyó diversos protocolos adicionales.

En 2013 se celebró el año europeo de la salud mental y se elaboró un nuevo Dictamen (Dictamen del Comité Económico y Social Europeo sobre el «Año Europeo de la Salud Mental — Mejorar el trabajo y aumentar la calidad de vida» Dictamen de iniciativa. 2013/C 44/06) cuyo objetivo se centró en fortalecer la salud mental y sensibilizar a la población, en un sentido amplio, en toda la Unión Europea.

Finalmente se ha establecido el Plan Europeo de Acción para la Salud Mental (2013-2020) (Organización Mundial de la Salud, 2013), encargado en la 65ª Asamblea y presentado y adaptado en la 66ª Asamblea a través de la resolución WHA 66.8. Dicho Plan está compuesto por 4 objetivos y 6 metas relacionadas con éstos. Se espera que en el año actual, 2017, se presente un informe del cumplimiento de dicho Plan y sus objetivos.

Aunque en España no exista una legislación específica que proteja los derechos de las personas con enfermedad mental, si existen distintas leyes generales que se dirigen a este sector de la población. Es decir, existe un marco normativo que hace referencia a todas las personas con alguna discapacidad y dentro de alguna de estas se incluye la enfermedad mental expresamente.

Respecto a lo señalado en el párrafo anterior, la Constitución española (1978) recoge diversos aspectos:

- El artículo 9.2. señala que:

Corresponde a los poderes públicos promover las condiciones para que la libertad y la igualdad del individuo y de los grupos en que se integra sean reales y efectivas; remover los obstáculos que impidan o dificulten su plenitud y facilitar la participación de todos los ciudadanos en la vida política, económica, cultural y social.

- En el artículo 10.1. se establece que “la dignidad de la persona, los derechos inviolables que le son inherentes, el libre desarrollo de la personalidad, el respeto a la ley y a los derechos de los demás son fundamento del orden político y de la paz social”.
- El artículo 14 afirma que “Los españoles son iguales 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”.
- En su artículo 43.1., “se reconoce el derecho a la protección de la salud”.
- El artículo 49 hace referencia a que:

Los poderes públicos realizarán una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a los que prestarán la atención especializada que requieran y los ampararán especialmente para el disfrute de los derechos que este Título otorga a todos los ciudadanos.

Por otra parte, se traslada a las Comunidades Autónomas (CCAA) amplias competencias en materia de Sanidad.

Más tarde en respuesta a las previsiones que, en materia de salud pública, establece la Constitución Española, surge la Ley General de Sanidad (25 de abril de 1986) y se crean el Ministerio de Sanidad y las Consejerías de Sanidad. La Ley General de Sanidad permitió poner en marcha los procesos de transferencias de servicios, proponiendo la configuración de un Sistema Nacional de Salud (heredero del anterior Instituto Nacional de Salud). Este sistema se concibió como el conjunto de los servicios de salud de las CCAA adecuadamente coordinados.

Es decir, como la Constitución Española contempla la descentralización administrativa, cada CCAA ha recibido las transferencias adecuadas para establecer la organización de su servicio de salud. Este servicio de salud representa la estructura administrativa y de gestión que integra todos los centros, servicios y establecimientos de la propia Comunidad, Diputaciones, Ayuntamientos y cualesquiera otras Administraciones territoriales intracomunitarias.

La asunción de competencias sanitarias por las CCAA aproxima la gestión sanitaria a los ciudadanos y garantiza:

- Equidad: acceso a las prestaciones y el derecho a la protección de la salud en condiciones de igualdad efectiva en todo el territorio y libre circulación de todos los ciudadanos.
- Calidad de evaluación del beneficio de las actuaciones clínicas incorporando solo aquello que aporte un valor añadido a la mejora de la salud implicando al sistema sanitario.
- Participación ciudadana tanto en el respeto a la autonomía de sus decisiones individuales como en la consideración de sus expectativas como usuarios del sistema sanitario.

En el año 2003 la Ley de Sanidad fue complementada por la Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. Esta ley amplía y adapta la norma a la nueva realidad política y social de España. Es decir, desde la entrada en vigor de la Ley General de Sanidad en 1986 hasta el inicio del s. XXI (2003) se han producido profundos cambios en el estilo de vida de los españoles que han planteado nuevos retos para la organización del Sistema Nacional de Salud, y ha sido necesario establecer las pertinentes acciones de coordinación y cooperación entre las administraciones públicas sanitarias. Se trata de asegurar a todos los ciudadanos el derecho a la protección de la salud, con el objetivo común de garantizar la equidad, la calidad y la participación social en el Sistema Nacional de Salud. Los ámbitos de colaboración entre el estado y las CCAA son: las prestaciones del Sistema Nacional de Salud; la farmacia; los profesionales sanitarios; la investigación; el sistema de información sanitaria, y la calidad del sistema sanitario.

El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS) es el órgano permanente de coordinación, cooperación, comunicación e información de los Servicios de Salud entre ellos y con la Administración del Estado. Tiene como finalidad promover la cohesión del Sistema Nacional de Salud a través de la garantía efectiva y equitativa de los derechos de los ciudadanos en todo el territorio del Estado. Está constituido por el Ministro de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y los Consejeros de Sanidad de las CCAA. La Presidencia la ostenta el Ministro de Sanidad, y la vicepresidencia la desempeña uno de los Consejeros de Sanidad de las CCAA, elegido por todos los Consejeros que lo integran.

Por otro lado, la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil, busca proteger a los pacientes de abusos en la privación de un derecho fundamental, como es la libertad. Se pasa a contemplar el internamiento forzoso e involuntario como una medida excepcional, necesaria y limitada en el tiempo.

No podemos olvidar la importancia de tres leyes que hacen referencia a la protección a la atención a la discapacidad. Estas son:

- La Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social de los Minusválidos, comúnmente conocida como la “LISMI”.
- La Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de Igualdad de Oportunidades, No Discriminación y Accesibilidad Universal de las personas con discapacidad (LIONDAU).
- La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia (LAPAD).

Como ya se ha mencionado las competencias en materia de Sanidad dependen de las Comunidades Autónomas. Desde que se organizó el Sistema Sanitario en Castilla y León se han desarrollado tanto los aspectos legislativos como diversas políticas sociales sobre la enfermedad mental.

En el Acuerdo 58/2003, de 24 de abril, de la Junta de Castilla y León, se aprueba la estrategia regional de salud mental y asistencia psiquiátrica de Castilla y León. En palabras del Dr. Fernández Carriedo, entonces Consejero de Sanidad, se estima que cerca de uno de cada seis castellanos y leoneses pueden padecer algún problema relacionado con la salud mental cada año, y que más del 1% de la población está afectada por trastornos mentales graves.

Este documento recoge cinco líneas estratégicas que aluden a la mejora del bienestar psíquico de la población y la prevención de la enfermedad mental a través del impulso de medidas preventivas y de promoción de la salud en este ámbito. Esta estrategia estuvo vigente hasta el año 2007, siendo ampliada hasta el 2013, desde entonces no ha sido actualizada ni reemplazada por otra.

En un sentido más amplio, posteriormente, para sustituir la Ley 1/1993, de 6 de abril, de Ordenación del Sistema Sanitario de Castilla y León y como consecuencia del *mandato estatutario a los poderes públicos de hacer efectivo el derecho a la protección integral de la salud*, se promulgó la nueva Ley 8/2010, de 30 de agosto, de Ordenación del Sistema de Salud de Castilla y León. Esta es una *ley de clara vocación generalista, que deja en vigor las Leyes sectoriales específicas de la Comunidad, tales como la Ley 8/2003, de 8 de abril, sobre derechos y deberes de las personas en relación con la salud; la Ley 2/2007, de 7 de marzo, del Estatuto Jurídico del Personal Estatutario del Servicio de Salud de Castilla y León.*

Recientemente el Acuerdo 66/2016, de 27 de octubre, aprobó las directrices que ordenan el funcionamiento del modelo integrado de atención sociosanitaria para personas con discapacidad por enfermedad mental. Aunque este acuerdo sea un avance, no se puede olvidar que no todas las personas con enfermedad mental presentan una discapacidad y que no todas las enfermedades se ven igual entre la población.

A pesar de los logros conseguidos y de los esfuerzos realizados en el IV Plan de Salud de nuestra Comunidad Autónoma (2016), no se atienden todas las necesidades que precisan o demandan estas personas con una enfermedad o trastorno mental y sus familias. Además, se observa como en la evaluación del III Plan de Salud no se ha alcanzado el cumplimiento de todos los objetivos referentes a esta materia.

4. Modelos de atención y apoyo a las personas con enfermedad mental.

En 1986 se aprobó la Reforma Psiquiátrica en España, este sistema de atención a la enfermedad mental se fundamentó sobre diez principios que son:

La integración de la Psiquiátrica y de la Salud Mental en el marco sanitario, la planificación basada en postulados de la Psiquiatría de sector y comunitaria, la concepción bio-psico-social de la enfermedad mental, los equipos de trabajo interdisciplinarios en Salud Mental, la ambulatoriedad de la base de la asistencia, la hospitalización psiquiátrica en hospitales generales y la garantía de los derechos civiles de las personas con enfermedad mental (Menéndez Osorio, citado en González-Badía et al., 2012: 29).

Aunque durante estos años han cambiado mucho las cosas en lo que se refiere al modelo socio-asistencial, aún se observan muchas insuficiencias, sirven como por ejemplo el desequilibrio de recursos, la carencia de un Plan Nacional de Atención a la Salud Mental, el riesgo de exclusión social que sufren las personas con enfermedad mental y sus familias, la despreocupación de la Administración sobre este colectivo... (González-Badía et al., 2012).

Es decir, de acuerdo al reparto de competencias Las comunidades autónomas han desarrollado sistemas de atención a la Salud Mental muy diferentes, lo que ha generado desequilibrios territoriales y desigualdades entre la población (González-Badía et al., (2012).

En relación con lo anterior, la Reforma Psiquiátrica se ha desarrollado disparmente y se diferencian 5 modelos que señala la Asociación Española de Neuropsiquiatría (citado en González-Badía et al., 2012):

Modelo institucional: responde a aquel modelo en el que la reforma apenas ha comenzado (Islas Baleares, Islas Canarias, Cantabria, Extremadura, Galicia y Murcia).

Modelo Mixto: en estos casos se ha desarrollado una red de servicios comunitarios y unidades de hospitalización en hospitales generales, pero siguen coexistiendo con los hospitales psiquiátricos (Cataluña y País Vasco).

Modelo de reforma con desajuste: se está desarrollando un modelo de reforma pero con algunos desequilibrios (Aragón, La Rioja, Comunidad Valenciana y Comunidad de Madrid).

Modelo de reforma con déficits en la desinstitutionalización (Castilla y León y Castilla– La Mancha).

Modelo consolidado: Reforma realizada de forma equilibrada coherente y sostenible. Mejorable en cuanto a la cobertura y calidad de sus servicios (Andalucía, Asturias y Navarra). (p.30)

En el 2006 se aprobó la Estrategia de Salud Mental a nivel nacional, acordándose que a los dos años se hiciera una primera evaluación. Ahora se han incluido nuevas evidencias, análisis de los resultados de su evaluación, ejemplos de buenas prácticas... (González-Badía et al., 2012)

Dicha estrategia se fundamenta en la Ley General de Sanidad y se cimienta en torno al modelo de atención comunitaria a la salud mental, teniendo en cuenta el Plan de Acción de Helsinki, y destacando entre otros la erradicación del estigma y la discriminación, la mejora de la atención a la salud mental en la atención primaria. Además, se apoya en 8 principios que son: autonomía, continuidad, comprensividad, accesibilidad, equidad, recuperación personal, responsabilización y calidad.

La Estrategia de Salud Mental a su vez está compuesta por 5 líneas estratégicas que se articulan por medio de diferentes objetivos generales.

- Estrategia 1: promoción de la salud mental de la población, prevención de la enfermedad mental y erradicación del estigma asociado a este colectivo. Como señala este epígrafe en esta estrategia, entre otras, se proponen acciones de lucha contra el estigma y a favor del fomento de la integración.
- Estrategia 2: atención a los trastornos mentales.
- Estrategia 3: coordinación intrainstitucional e interinstitucional.
- Estrategia 4: potenciar la formación de los y las profesionales del sistema sanitario para atender adecuadamente las necesidades de la población en materia de salud mental. Para ello, entre otras cosas, se propone una revisión de los perfiles profesionales y del modelo de las especialidades y se incorpora la perspectiva de género en los diferentes programas formativos.
- Estrategia 5: potenciación de la investigación en salud mental.

5. Trabajo social y enfermedad mental.

La mayoría de los autores coinciden en destacar la importante labor del trabajador social en el campo de la salud mental. Barg (citado en Garcés, 2010) afirma que el trabajador social dentro del campo de la salud mental interviene con otros profesionales, psicólogos, psiquiatras, enfermeros..., buscando la integración de las distintas disciplinas. Garcés (2010) considera que el Trabajador Social ha de ser quien valore la interacción entre la experiencia biológica, psicológica y social de la persona, facilitando así una guía para la intervención clínica. Díaz (citado en Garcés, 2010) explica que este profesional es el encargado de reunir los aspectos sociales de la intervención con los aspectos psicológicos y biológicos, con el fin de realizar una valoración global y plan de tratamiento a la persona con enfermedad mental.

Las funciones que desempeña el trabajador social dentro del equipo de trabajo son varias. En primer lugar, señalar la función de atención directa, dirigida a las personas con enfermedad mental y sus familias. En segundo lugar, la función preventiva, de promoción e inserción social. En tercer y último lugar, la función de coordinación (Garcés, 2010).

Ituarte (citado en Aroca, s.f.) defiende que el objetivo del trabajador social se centra en la “investigación de los factores psicosociales que inciden en el proceso salud-enfermedad, así como el tratamiento de los factores psicosociales que aparecen con relación a las situaciones de enfermedad, tanto si tienen que ver con su desencadenamiento como si se derivan de aquellas”. Por otra parte, Aroca (s.f.) destaca la importancia de los equipos multidisciplinares para poder planificar una intervención conjunta. En estos equipos, los trabajadores sociales, son los encargados de desarrollar las capacidades psicosociales y recursos personales, trabajando tanto con la persona con enfermedad mental, como con su familia o comunidad.

Resulta evidente que el papel del trabajador social es fundamental dentro del campo de la salud mental, ya que abordar exclusivamente los aspectos biológicos y psíquicos no permite un tratamiento global, en la mayoría de los casos, de la persona con enfermedad mental. Es aquí donde este profesional aporta otro punto de vista, el social, lo que permite por ejemplo trabajar los factores de la desigualdad.

Desde el ámbito del trabajo social, se pretende contribuir a mejorar la situación de este colectivo, minimizando la exclusión y fomentando un tipo de vida “normalizada”, en el que estas personas puedan vivir gozando de todos sus derechos. Todas las personas son ciudadanas del mundo, esto se ha de visualizar, mediante la sensibilización acerca de este problema para mejorar la integración en la sociedad de las personas con enfermedad mental. Por estos motivos, los equipos de Salud Mental, al estar compuestos por profesionales de distintos ámbitos, ofrecen una atención integral, completa, eficiente y eficaz.

El Trabajo Social es una disciplina que:

Trabaja en la vida misma, interviene en situaciones que viven personas que están construyendo su historia personal, dentro de la historia colectiva, en un entorno social y físico determinados y dinámicos, en los que hay una red de relaciones, cordiales, tensas o inexistentes, de las personas entre sí y de éstas con su entorno (Vilas, citado en Castán y Canut 2014, p.76).

Por tanto, es una profesión que lucha por hacer posible el cumplimiento de los derechos de las personas, y por tanto, por minimizar la estigmatización, en este caso hacia la que sufren las personas con enfermedad mental.

Dentro de la lucha contra el estigma que padece este colectivo es muy importante el Trabajo Social Comunitario, desde el que se pretende transformar la realidad. Algunos de los aspectos más importantes para conseguir este cambio y acabar con las barreras sociales y la desigualdad son: inclusión del colectivo en la sociedad, empoderamiento de las personas con enfermedad mental, inclusión de sus necesidades y demandas en la agenda política.

Se pretende que este colectivo sea parte activa del movimiento y luche por sus derechos, siendo ellos mismos los que expresen sus demandas, necesidades... Por tanto, se puede decir que la solución a este problema está en todos nosotros, nos afecte directamente o no el problema.

CAPÍTULO 2: PERCEPCIÓN Y REPRESENTACIONES DE LA ENFERMEDAD MENTAL EN LA UNIVERSIDAD DE VALLADOLID.

1. Justificación.

Tras la revisión realizada resulta evidente que en nuestro entorno social la representación de la enfermedad mental está distorsionada y que el estigma frente a ella es muy frecuente entre la población general. Dadas las características del colectivo de estudiantes universitarios todas las acciones encaminadas a mejorar el conocimiento y la realidad de la enfermedad mental contribuirán a minimizar las actitudes estigmatizantes.

Para conocer esta realidad entre los estudiantes de la Universidad de Valladolid lo primero es realizar un diagnóstico de la situación que permita identificar los conocimientos y las actitudes frente a la enfermedad mental, para en base a lo detectado poder planificar, implementar y desarrollar un programa que permita minimizar las situaciones de exclusión y de rechazo social que a menudo sufren las personas con enfermedad mental.

2. Objetivos.

El objetivo principal planteado para realizar esta investigación fue analizar las actitudes y la percepción que sobre la enfermedad mental tienen los estudiantes de la Universidad de Valladolid.

3. Metodología de la investigación.

3.1. Diseño del estudio.

Estudio de tipo descriptivo, transversal, para analizar ciertas variables relacionadas con el estigma social asociado a la enfermedad mental en estudiantes universitarios.

3.2. Descripción de la muestra.

La muestra estuvo formada por 114 estudiantes de la cinco ramas del conocimiento que se imparten en la Universidad de Valladolid que voluntariamente accedieron a colaborar en el protocolo del estudio.

3.3. Métodos.

Para la realización del estudio se ha utilizado un cuestionario de diseño propio para evaluar las variables sociales (Anexo I) y la versión española del Attribution Questionnaire-27 (AQ-27) para evaluar las variables relacionadas con el estigma social asociado a la enfermedad mental grave (Anexo II).

El AQ-27 es un cuestionario, diseñado por Corrigan, Markowitz, Watson, Rowan, y Kubiak (2003) y validado para la población española por Muñoz, Guillén, Pérez-Santos y Corrigan (2015), para evaluar creencias, actitudes y conductas estigmatizantes hacia las personas con enfermedad mental.

Es un cuestionario auto-administrado que consta de 27 ítems que se agrupan en 9 factores. Cada factor incluye 3 ítems, de acuerdo al siguiente criterio:

- Responsabilidad: las personas son responsables y pueden controlar su enfermedad mental = ítems: 10+11+23
- Piedad= sentir lástima por las personas con enfermedad mental = ítems: 9+22+27
- Ira: sentir ira, irritación hacia las personas con enfermedad mental = ítems: 1+4+12
- Peligrosidad: las personas con enfermedades mentales representan una amenaza para los demás = ítems: 2+13+18
- Miedo: sentir miedo de las personas con enfermedad mental = Ítems: 3+19+24
- Ayuda: disposición a ayudar a las personas con enfermedad mental = Ítems: 8+20+21
- Coacción: las personas con enfermedad mental deben ser obligadas a participar en el tratamiento = ítems: 5+14+25
- Segregación: las personas con enfermedad mental deber ser separadas de la sociedad = ítems: 6+15+17
- Evitación: evitar vivir o trabajar cerca de una persona con enfermedad mental = ítems: 7+16+26 (los ítems de este factor deben invertirse)

Los ítems se responden en una escala tipo Likert de 1 a 9. La puntuación de cada ítem oscila entre 1 y 9 y la de cada factor entre 3 y 27. A mayor puntuación, mayor valor del ítem y del factor, a excepción del factor evitación y de los ítems incluidos en el mismo, en los que debe invertirse el valor, de forma que a menor puntuación, mayor valor del ítem y del factor.

En este estudio siguiendo los trabajos de referencia, las puntuaciones obtenidas en los ítems en se han catalogado en función del punto de corte (≥ 7 y < 7); a excepción de los ítems inversos en donde el punto de corte es 3 (≤ 3 y > 3).

3.3.1. Tratamiento de los datos y análisis estadístico.

Los datos se trasladaron a una base en excell. Se ha realizado un procedimiento de doble entrada para minimizar los errores de introducción. Para el análisis estadístico se ha utilizado el programa SPSS 20.0 (licencia UVa).

Se realizó un análisis descriptivo de las variables. Las variables cualitativas se han descrito mediante frecuencias (porcentaje), y las cuantitativas mediante la media y la desviación típica.

Además, se ha calculado el porcentaje de la muestra que manifestó su acuerdo con cada uno de los ítems del cuestionario.

4. Resultados y discusión.

4.1. Descriptivo muestra total.

La muestra estuvo formada 114 estudiantes de la Universidad de Valladolid que, de forma voluntaria, accedieron a participar en el estudio. La media de edad de los participantes fue de 20,30 años (rango: 17-35 años). Del total, el 61,4%(n = 70) fueron mujeres y el 38,6% (n = 44) hombres.

Los estudiantes procedían de las distintas ramas de conocimiento (tabla 2).

Tabla 2: Distribución en función de las ramas de conocimiento y título académico cursado por los estudiantes voluntarios participantes en el estudio

Rama de conocimiento	Titulación	Total		Hombres		Mujeres	
		(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
Artes y Humanidades	Historia	20	17,5	14	31,8	6	8,6
Ciencias	Física	20	17,5	14	31,8	6	8,6
Ciencias de la Salud	Nutrición	25	21,9	1	2,3	24	34,3
Ciencias Sociales y Jurídicas (CSyJ)		37	32,5	8	18,2	29	41,4
	ADE	3	8,1	1	2,3	2	2,9
	Periodismo	14	37,8	3	6,8	11	15,7
	T. Social	20	54,1	4	9,1	16	22,9
Ingeniería y Arquitectura	Arquitectura	12	10,5	7	15,9	5	7,1

n: frecuencia absoluta; %: porcentaje (frecuencia relativa).

Más de la mitad de los encuestados (58,8%) tenían, al menos, un conocido con enfermedad mental (tabla 3).

Tabla 3: Contacto con la enfermedad mental de los participantes en el estudio

Contacto con la enfermedad mental	Total		Hombres		Mujeres	
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
Sí, tengo un familiar	24	21,1	9	20,5	15	21,4
Sí, tengo un amigo	5	4,4	3	6,8	2	2,9
Sí, tengo un conocido	38	33,3	18	40,9	20	28,6
No, no conozco a nadie	47	41,2	14	31,8	33	47,1

n: frecuencia absoluta; %: porcentaje (frecuencia relativa).

Como se ha explicado en el apartado 2.3.3 de este trabajo, para evaluar las variables relacionadas con el estigma social asociado a la enfermedad mental entre los estudiantes universitarios se ha utilizado el cuestionario AQ-27. En las figuras 1-3 se representan los gráficos de cajas (box plot) con los valores medios y desviaciones de cada uno de los factores del AQ-27 analizados. Las cajas agrupan al cincuenta por ciento central de los valores; la línea media central representa el valor de la mediana para cada factor y los bigotes la desviación intercuartil. Los círculos muestran los valores atípicos y las estrellas los extremos.

En la tabla 4 se exponen los valores medios y las desviaciones estándar que se han obtenido en cada uno de los 9 factores en la muestra total.

Figura 1: Descriptivo de las puntuaciones obtenidas en los factores del cuestionario AQ-27 en la muestra total (box plot).

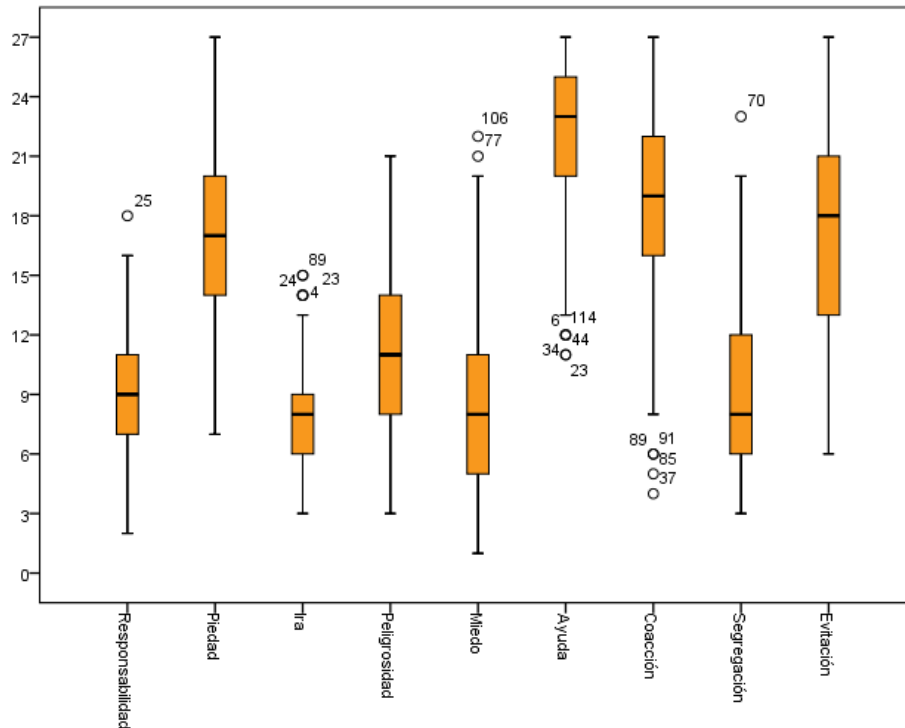


Figura 2: Descriptivo de las puntuaciones obtenidas en los factores del cuestionario AQ-27 en hombres (box plot).

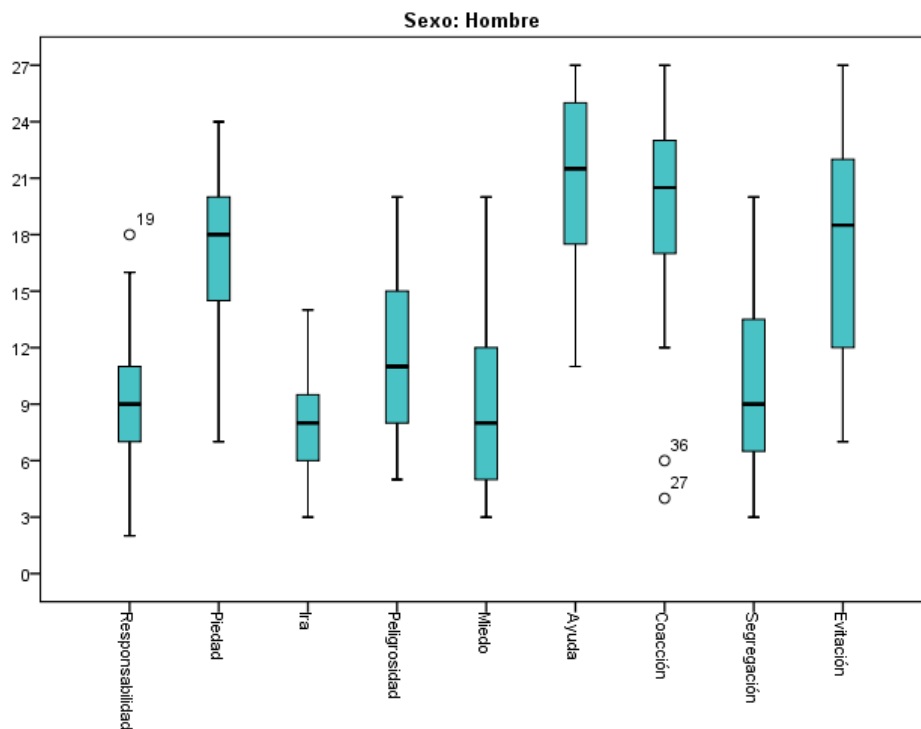


Figura 3: Descriptivo de las puntuaciones obtenidas en los factores del cuestionario AQ-27 en mujeres (box plot).

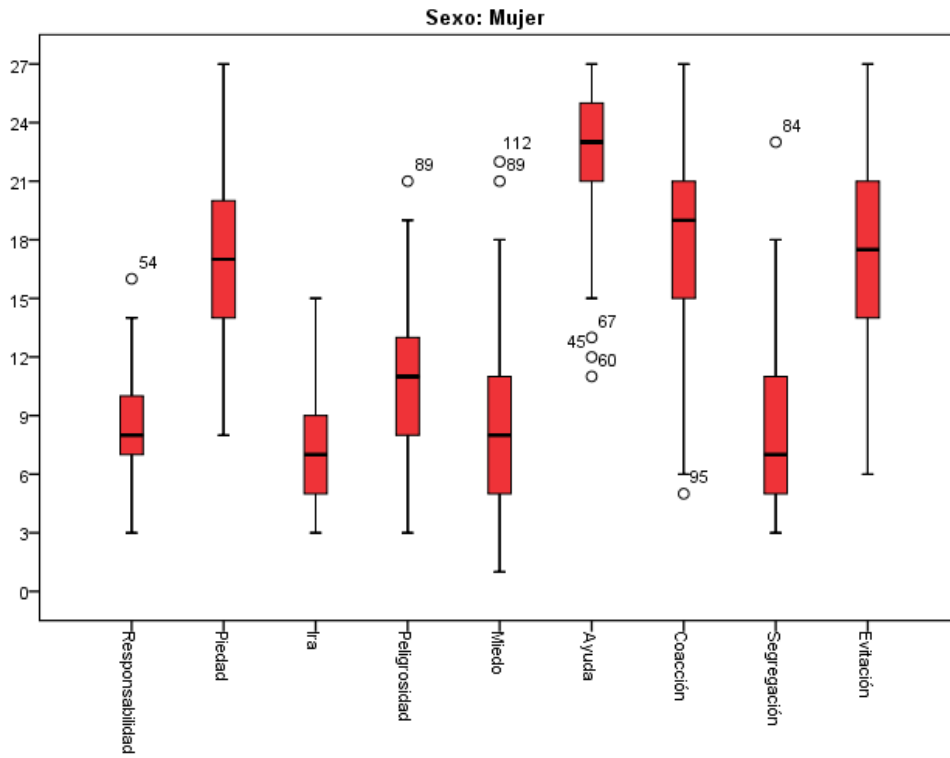


Tabla 4: Descriptivo de las puntuaciones medias obtenidas de los ítems y factores en el AQ-27 en la muestra total

FACTORES/ítems	Total			Hombres			Mujeres		
	n	Media	DS	n	Media	DS	n	Media	DS
FACTOR 1: RESPONSABILIDAD		8,95	2,944		9,16	3,416		8,81	2,623
P 10: Pensaría que es culpa de José que se encuentre en su situación actual.	114	1,19	,578	44	1,30	,734	70	1,13	,448
P 11: ¿Hasta qué punto cree que es controlable la causa de la situación actual de José?	112	5,35	1,794	43	5,37	1,940	69	5,33	1,712
P 23: En su opinión, ¿hasta qué punto es José responsable de su situación actual?	111	2,51	1,645	44	2,61	1,870	67	2,45	1,490
FACTOR 2: PIEDAD		17,12	4,073		17,20	4,032		17,07	4,126
P 9: Sentiría pena por José.	114	4,64	2,395	44	5,02	2,183	70	4,40	2,504
P 22: ¿Hasta qué punto comprende a José?	113	6,23	1,823	44	6,34	1,855	69	6,16	1,812
P 27: ¿Cuánta preocupación sentiría por José?	114	6,31	1,673	44	5,84	1,879	70	6,60	1,469
FACTOR 3: IRA		7,71	3,042		8,11	3,052		7,46	3,030
P 1: Me sentiría violentado a causa de José.	114	3,50	1,741	44	3,77	1,854	70	3,33	1,657
P 4: ¿En qué medida se sentiría enfadado con José?	114	1,46	,923	44	1,57	,900	70	1,40	,939
P 12: ¿En qué medida se sentiría irritado por José?	114	2,71	1,589	44	2,77	1,523	70	2,67	1,639
FACTOR 4: PELIGROSIDAD		11,11	4,285		11,61	4,632		10,79	4,054
P 2: Me sentiría inseguro cerca de José.	114	3,88	1,704	44	4,18	1,769	70	3,69	1,647
P 13: En tu opinión, ¿hasta qué punto es José peligroso?	113	4,29	1,710	44	4,39	1,794	69	4,23	1,664
P 18: Me sentiría amenazado por José.	114	2,95	1,486	44	3,05	1,628	70	2,89	1,399
FACTOR 5: MIEDO		8,60	4,616		8,77	4,870		8,49	4,481
P 3: José me aterrorizaría.	114	2,46	1,564	44	2,50	1,607	70	2,44	1,548
P 19: ¿Hasta qué punto José le asustaría?	113	3,26	1,746	44	3,41	1,884	69	3,16	1,659
P 24: ¿Hasta qué punto le aterrorizaría José?	113	2,92	1,728	44	2,86	1,747	69	2,96	1,727

“La enfermedad mental desde la perspectiva del Trabajo Social. Percepciones y actitudes de los estudiantes de la Universidad de Valladolid”

FACTORES/ítems	Total			Hombres			Mujeres		
	n	Media	DS	n	Media	DS	n	Media	DS
FACTOR 6: AYUDA		21,75	3,948		20,82	4,489		22,34	3,472
P 8: Estaría dispuesto a hablar con José acerca de su problema.	114	7,59	1,595	44	7,39	1,807	70	7,71	1,446
P 20: ¿Cuál es la probabilidad de que ayudara a José?	114	7,41	1,527	44	6,95	1,711	70	7,70	1,334
P 21: ¿Con qué certeza cree que ayudaría a José?	114	6,76	1,674	44	6,48	1,798	70	6,94	1,578
FACTOR 7: COACCIÓN		18,58	4,969		19,43	4,882		18,04	4,982
P 5: Si estuviera a cargo del tratamiento de José, le exigiría que se tomara su tratamiento.	114	7,43	1,858	44	7,52	1,663	70	7,37	1,979
P 14: ¿Hasta qué punto está de acuerdo en que José debe ser obligado a ponerse en tratamiento médico incluso si él no quiere?	114	6,48	1,979	44	6,84	1,867	70	6,26	2,027
P 25: Si estuviera al cargo del tratamiento de José, le obligaría a vivir en un piso supervisado.	113	4,73	2,088	44	5,07	2,073	69	4,51	2,084
FACTOR 8: SEGREGACIÓN		8,96	4,442		9,89	4,706		8,39	4,199
P 6: Creo que José supone un peligro para sus vecinos si no se le hospitaliza.	114	3,26	1,790	44	3,55	1,861	70	3,09	1,734
P 15: Creo que sería mejor para la comunidad de José que lo recluyeran en un hospital psiquiátrico.	114	2,89	1,823	44	3,14	1,863	70	2,73	1,793
P 17: ¿Hasta qué punto cree que un hospital psiquiátrico, donde José está lejos de sus vecinos, es el mejor lugar para él?	114	2,85	1,741	44	3,20	1,812	70	2,63	1,670
FACTOR 9: EVITACIÓN		17,33	5,013		17,20	5,416		17,41	4,781
P 7: Si fuera un empresario entrevistaría a José para un trabajo.	113	5,85	2,277	44	5,73	2,546	69	5,93	2,103
P 16: Compartiría el coche para ir al trabajo con José cada día.	114	5,52	2,058	44	5,36	2,334	70	5,61	1,875
P 26: Si fuera propietario, probablemente alquilaría un piso a José.	114	6,02	1,960	44	6,11	2,026	70	5,96	1,929

n: número de sujetos; DS: desviación estándar; P: ítem

El análisis de los datos obtenidos (tabla 4) evidencia que las puntuaciones más altas (superiores a 20) se obtienen en aquellos factores que indican intención de ayudar y/o coaccionar y colaborar para que las personas con enfermedad mental realicen bien su tratamiento (factor 6 ayuda; factor 7 coacción). Los factores relacionados con los sentimientos de piedad obtiene puntuaciones medias, mientras que las puntuaciones más bajas se otorgan en aquellas cuestiones relacionadas con la responsabilidad que las personas con enfermedad mental tiene sobre su proceso o con las actitudes relacionadas con la ira, el miedo y la segregación (factor 1 responsabilidad; factor 3 ira, factor 5 miedo, factor 8 segregación). Estos datos son similares a los obtenidos por Muñoz et al. (2009) en el estudio realizado en población general utilizado para validar el Cuestionario de Atribución AQ-27. Aunque no podemos considerar que la muestra de este estudio sea representativa de la población universitaria la semejanza en los resultados, con el estudio anteriormente citado, indica unas actitudes muy parecidas. En la siguiente tabla (tabla 5) se comparan las puntuaciones obtenidas en este trabajo y en el trabajo de Muñoz et al. (2009).

Tabla 5: Comparación de medias

	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9
Muñoz et al.	8,7	17,6	7,85	11,1	9,05	20,2	21,5	10,11	14,1
Este trabajo	8,95	17,1	7,7	11,11	8,6	21,75	18,6	8,96	17,33

Como se observa en la tabla 5, y coincidiendo con los datos aportados por Muñoz et al. (2009) en su estudio realizado en población general, en el presente trabajo predominan las puntuaciones medias altas aunque con una distribución irregular entre los distintos factores.

Considerando la puntuación obtenida en cada uno de los ítems y teniendo en cuenta que los valores iguales o mayores de 7 indican estar de acuerdo (puntuación alta), excepto en los ítems inversos (7, 16 y 26) en los que la puntuación menor o igual a 3, en la mayoría de los factores hay pocas variaciones entre los distintos ítems. Cabe destacar las diferencias entre los ítems en el factor 1, responsabilidad, ya que el ítem 11 que tiene que ver con el control de la persona sobre la causa de su situación obtiene una puntuación media. En el factor 7 las puntuaciones son altas excepto en el ítem 25 ya que los sujetos consideran que si tuvieran que estar a cargo del tratamiento de una persona con enfermedad mental no siempre lo obligarían a vivir en un piso supervisado (tabla 4).

Respecto a los estudios realizados en universitarios se han encontrado dos trabajos descriptivos transversales en los que se han obtenido los datos con el Cuestionario AQ-27. El primero de ellos realizado en la Universidad de Almería (194 alumnos) evidenció homogeneidad en las creencias y actitudes hacia la enfermedad mental, aunque se observó cierta relación entre las experiencias vividas por los alumnos y sus actitudes en relación con la salud mental. En general, también se ha observado esta tendencia en nuestro trabajo aunque no era uno de los objetivos, por otra parte no se han podido comparar las puntuaciones en los distintos factores ya que el trabajo de la Universidad de Almería no presenta los datos numéricos (Granados, López y Márquez, 2012).

La otra investigación se desarrolló en Braganza (Portugal) en 72 estudiantes de enfermería. Sus resultados son similares a los del presente trabajo aunque se observan puntuaciones discretamente menores en responsabilidad, miedo y evitación y algo superiores en piedad y coacción (Pinto, Montes, Mendes, São Romão, 2015).

En España Castán (2014) realizó un Trabajo de Fin de Grado para estudiar cómo se manifiesta el fenómeno del estigma social asociado a enfermedad mental en estudiantes de las ciudades de Metz (Francia) y Zaragoza (España). A diferencia del método utilizado en nuestro estudio los instrumentos empleados por Castán fueron el cuestionario MAKES (conocimiento en salud mental en relación al estigma), cuestionario CAMI (prevalencia en la aparición de actitudes estigmatizantes) y cuestionario RIBS (conducta intencionada y consumada, es decir, comportamiento). Los cuestionarios se administraron en 44 estudiantes españoles y 50 franceses y tuvieron en cuenta el área de conocimiento al que pertenecían los alumnos según los estudios que realizaban. A pesar de las diferencias en la metodología el cuestionario CAMI consta de 27 ítems que evalúan dimensiones similares a las medidas con el AQ-27.

En el presente estudio para analizar con más detalle los datos obtenidos del cuestionario AQ-27 se ha calculado el porcentaje de voluntarios que se ha mostrado de acuerdo con cada uno de los ítems (tabla 6). En general se observa que la mayoría de los participantes muestran actitudes de ayuda (porcentajes superiores al 70%) ante la persona con enfermedad mental especialmente la disposición a ayudarle y a coaccionarle para que cumpla con el tratamiento. Los porcentajes de quienes manifiestan ira, peligrosidad, miedo o segregación hacia la personas con enfermedad mental son muy bajos (inferior al 10%). No se aprecia variación en los porcentajes de acuerdo en función del sexo (tabla 6).

Tabla 6: Catalogación de las puntuaciones medias obtenidas de los ítems en el AQ-27 (expresado como porcentaje de sujetos en cada una de las categorías)

FACTORES/ítems	Total			Hombres			Mujeres		
	Alta	Media	Baja	Alta	Media	Baja	Alta	Media	Baja
FACTOR 1: RESPONSABILIDAD									
P 10: Pensaría que es culpa de José que se encuentre en su situación actual.		0,9	99,1	97,7	2,3		100		
P 11: ¿Hasta qué punto cree que es controlable la causa de la situación actual de José?	28,1	53,5	18,4	22,7	56,8	18,4	28,1	51,4	31,4
P 23: En su opinión, ¿hasta qué punto es José responsable de su situación actual?	2,6	21,1	76,3	4,5	20,5	75	1,4	21,4	77,1
FACTOR 2: PIEDAD									
P 9: Sentiría pena por José.	23,7	39,5	36,8	27,3	47,7	25	21,4	34,3	44,3
P 22: ¿Hasta qué punto comprende a José?	46,5	43	10,5	47,7	40,9	11,4	10	44,3	45,7
P 27: ¿Cuánta preocupación sentiría por José?	50	41,2	8,8	36,4	50	13,6	58,6	35,7	5,7
FACTOR 3: IRA									
P 1: Me sentiría violentado a causa de José.	7	45,6	47,4	6,8	50	43,2	7,1	42,9	50
P 4: ¿En qué medida se sentiría enfadado con José?	0,9	1,8	97,4		2,3	97,7	1,4	1,4	97,1
P 12: ¿En qué medida se sentiría irritado por José?	1,8	25,4	72,8		31,8	68,2	2,9	21,4	75,7
FACTOR 4: PELIGROSIDAD									
P 2: Me sentiría inseguro cerca de José.	7	45,6	47,4	6,8	50	43,2	6,8	50	43,2
P 13: En tu opinión, ¿hasta qué punto es José peligroso?	12,3	51,8	36	18,2	43,2	36,8	8,6	57,1	34,3
P 18: Me sentiría amenazado por José.	0,9	30,7	68,4		34,1	65,9	1,4	28,6	70
FACTOR 5: MIEDO									
P 3: José me aterraría.	0,9	23,7	75,4		29,5	70,5	1,4	20	78,6
P 19: ¿Hasta qué punto José le asustaría?	6,1	29,8	64	9,1	34,1	56,8	4,3	27,1	68,6
P 24: ¿Hasta qué punto le aterrorizaría José?	4,4	25,4	70,2	4,5	22,7	72,7	4,3	27,1	68,6

FACTORES/items	Total			Hombres			Mujeres		
	Alta	Media	Baja	Alta	Media	Baja	Alta	Media	Baja
FACTOR 6: AYUDA									
P 8: Estaría dispuesto a hablar con José acerca de su problema.	78,1	18,4	3,5	68,2	27,3	4,5	84,3	12,9	2,9
P 20: ¿Cuál es la probabilidad de que ayudara a José?	78,9	17,5	3,5	65,9	29,5	4,5	87,1	10	2,9
P 21: ¿Con qué certeza cree que ayudaría a José?	59,6	34,2	6,1	54,5	38,6	6,8	62,9	31,4	5,7
FACTOR 7: COACCIÓN									
P 5: Si estuviera a cargo del tratamiento de José, le exigiría que se tomara su tratamiento.	76,3	18,4	5,3	77,3	20,5	2,3	75,7	38,6	52,3
P 14: ¿Hasta qué punto está de acuerdo en que José debe ser obligado a ponerse en tratamiento médico incluso si él no quiere?	61,4	30,7	7,9	72,7	22,7	4,5	54,3	35,7	10
P 25: Si estuviera al cargo del tratamiento de José, le obligaría a vivir en un piso supervisado.	21,1	43,9	35,1	25	45,5	29,5	18,6	42,9	38,6
FACTOR 8: SEGREGACIÓN									
P 6: Creo que José supone un peligro para sus vecinos si no se le hospitaliza.	7,9	30,7	61,4	9,1	38,6	52,3	7,1	25,7	67,1
P 15: Creo que sería mejor para la comunidad de José que lo recluyeran en un hospital psiquiátrico.	3,5	25,4	71,1	4,5	29,5	65,9	2,9	22,9	74,3
P 17: ¿Hasta qué punto cree que un hospital psiquiátrico, donde José está lejos de sus vecinos, es el mejor lugar para él?	2,6	30,7	66,7		40,9	59,1	4,3	24,3	71,4
FACTOR 9: EVITACIÓN									
P 7: Si fuera un empresario entrevistaría a José para un trabajo.	47,4	34,2	18,4	50	22,7	27,3	45,7	41,4	12,9
P 16: Compartiría el coche para ir al trabajo con José cada día.	37,7	44,7	17,5	40,9	36,4	22,7	35,7	50	14,3
P 26: Si fuera propietario, probablemente alquilaría un piso a José.	47,4	41,2	11,4	47,7	43,2	9,1	47,1	40	12,9

Alta ≥ 7 , Media 4-6, Baja 1-3

Como ya se ha comentado anteriormente y tal y como se observa en las figuras 4-12, el análisis obtenido de los datos divididos por sexos muestra que las puntuaciones más altas se dan en los factores como la ayuda, siendo más alta en mujeres, y la colaboración en su tratamiento destacando aquí los hombres (factor 6 ayuda, factor 7 coacción). Por otro lado, las puntuaciones más bajas se observan en factores relacionadas con la ira, responsabilidad y segregación, en estos 3 factores obtienen puntuaciones más elevadas los hombres (factor 1 responsabilidad; factor 3 ira, factor 8 segregación).

Figura 4: Descriptivo de los ítems integrados en el factor 1 (Responsabilidad) en función del sexo (box plot).

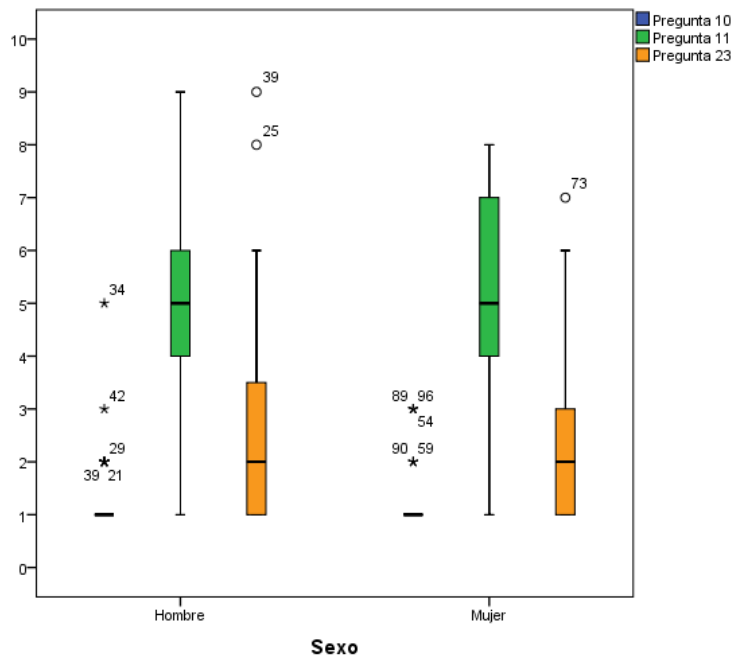


Figura 5: Descriptivo de los ítems integrados en el factor 2 (Piedad) en función del sexo (box plot).

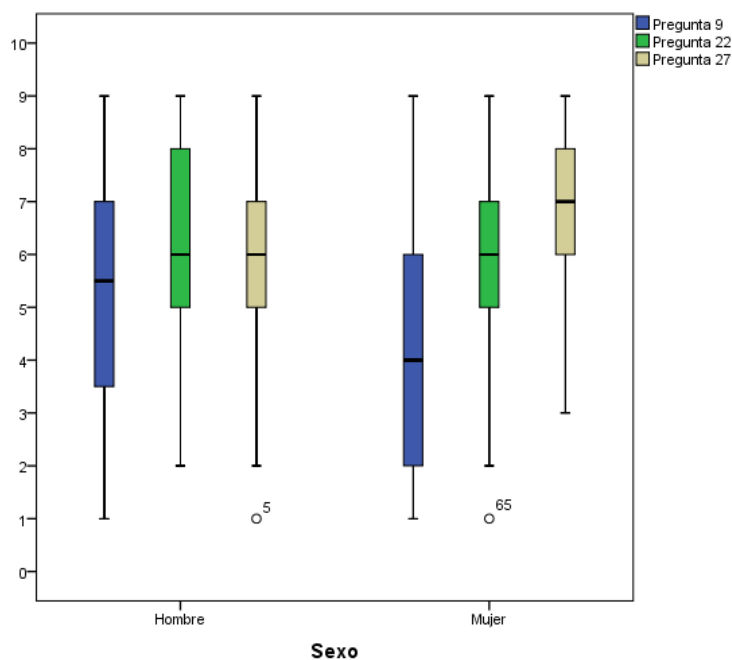


Figura 6: Descriptivo de los ítems integrados en el factor 3 (Ira) en función del sexo (box plot).

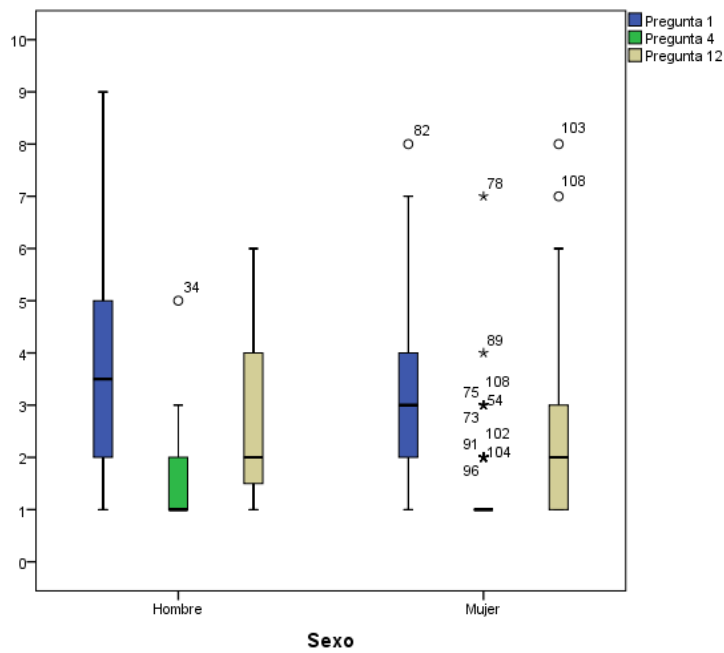


Figura 7: Descriptivo de los ítems integrados en el factor 4 (Peligrosidad) en función del sexo (box plot).

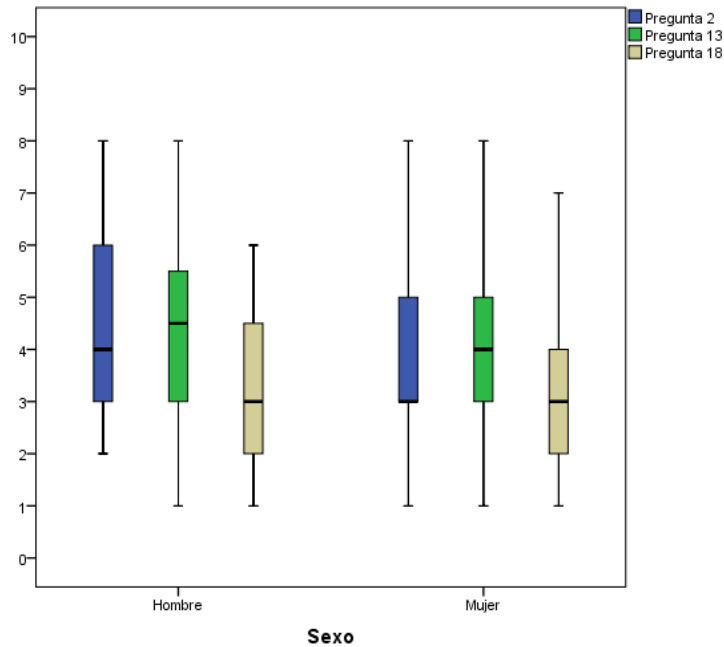


Figura 8: Descriptivo de los ítems integrados en el factor 5 (Miedo) en función del sexo (box plot).

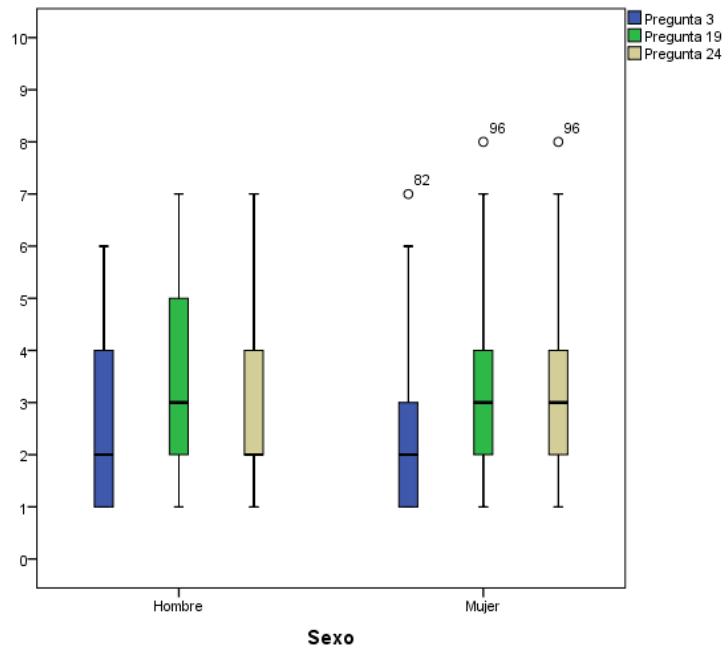


Figura 9: Descriptivo de los ítems integrados en el factor 6 (Ayuda) en función del sexo (box plot).

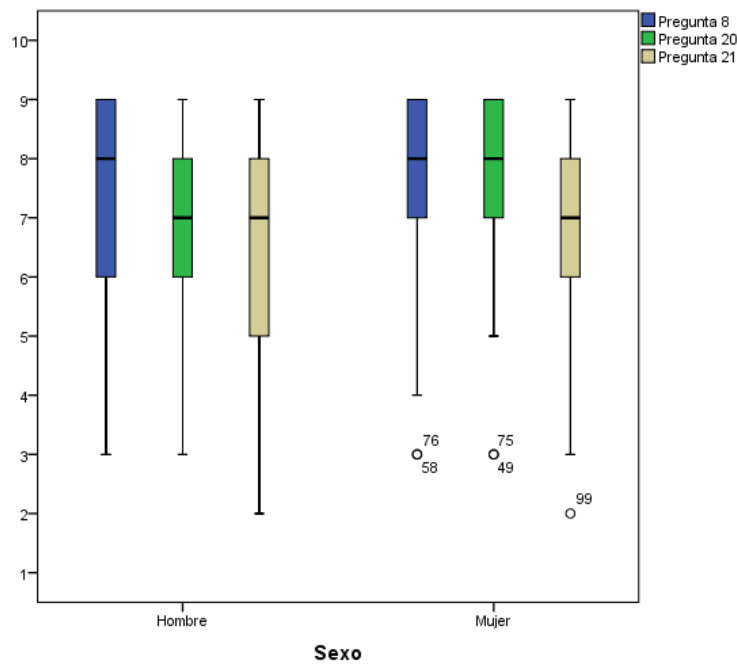


Figura 10: Descriptivo de los ítems integrados en el factor 7 (Coacción) en función del sexo (box plot).

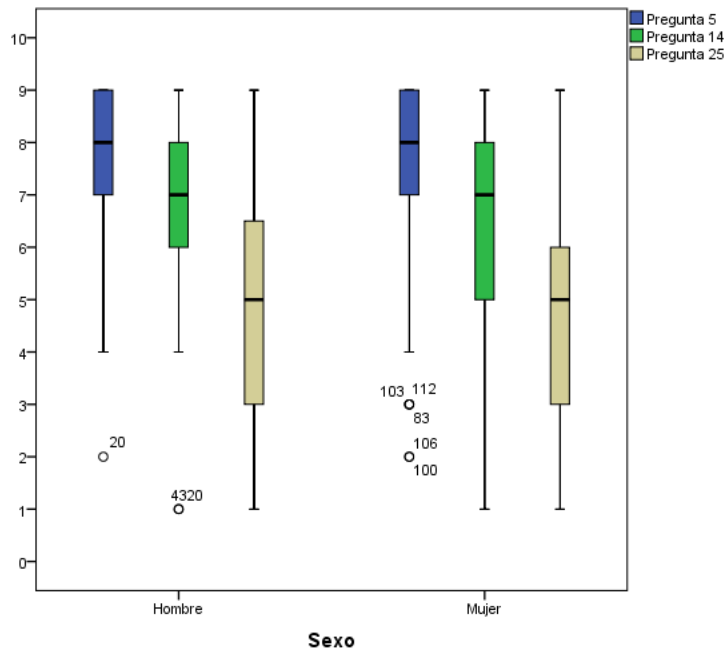


Figura 11: Descriptivo de los ítems integrados en el factor 8 (Segregación) en función del sexo (box plot).

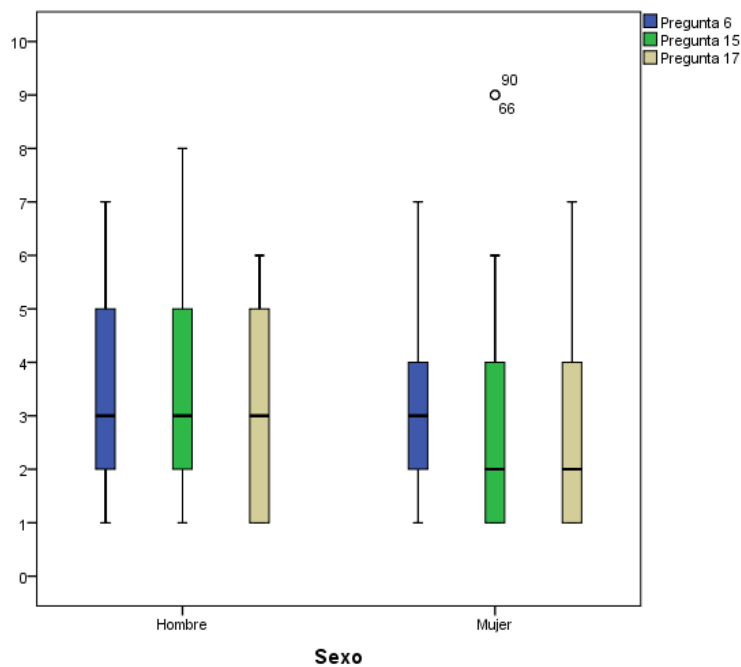
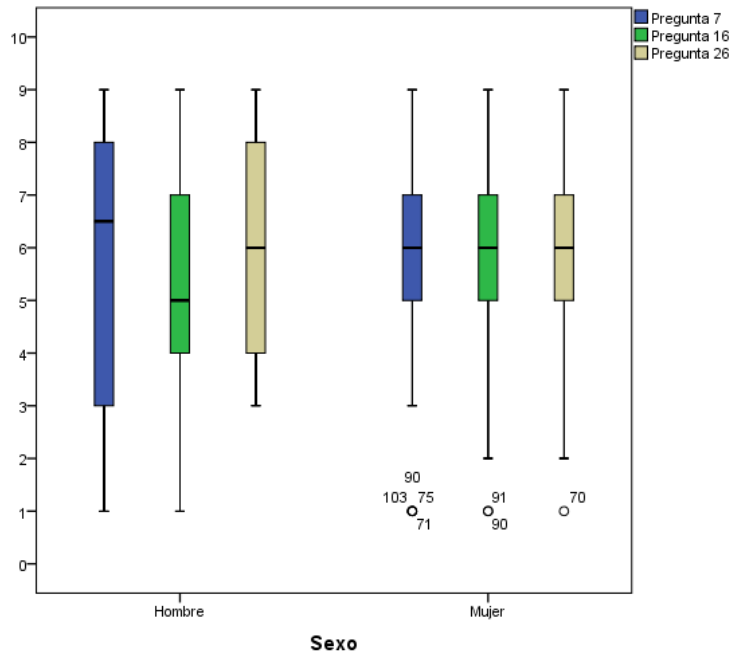


Figura 12: Descriptivo de los ítems integrados en el factor 9 (Evitación) en función del sexo (box plot).



4.2. Descriptivo título/rama.

Finalmente, para conocer si el tipo de estudios tenía alguna influencia sobre las percepciones y actitudes de los alumnos ante la enfermedad mental se analizó el cuestionario AQ-27 en función de la rama de conocimiento. Hay que señalar que en el caso de la rama de Ciencias Sociales y Jurídicas se separó un grupo formado por los estudiantes de Trabajo Social y otro en el que se unieron el resto de títulos de esta rama (ADE y Periodismo en este caso). Esto se hizo ya que se consideró que los alumnos de Trabajo Social podrían estar más sensibilizados, al menos, frente a los aspectos sociales de la enfermedad mental.

Dado el carácter voluntario de este trabajo la distribución por sexos no fue homogénea entre las distintas ramas de conocimiento. La participación de los hombres fue mayoritaria en el caso de Arte y Humanidades y Ciencias (70% en ambos casos), mientras que fueron más las mujeres que contestaron al cuestionario AQ-27 en las ramas de Ciencias de la Salud (96%), Trabajo Social (80%) y Ciencias Sociales y Jurídicas (76,5%). En el caso de la rama de Ingeniería y Arquitectura la distribución fue más equitativa (58,3% hombres y 41,7% mujeres).

Por otra parte, los voluntarios que participaron en este trabajo estaban en distintos cursos académicos. Los de Arte y Humanidades, Ciencias e Ingeniería y Arquitectura mayoritariamente cursaban primero (media de edad en torno 18,5 años), el hecho de que la edad media en Arte y Humanidades sea algo superior (20,45 años) se debe a que había un estudiante con 35 años. Los de mayor edad fueron los alumnos de Trabajo Social que eran estudiantes de cuarto curso en su mayoría (22,65 años de media).

En un estudio realizado en estudiantes de enfermería sobre las creencias y actitudes de estos estudiantes hacia la salud mental se observó homogeneidad en las respuestas a los distintos ítems del cuestionario AQ-27 en los diferentes cursos. Aunque este no ha sido un objetivo prioritario en el presente trabajo esta tendencia se ha observado también entre los participantes (Granados et al., 2012).

Sin embargo, en otro trabajo, también en estudiantes de enfermería, sí que se evidenció variación en la puntuación de los factores del cuestionario AQ-27 entre los diferentes cursos académicos, por lo que los autores concluyeron que la formación en materia de salud mental en los estudiantes es fundamental para rebajar el estigma hacia las personas con patología mental (Pinto et al., 2015).

En el presente trabajo respecto al contacto con la enfermedad mental llama la atención que salvo en Ciencias de la Salud y en Ciencias Sociales y Jurídicas (52% y 47,1% de los participantes no conocían a nadie con enfermedad mental, respectivamente), en el resto de las titulaciones entre el 60% y el 65% de los voluntarios tenían algún tipo de contacto con personas con enfermedad mental (tabla 7).

Granados et al. (2012) en los estudiantes de enfermería encontraron que existía una relación entre las experiencias vividas por el alumno y las actitudes relaciones con la salud mental, por lo que concluyen que el proceso experiencial facilita una mejor disposición y actitud hacia el cuidado de estos pacientes, más allá de la propia formación como profesionales de la salud. Teniendo en cuenta el reducido tamaño muestral y el carácter voluntario de este Trabajo de Fin de Grado no se ha podido analizar este aspecto. Además, los estudiantes de Ciencias de la Salud que accedieron a participar en este protocolo estaban cursando el grado de Nutrición; probablemente si se hubiera tenido una alta participación de alumnos de los últimos cursos del grado en Medicina y del grado en Enfermería se hubiera podido estudiar la relación evidenciada por Granados et al.

En este sentido, en un Trabajo de fin de Grado realizado por Frago (2012) se realizó un estudio analítico-comparativo en 133 alumnos de los cuatro cursos del grado de Enfermería de la Universidad de Huesca, con el objetivo de analizar la diferencia en el grado de estigma hacia los enfermos mentales entre los alumnos que habían recibido la asignatura de salud mental y los que no la habían recibido. Para ello se utilizó una escala de medición de actitudes hacia los enfermos mentales desarrollada por Fernández Ríos en 1988. Los resultados de este trabajo mostraron que, a pesar de que el estigma social es algo que existe incluso entre profesionales sanitarios, el contacto con enfermos mentales disminuye el estigma de forma significativa. Además, aquellos alumnos que habían cursado la asignatura de salud mental y que habían realizado prácticas en el servicio de salud mental poseían menos estigma que aquellos que no habían cursado la asignatura o no habían realizado prácticas en dichos servicios.

Por otra parte, Gilaberte, Failde, Salazar y Caballero (2012) investigaron sobre la actitud hacia la enfermedad mental y la psiquiatría en una muestra formada por 27 voluntarios de quinto curso del grado de Medicina de la Universidad San Pablo-CEU (Madrid).

Aunque utilizaron el cuestionario de actitud hacia la enfermedad mental (AMI), que es diferente al utilizado en este estudio, destacaron que el 41% de los alumnos afirmaba tener algún familiar con alguna enfermedad mental; el 81,8% de ellos tenían una actitud positiva hacia la enfermedad mental. A pesar de ello no pudo establecerse una relación entre la familiaridad de los sujetos con la enfermedad mental y la actitud hacia ella.

Tabla 7: Contacto con la enfermedad mental de los participantes en el estudio en función de las ramas de conocimiento

Título/Rama	AyH		C		CS		CSyJ		IyA		TS	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sí, tengo un familiar	4	20,0	5	25,0	6	24,0	5	29,4	2	16,7	2	10,0
Sí, tengo un amigo	1	5,0	1	5,0					1	8,3	2	10,0
Sí, tengo un conocido	8	40,0	6	30,0	6	24,0	4	23,5	5	41,7	9	45,0
No, no conozco a nadie	7	35,0	8	40,0	13	52,0	8	47,1	4	33,3	7	35,0

El análisis en función de la rama de conocimiento de las puntuaciones obtenidas en los distintos ítems y factores del Cuestionario AQ-27 (tabla 8, figuras 13-21) así como, el porcentaje de sujetos que mostraron su acuerdo en cada uno de los ítems (tabla 9) siguen la misma tendencia que se ha observado al estudiar los datos de la muestra total y en función del sexo, es decir, se observa puntuaciones altas en los ítems que tienen que ver con ayuda, piedad y coacción y más bajas en relación con las actitudes a miedo o peligrosidad. Si bien es cierto que son los estudiantes de Trabajo Social los que muestran valores discretamente superiores en factores relacionados con actitudes de piedad y ayuda.

Tabla 8: Descriptivo de los valores medios de los ítems y factores del AQ-27 en función de la rama de conocimiento

	A y Hum			Ciencias			C Salud			CSoc y Jurídicas			Ing y Arq			Trabajo Social		
	n	Media	DS	n	Media	DS	n	Media	DS	n	Media	DS	n	Media	DS	n	Media	DS
FACTOR 1: RESPONSABILIDAD		9,00	3,34		8,45	3,52		9,28	2,26		8,71	2,11		9,67	3,55		8,75	3,01
P 10: Pensaría que es culpa de José que se encuentre en su situación actual.	20	1,15	0,37	20	1,15	0,49	25	1,12	0,33	17	1,18	0,53	12	1,67	1,23	20	1,10	0,45
P 11: ¿Hasta qué punto cree que es controlable la causa de la situación actual de José?	19	5,47	1,98	20	4,75	1,71	25	5,48	1,71	17	5,65	1,37	12	5,33	1,56	19	5,42	2,29
P 23: En su opinión, ¿hasta qué punto es José responsable de su situación actual?	20	2,65	1,69	19	2,37	1,74	25	2,68	1,75	15	2,13	1,06	12	2,67	2,35	20	2,50	1,36
FACTOR 2: PIEDAD		16,00	4,66		16,65	3,56		16,76	4,12		19,53	4,13		19,17	3,93		15,90	2,92
P 9: Sentiría pena por José.	20	3,95	2,21	20	5,20	2,22	25	4,84	2,27	17	6,06	1,92	12	5,92	2,35	20	2,55	1,79
P 22: ¿Hasta qué punto comprende a José?	20	6,30	1,72	20	5,55	2,01	25	5,52	2,26	16	6,88	1,71	12	6,92	1,00	20	6,80	1,06
P 27: ¿Cuánta preocupación sentiría por José?	20	5,75	2,07	20	5,90	1,59	25	6,40	1,29	17	7,00	1,17	12	6,33	2,06	20	6,55	1,76
FACTOR 3: IRA		7,10	2,92		7,75	3,34		7,40	2,78		8,18	3,05		9,58	2,50		7,15	3,30
P 1: Me sentiría violentado a causa de José.	20	3,30	1,63	20	3,50	2,09	25	3,20	1,41	17	4,00	1,94	12	4,50	1,62	20	3,05	1,61
P 4: ¿En qué medida se sentiría enfadado con José?	20	1,30	0,66	20	1,55	0,76	25	1,60	1,29	17	1,24	0,75	12	1,92	1,24	20	1,30	0,57
P 12: ¿En qué medida se sentiría irritado por José?	20	2,50	1,57	20	2,50	1,19	25	2,60	1,32	17	2,94	1,98	12	3,17	1,59	20	2,80	1,96
FACTOR 4: PELIGROSIDAD		9,45	4,48		12,25	4,27		10,36	3,33		13,29	4,20		12,42	4,60		9,90	4,24
P 2: Me sentiría inseguro cerca de José.	20	3,35	1,76	20	3,95	1,64	25	3,56	1,56	17	4,76	1,52	12	4,83	1,75	20	3,40	1,67
P 13: En tu opinión, ¿hasta qué punto es José peligroso?	20	3,85	1,69	20	5,05	1,76	25	3,84	1,41	16	5,25	1,34	12	4,33	1,72	20	3,75	1,86
P 18: Me sentiría amenazado por José.	20	2,25	1,55	20	3,10	1,52	25	2,96	1,17	17	3,59	1,77	12	3,25	1,60	20	2,75	1,25

	A y Hum			Ciencias			C Salud			CSoc y Jurídicas			Ing y Arq			Trabajo Social		
	n	Media	DS	n	Media	DS	n	Media	DS	n	Media	DS	n	Media	DS	n	Media	DS
FACTOR 5: MIEDO		7,00	4,09		9,55	5,64		8,16	3,35		9,88	5,67		9,92	4,44		7,90	4,30
P 3: José me aterraría.	20	1,75	1,07	20	2,80	1,88	25	2,28	1,31	17	2,71	1,80	12	2,83	1,64	20	2,65	1,60
P 19: ¿Hasta qué punto José le asustaría?	20	2,85	1,79	20	3,70	1,95	25	3,08	1,58	16	3,81	1,94	12	3,75	1,66	20	2,70	1,46
P 24: ¿Hasta qué punto le aterrorizaría José?	20	2,40	1,67	20	3,05	2,06	25	2,80	1,29	16	3,81	2,01	12	3,33	1,78	20	2,50	1,47
FACTOR 6: AYUDA		21,40	3,78		21,25	4,84		20,88	3,81		20,88	3,84		22,50	4,64		24,00	2,00
P 8: Estaría dispuesto a hablar con José acerca de su problema.	20	7,25	1,52	20	7,75	1,77	25	7,20	1,80	17	7,65	1,58	12	7,67	1,56	20	8,15	1,18
P 20: ¿Cuál es la probabilidad de que ayudara a José?	20	7,30	1,42	20	7,10	1,97	25	7,28	1,34	17	6,88	1,36	12	7,42	1,93	20	8,45	0,69
P 21: ¿Con qué certeza cree que ayudaría a José?	20	6,85	1,57	20	6,45	1,96	25	6,40	1,41	17	6,35	1,58	12	7,42	1,83	20	7,40	1,64
FACTOR 7: COACCIÓN		19,00	3,85		19,20	5,11		19,76	3,76		20,35	4,44		20,58	3,66		13,35	5,21
P 5: Si estuviera a cargo del tratamiento de José, le exigiría que se tomara su tratamiento.	20	7,65	1,73	20	7,55	1,70	25	7,84	1,41	17	8,12	1,54	12	8,17	1,03	20	5,55	2,19
P 14: ¿Hasta qué punto está de acuerdo en que José debe ser obligado a ponerse en tratamiento médico incluso si él no quiere?	20	6,65	1,63	20	6,50	2,01	25	7,16	1,52	17	7,06	1,85	12	7,25	1,49	20	4,50	2,01
P 25: Si estuviera al cargo del tratamiento de José, le obligaría a vivir en un piso supervisado.	19	4,95	1,81	20	5,15	1,98	25	4,76	1,94	17	5,18	2,33	12	5,17	2,44	20	3,40	1,88
FACTOR 8: SEGREGACIÓN		8,95	4,51		9,40	4,25		9,08	4,31		10,76	5,37		9,17	5,02		6,75	2,88
P 6: Creo que José supone un peligro para sus vecinos si no se le hospitaliza.	20	3,10	1,74	20	3,75	1,89	25	3,08	1,82	17	3,76	1,82	12	3,58	2,11	20	2,55	1,32
P 15: Creo que sería mejor para la comunidad de José que lo recluyeran en un hospital psiquiátrico.	20	2,75	1,92	20	2,85	1,69	25	3,00	1,92	17	3,53	2,15	12	3,08	1,56	20	2,25	1,55

	A y Hum			Ciencias			C Salud			CSoc y Jurídicas			Ing y Arq			Trabajo Social		
	n	Media	DS	n	Media	DS	n	Media	DS	n	Media	DS	n	Media	DS	n	Media	DS
P 17: ¿Hasta qué punto cree que un hospital psiquiátrico, donde José está lejos de sus vecinos, es el mejor lugar para él?	20	3,10	1,77	20	3,00	1,59	25	3,00	1,83	17	3,47	1,97	12	2,50	1,88	20	1,95	1,19
FACTOR 9: EVITACIÓN		19,40	5,15		16,55	5,33		15,96	4,66		16,12	4,95		17,67	5,91		18,60	3,94
P 7: Si fuera un empresario entrevistaría a José para un trabajo.	20	6,60	2,06	20	5,15	2,41	25	5,56	2,12	17	5,71	2,14	12	5,67	3,00	19	6,42	2,09
P 16: Compartiría el coche para ir al trabajo con José cada día.	20	6,25	2,36	20	5,20	1,85	25	5,12	1,64	17	4,71	2,11	12	5,25	2,73	20	6,45	1,50
P 26: Si fuera propietario, probablemente alquilaría un piso a José.	20	6,55	2,11	20	6,05	2,28	25	5,28	1,95	17	5,71	1,53	12	6,75	2,01	20	6,20	1,61

Tabla 9: Catalogación de las puntuaciones medias obtenidas de los ítems en el AQ-27 (expresado como porcentaje de sujetos en cada una de las categorías) en función de las ramas de conocimiento.

	Art y Hum			Ciencias			C Salud			CS y Jurídicas			Ing. Arqu			TS		
	Alta	Media	Baja	Alta	Media	Baja	Alta	Media	Baja	Alta	Media	Baja	Alta	Media	Baja	Alta	Media	Baja
FACTOR 1: RESPONSABILIDAD																		
P 10: Pensaría que es culpa de José que se encuentre en su situación actual.			100			100			100			100		8,3	91,7			100
P 11: ¿Hasta qué punto cree que es controlable la causa de la situación actual de José?	30	50	20	10	70	20	36	44	20	29,4	58,8	11,8	25	58,3	16,7	35	45	20
P 23: En su opinión, ¿hasta qué punto es José responsable de su situación actual?		30	70	5	15	80	4	24	72		17,6	82,4	8,3	8,3	83,3		25	75
FACTOR 2: PIEDAD																		
P 9: Sentiría pena por José.	20	40	40	25	45	30	24	36	40	35,3	58,8	5,9	41,7	41,7	16,7	5	20	75
P 22: ¿Hasta qué punto comprende a José?	50	45	5	35	40	25	40	36	4	47,1	52,9		58,3	41,7		55	45	
P 27: ¿Cuánta preocupación sentiría por José?	30	55	15	35	55	10	52	44	4	70,6	29,4		50	33,3	16,7	65	25	10
FACTOR 3: IRA																		
P 1: Me sentiría violentado a causa de José.	5	25	70	5	50	45	4	48	48	11,8	64,7	23,5	16,7	58,3	25	5	35	60
P 4: ¿En qué medida se sentiría enfadado con José?			100			100	4		96		5,9	94,1		8,3	91,7			100
P 12: ¿En qué medida se sentiría irritado por José?		25	75		20	80		28	72		35,3	64,7		41,7	58,3	10	10	80

FACTOR 4: PELIGROSIDAD																		
P 2: Me sentiría inseguro cerca de José.	5	25	70	5	50	45	4	48	48	11,8	64,7	23,5	16,7	58,3	25	5	35	60
P 13: En tu opinión, ¿hasta qué punto es José peligroso?	10	40	50	30	45	25	4	60	36	23,5	64,7	11,8	8,3	50	41,7		50	50
P 18: Me sentiría amenazado por José.		20	80		30	70		36	64	5,9	35,3	58,9		41,7	58,3		25	75
FACTOR 5: MIEDO																		
P 3: José me aterrará.		10	90		30	70		20	80	5,9	29,4	64,7		33,3	66,7		25	75
P 19: ¿Hasta qué punto José le asustaría?	10	10	80	10	40	50		40	60	11,8	35,3	52,9	8,3	33,3	58,3		20	80
P 24: ¿Hasta qué punto le aterrorizaría José?		20	80	15	10	75		32	68	5,9	52,9	41,7	8,3	25	66,7		15	85
FACTOR 6: AYUDA																		
P 8: Estaría dispuesto a hablar con José acerca de su problema.	80	15	5	75	20	5	76	16	8	76,5	23,5		66,7	33,3		90	10	
P 20: ¿Cuál es la probabilidad de que ayudara a José?	80	15	5	65	30	5	84	12	4	64,7	35,3		75	16,7	8,3	100		
P 21: ¿Con qué certeza cree que ayudaría a José?	65	30	5	55	35	10	44	48	8	47,1	52,9		75	16,7	8,3	80	15	5
FACTOR 7: COACCIÓN																		
P 5: Si estuviera a cargo del tratamiento de José, le exigiría que se tomara su tratamiento.	80	20		80	15	5	84	16		94,1		5,9	91,7	8,3		35	45	20
P 14: ¿Hasta qué punto está de acuerdo en que José debe ser obligado a ponerse en tratamiento médico incluso si él no quiere?	65	35		60	30	10	72	28		76,5	17,6	5,9	83,3	16,7		20	50	30

P 25: Si estuviera al cargo del tratamiento de José, le obligaría a vivir en un piso supervisado.	20	55	25	25	50	25	16	48	36	29,4	41,2	29,4	33,3	33,3	33,3	10	30	60	
FACTOR 8: SEGREGACIÓN																			
P 6: Creo que José supone un peligro para sus vecinos si no se le hospitaliza.	5	35	60	15	30	55	8	32	60	11,8	41,2	47,1	8,3	33,3	58,3		15	85	
P 15: Creo que sería mejor para la comunidad de José que lo recluyeran en un hospital psiquiátrico.	5	25	70	5	15	80	4	28	68	5,9	35,3	58,8		33,3	66,7		20	80	
P 17: ¿Hasta qué punto cree que un hospital psiquiátrico, donde José está lejos de sus vecinos, es el mejor lugar para él?		40	60		40	60	8	28	64	5,9	41,2	52,9		25	75		10	90	
FACTOR 9: EVITACIÓN																			
P 7: Si fuera un empresario entrevistaría a José para un trabajo.	55	35	10	40	25	35	36	52	12	41,2	47,1	11,8	58,3		41,7	60	30	10	
P 16: Compartiría el coche para ir al trabajo con José cada día.	50	35	15	35	45	20	24	60	16	23,5	52,9	23,5	41,7	25	33,3	55	40	5	
P 26: Si fuera propietario, probablemente alquilaría un piso a José.	55	35	10	60	20	20	28	56	16	41,2	52,9	5,9	58,3	33,3	8,3	50	45	5	

Figura 13: Descriptivo de los ítems integrados en el factor 1 (Responsabilidad) en función del Título/Rama (box plot).

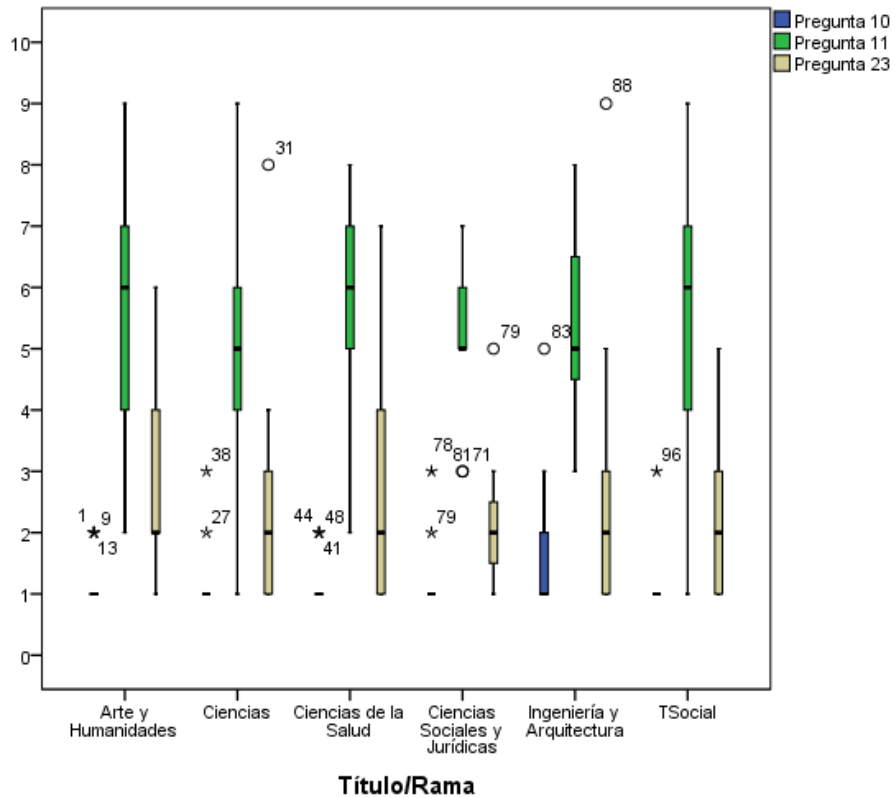


Figura 14: Descriptivo de los ítems integrados en el factor 2 (Piedad) en función del Título/Rama (box plot).

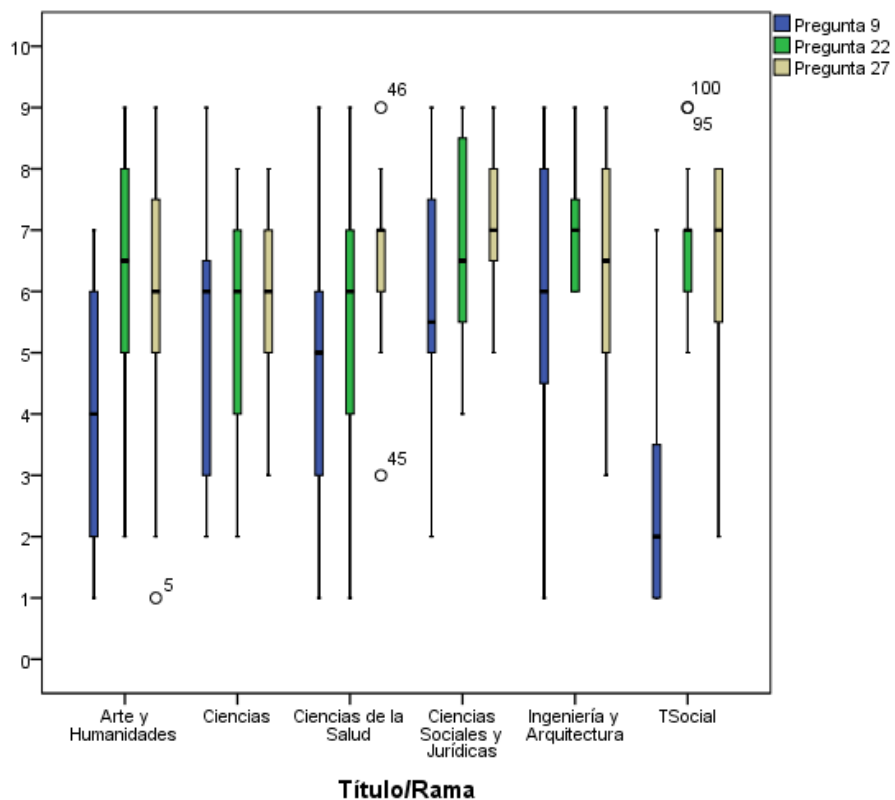


Figura 15: Descriptivo de los ítems integrados en el factor 3 (Ira) en función del Título/Rama (box plot).

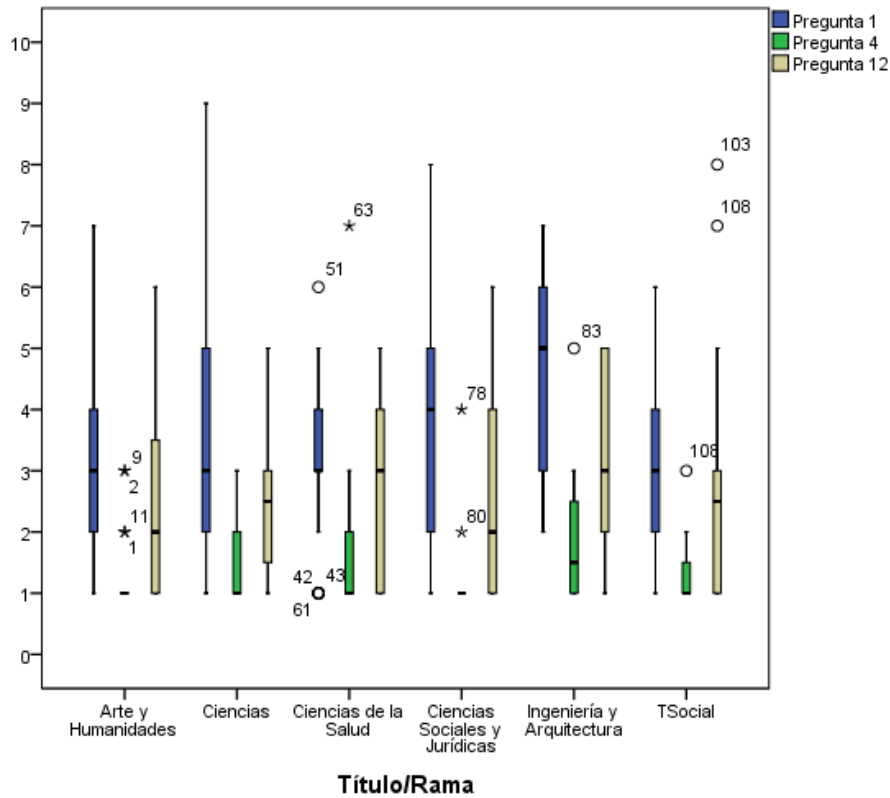


Figura 16: Descriptivo de los ítems integrados en el factor 4 (Peligrosidad) en función del Título/Rama (box plot).

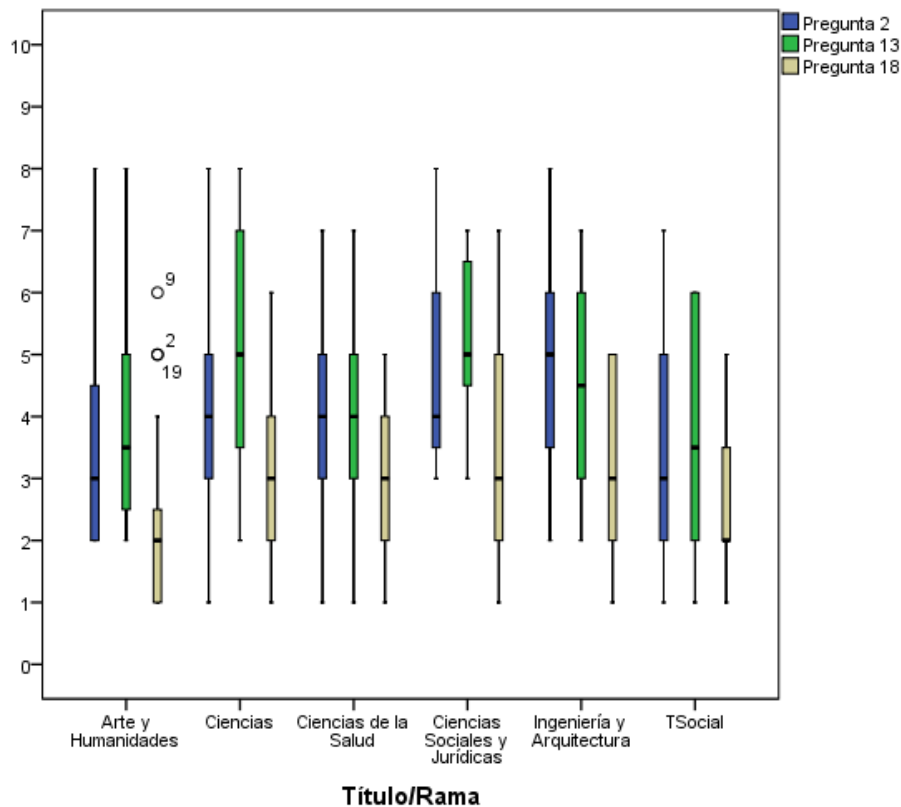


Figura 17: Descriptivo de los ítems integrados en el factor 5 (Miedo) en función del Título/Rama (box plot).

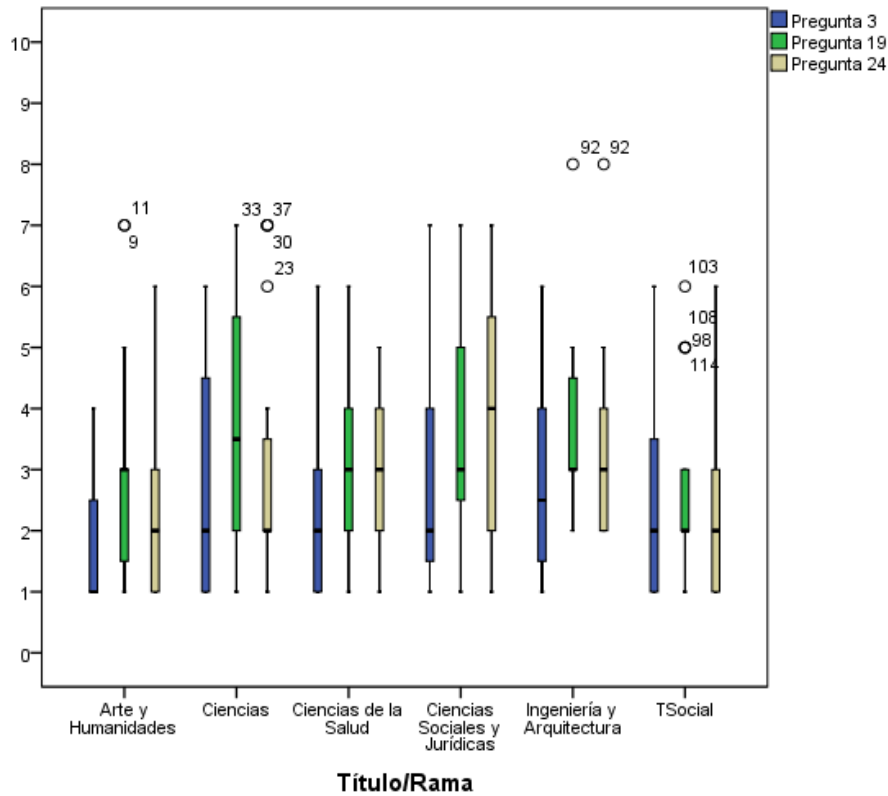


Figura 18: Descriptivo de los ítems integrados en el factor 6 (Ayuda) en función del Título/Rama (box plot).

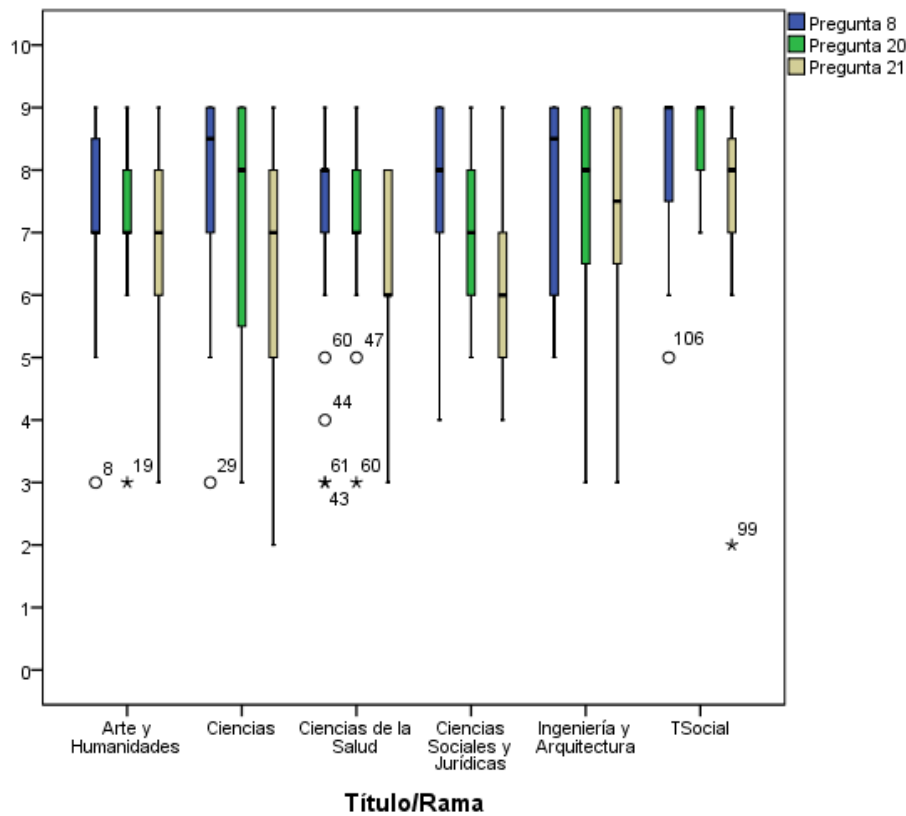


Figura 19: Descriptivo de los ítems integrados en el factor 7 (Coacción) en función del Título/Rama (box plot).

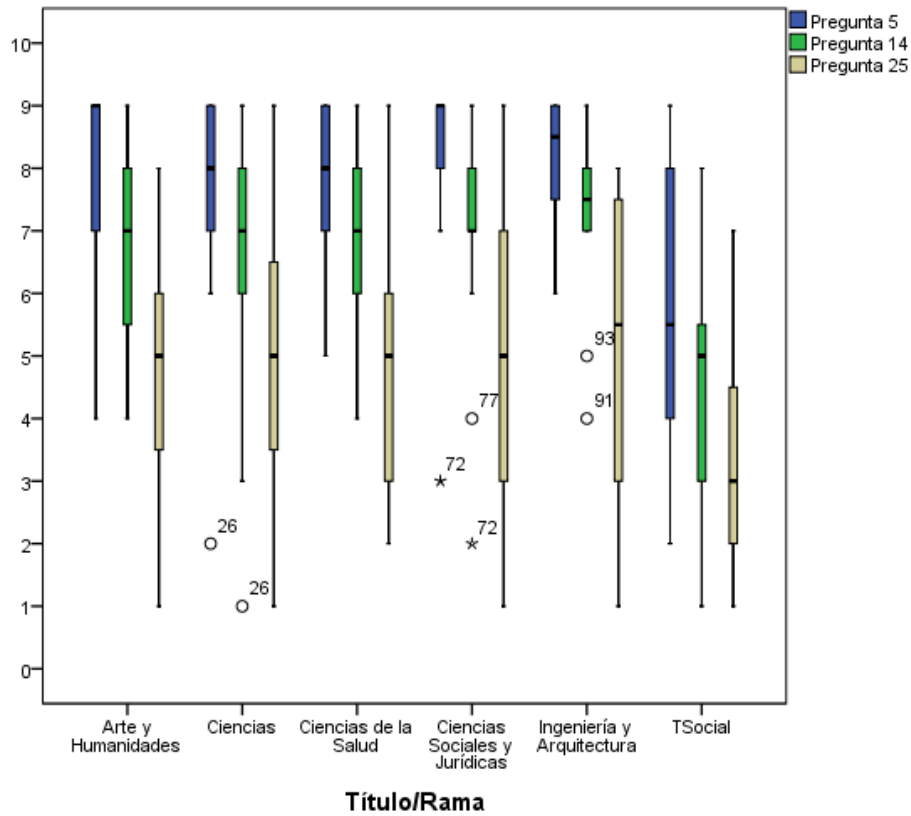


Figura 20: Descriptivo de los ítems integrados en el factor 8 (Segregación) en función del Título/Rama (box plot).

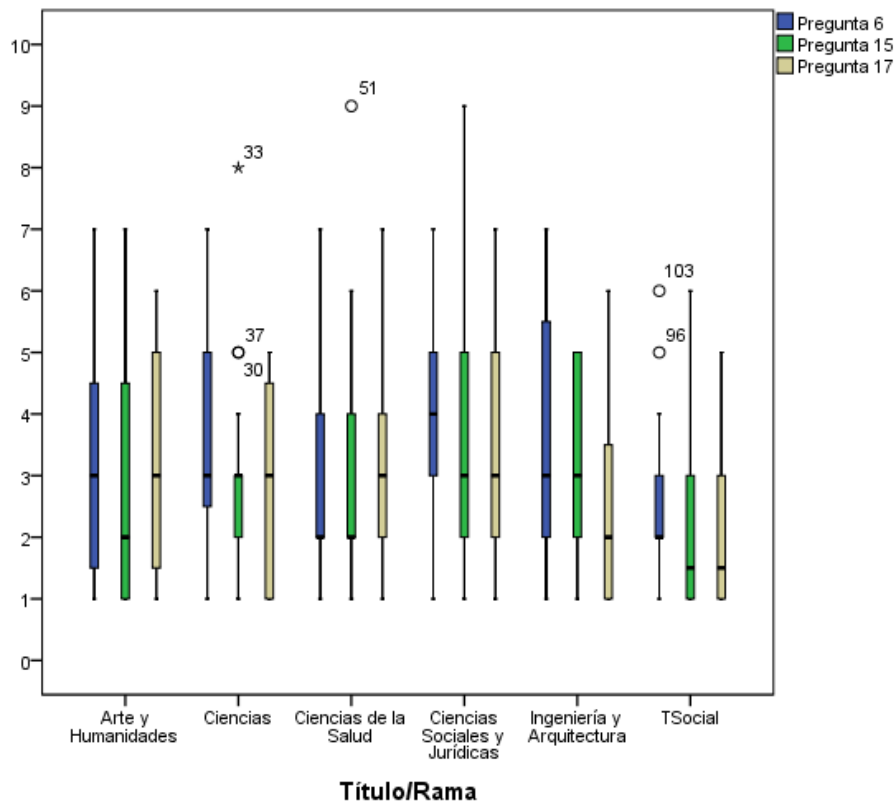
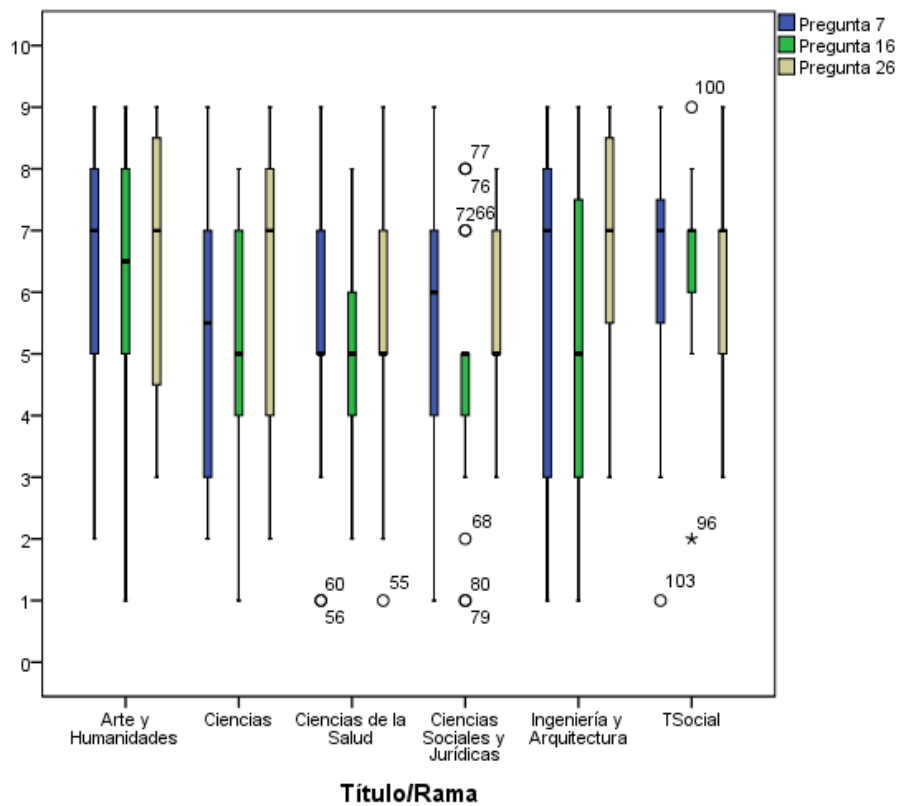


Figura 21: Descriptivo de los ítems integrados en el factor 9 (Evitación) en función del Título/Rama (box plot).



CONCLUSIONES.

A pesar de todos los avances que, principalmente desde la mitad del siglo XX, se han producido en el campo de la salud mental aún queda mucho por hacer, no solo en lo que a asistencia y tratamiento se refiere, sino en relación con la integración plena de las personas con enfermedad mental en la sociedad. Por una parte, las desigualdades políticas han condicionado distintos modelos de asistencia socio-sanitaria entre las distintas Comunidades Autónomas en nuestro país; por otra parte, los medios, tanto materiales como humanos, no son todavía suficientes y resulta evidente la necesidad de formar equipos multidisciplinares que aborden los distintos aspectos relacionados con la enfermedad mental.

Aunque el acceso a la información y el nivel de conocimientos de la población ha mejorado, en general, en los últimos años no siempre una mayor información es garantía de formación. De hecho, el trato y la consideración que hacen los medios de comunicación, cada vez con más influencia, sobre la enfermedad mental tienen un gran peso sobre la percepción social de esta cuestión.

Aún hoy es frecuente la utilización de términos peyorativos para designar a las personas con enfermedad mental. Este hecho asociado a los prejuicios que aún permanecen vigentes hacen que las personas con enfermedad mental estén estigmatizadas, no solo por individuos particulares sino por la sociedad en general. Evidentemente esto limita su calidad de vida y supone un problema añadido que dificulta el desarrollo de su vida diaria, viendo limitados sus derechos, favoreciendo la exclusión social.

Como trabajadores sociales es una responsabilidad intervenir en todas las situaciones que supongan exclusión social y una limitación de los derechos de las personas.

Como ya se expuso en apartados anteriores, tras la revisión bibliográfica realizada decidimos desarrollar un trabajo de investigación para, en la línea de los objetivos planteados, hacer un diagnóstico de la situación en nuestro entorno, es decir, entre los estudiantes de la Universidad de Valladolid. Cuando nos planteamos poner en marcha esta investigación esperábamos encontrar más prejuicios y actitudes negativas ante las personas con enfermedad mental. La realidad es que nos ha sorprendido agradablemente encontrar cierta sensibilización hacia algunos de los factores, normalmente, conductas estereotipadas, relacionadas con la enfermedad mental. A pesar de ello, tras el análisis de los datos obtenidos en los cuestionarios utilizados en el presente trabajo, aunque el estudio sea de carácter transversal, podemos concluir que se han encontrado algunas conductas estigmatizantes entre los voluntarios participantes en este trabajo:

- Los estudiantes de la Universidad de Valladolid muestran predisposición hacia la ayuda y parecen dispuestos a colaborar en el cumplimiento del tratamiento de las personas con enfermedad mental.
- Se ha observado una discreta tendencia en relación con las conductas de ira, de segregación o de responsabilidad atribuida a la personas con enfermedad mental sobre su proceso.

- Apenas se han constatado conductas de miedo hacia las personas con enfermedad mental. Del mismo modo, no son muchos los que consideran peligrosas a estas personas.
- En general no se han encontrado diferencias en la percepción y en las actitudes frente a la enfermedad mental en función del sexo en la mayoría de los factores analizados.
- Las mujeres muestran una ligera mayor predisposición a la ayuda y entre los varones se percibe, aunque las diferencias son mínimas y no significativas, algo más de ira y segregación.
- La rama de conocimiento no ha mostrado ser un factor que determine diferencias entre las actitudes de los estudiantes frente a la enfermedad mental. Aunque se ha observado una discreta tendencia en los voluntarios procedentes de trabajo social a mostrar mayores puntuaciones en los factores relacionados con piedad y ayuda.

Aunque se ha comentado con anterioridad, es importante destacar que este es un estudio descriptivo de carácter transversal realizado en voluntarios; por lo que no es posible establecer relaciones causa-efecto, ni generalizar conclusiones. Simplemente, se ha tratado de identificar aquellas actitudes y tendencias sobre las que posteriormente sería posible intervenir. Además el carácter voluntario del estudio ha condicionado en gran medida el pequeño tamaño muestral y la diversa representación de estudiantes de cada rama de conocimiento. Por este motivo, tampoco es posible generalizar las conclusiones ya que no podemos considerar que los participantes en este trabajo constituyan un grupo estadísticamente representativo de los alumnos de la Universidad de Valladolid. Sin embargo, se ha intentado mantener el rigor metodológico en la obtención y tratamiento de los datos por lo que los resultados obtenidos sí que pueden utilizarse como indicadores de las tendencias, representaciones y actitudes generales frente a la enfermedad mental entre los estudiantes. A partir de este diagnóstico inicial de la situación es posible empezar a trabajar en el diseño de acciones encaminadas a mejorar los conocimientos y en consecuencia las actitudes frente a la enfermedad mental.

En síntesis, los resultados de este trabajo muestran que existen todavía prejuicios hacia las personas con enfermedad mental y apoyan la necesidad de mejorar entre los universitarios el conocimiento sobre la enfermedad mental y las actitudes frente a las personas que la padecen. Habría que intervenir para mejorar las conductas, actitudes y percepciones relacionadas con todos aquellos factores estigmatizantes. Parece incuestionable que favorecer una mayor comprensión hacia la enfermedad mental facilitará la integración social y laboral de estas personas. Contribuir a eliminar el estigma asociado a la enfermedad mental es una tarea en la que el trabajador social puede y debe intervenir.

Referencias bibliográficas.

American Psychiatric Association (2014). *DSM-5. Manual de Diagnóstico y Estadístico*

de los Trastornos Mentales. Panamericana. Recuperado de:

http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/dsm/pdf/Spanish_DSM-5%20Coding%20Update_Final.pdf

Aroca, L. et al. (s.f.). *Intervención del/la Trabajador/a Social en las Unidades de Apoyo*

de Salud Mental. Recuperado de:

http://www.san.gva.es/documents/156344/484152/Intervencion_del_TSS_unidades_de_salud_mental.pdf

Castán, I. (2014). *El estigma de la enfermedad mental en jóvenes universitarios. Estudio*

comparativo entre las ciudades de Metz (Francia) y Zaragoza (España). Trabajo

Fin de grado, Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo, Grado en Trabajo

Social. Zaragoza: Universidad de Zaragoza. Recuperado de:

<https://zagan.unizar.es/record/31387/files/TAZ-TFG-2014-2363.pdf>

Castán, E. y García, M. (2014). Estigma asociado a la enfermedad mental, todavía

queda mucho por hacer. Trabajo Fin de Grado, Facultad de Ciencias Sociales y

del Trabajo, Grado en Trabajo Social. Zaragoza: Universidad de Zaragoza.

Recuperado de: [https://zagan.unizar.es/record/14399/files/TAZ-TFG-2014-](https://zagan.unizar.es/record/14399/files/TAZ-TFG-2014-565.pdf)

[565.pdf](https://zagan.unizar.es/record/14399/files/TAZ-TFG-2014-565.pdf)

Comisión de las Comunidades Europeas (2005). Libro verde. Mejorar la salud mental

de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud

mental. Recuperado de:

http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/opsc_est16.pdf.pdf

“La enfermedad mental desde la perspectiva del Trabajo Social. Percepciones y actitudes de los estudiantes de la Universidad de Valladolid”

Comisión Europea (2005). *Libro Verde de la Salud Mental en Europa*. Recuperado de:

https://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_es.pdf

Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES) (2008). *Salud Mental y medios de comunicación: Guía de estilo*. Recuperado de:

<https://consaludmental.org/publicaciones/GUIADEESTILOSEGUNDAEDICION.pdf>

Confederación Salud Mental España (2016). *Jornada “Soy como tú aunque aún no lo sepas”*. Recuperado de: <https://consaludmental.org/sala-prensa/salud-mental-espana-celebrara-dia-mundial-salud-mental-2016-soy-como-tu-28931/>

Corrigan, P. W., Markowitz, F. E., Watson, A. C., Rowan, D., y Kubiak, M. A. (2003). An attribution model of public discrimination towards persons with mental illness. *Journal of Health and Social Behavior*, 44(2), 162-179.

Diario Oficial de la Unión Europea (2006). *Decisión de la Comisión de 10 de febrero de 2006 por la que se adopta el plan de trabajo de 2006 para la aplicación del programa de acción comunitario en el ámbito de la salud pública (2003-2008), que comprende el programa de trabajo anual en materia de subvenciones (2006/89/CE)*. Recuperado de:

<http://www.sis.net/documentos/legislativa/17401.pdf>

Diario Oficial de la Unión Europea (2013). *Dictamen del Comité Económico y Social Europeo sobre el «Año Europeo de la Salud Mental — Mejorar el trabajo y aumentar la calidad de vida»* (Dictamen de iniciativa) (2013/C 44/06).

Recuperado de: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:52012IE1774&from=ES>

España. Constitución Española, de 29 de Diciembre 1978. [Internet] Boletín Oficial del Estado, 29 de Diciembre de 1978, núm. 298 [consultado 12 de Abril de 2017].

Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1978-31229>

España. Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social de los Minusválidos.

[Internet] Boletín Oficial del Estado, 30 de Abril de 1982, núm. 103 [consultado el 12 de abril de 2017]. Recuperado de:

<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1982-9983>

España. Ley 14/1986, de 25 de Abril, General de Sanidad. [Internet] Boletín Oficial del Estado, 29 de Abril de 1986, núm. 102, pp. 15207-15224 [consultado 12 de Abril de 2017].

Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1986-10499

España. Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil. [Internet] Boletín Oficial del Estado, 8 de Enero de 2000, núm. 7 [consultado 12 de Abril de 2017].

Recuperado de: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2000-323>

España. Ley 16/2003, de 28 de Mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. [Internet] Boletín Oficial del Estado, 29 de Mayo de 2003, núm. 128

[consultado 12 de Abril de 2017]. Disponible en:

<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-10715>

España. Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de Igualdad de Oportunidades, No Discriminación y Accesibilidad Universal de las personas con discapacidad.

[Internet] Boletín Oficial del Estado, 3 de Diciembre de 2003, núm. 289

[consultado el 12 de abril de 2017]. Recuperado de:

<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-22066>

España. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia. [Internet] Boletín Oficial

del Estado, 15 de Diciembre de 2006, núm. 299 [consultado el 12 de Abril de

2017]. Recuperado de: [https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-](https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-21990)

[21990](https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-21990)

España. Ley 8/2010, de 30 de agosto, de Ordenación del Sistema de Salud de Castilla y León. [Internet] Boletín Oficial de Castilla y León, de 7 de Septiembre de 2010,

núm. 173, pp. 68602- 68646 [consultado el 12 de Abril de 2017]. Recuperado

de: <http://bocyl.icyl.es/boletines/2010/09/07/pdf/BOCYL-D-07092010-1.pdf>

España. Acuerdo 58/2003, de 24 de abril, de la Junta de Castilla y León, se aprueba la estrategia regional de salud mental y asistencia psiquiátrica de Castilla y León.

[Internet].

Recuperado

de:

<http://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/recopilacion->

[normativa/planes-sanitarios/acuerdo-58-2003-24-abril-junta-castilla-leon-](http://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/recopilacion-normativa/planes-sanitarios/acuerdo-58-2003-24-abril-junta-castilla-leon-)

[aprueba-estrat](http://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/recopilacion-normativa/planes-sanitarios/acuerdo-58-2003-24-abril-junta-castilla-leon-aprueba-estrat)

España. Acuerdo 66/2016, de 27 de octubre, por el que se aprueban las directrices que ordenan el funcionamiento del modelo integrado de atención sociosanitaria para personas con discapacidad por enfermedad mental. [Internet].

Recuperado de:

<http://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/coordinacion-sociosanitaria/acuerdo-66-2016>

Frago, J. (2012). Análisis del grado de estigma social en enfermos mentales en futuros profesionales sanitarios. Trabajo de fin de grado, Escuela de Enfermería.

Huesca: Universidad de Zaragoza. Recuperado de:

<https://zaguan.unizar.es/record/7137/files/TAZ-TFG-2012-011.pdf>

Garcés, E. M. (2010). El Trabajo Social en salud mental. Cuadernos de Trabajo Social, 23, 333-352. Recuperado de:

<http://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/view/CUTS1010110333A/7489>

González-Badía J, Sala E y Hermoso E. (2012). *Mejora del Tratamiento de las Personas con Enfermedad Mental en las Universidades Públicas*. Recuperado de:

http://www.fundaciononce.es/sites/default/files/docs/libro_estudio_enf_mental-univ_2.pdf

Granados, G., Lopez, M. y Marquez, V. (2012). Actitudes y creencias de alumnos de enfermería hacia las personas con alteraciones de la Salud Mental. Almería: Universidad de Almería. Recuperado de:

<http://www.academia.cat/files/425-8229-DOCUMENT/actitudesalumnoscreenciasenfermeria.pdf>

Gilaberte, I., Failde, I., Salazar, A y Caballero, L. (2012). Actitud de los alumnos de quinto de medicina hacia la salud mental. Departamento de Psicología. Madrid:

Universidad San Pablo-CEU. Recuperado de:

<http://scielo.isciii.es/pdf/edu/v15n4/original3.pdf>

Goffman, E. (2006). Estigma: la identidad deteriorada. Buenos Aires: Amorrortu.

Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad (2016). *IV Plan de Salud de Castilla y León. Perspectiva 2020*. Recuperado de:

<file:///C:/Users/Paz/Downloads/IV%20plan%20de%20salud%20.pdf>

Muñoz, Pérez, Crespo y Guillén (2009). Estigma y enfermedad mental. Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental. Editorial

Complutense. Recuperado de:

<http://biblioteca.ucm.es/ecsa/9788474919806.pdf>

Muñoz, Guillén, Pérez-Santos y Corrigan (2015). *A Structural Equation Modeling Study of the Spanish Mental Illness Stigma Attribution Questionnaire (AQ-27-E)*.

American Journal of Orthopsychiatry, 85, 3, pp. 243–249.

Organización Mundial de la Salud (2005). Declaración de Helsinki. Lucha contra la estigmatización y la discriminación en relación con la enfermedad mental.

Ginebra.

Organización Mundial de la Salud (2013). Salud mental: un estado de bienestar.

Recuperado de: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/

Organización Mundial de la Salud (2013). *Proyecto de plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020: Informe de la Secretaría*. Recuperado de:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/150914/1/A66_10Rev1-sp.pdf

Pedersen, D. (2009). Estigma y exclusión social en las enfermedades mentales: apuntes para el análisis y diseño de intervenciones. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 55(1), 39-50. Recuperado de: https://www.researchgate.net/profile/Duncan_Pedersen/publication/281364699_Estigma_y_exclusion_en_la_enfermedad_mental_Apuntes_para_el_analisis_e_investigacion/links/5613df6508aec622440fd69a.pdf

Peralta, A. (2007). Libro blanco sobre universidad y discapacidad. Real Patronato sobre Discapacidad. Recuperado de: <http://sapdu.unizar.es/sites/default/files/080326%200856%20Libro%20Blanco.pdf>

Sanjuan, A. M. (2011). El estigma de los trastornos mentales: discriminación y exclusión social. *Quaderns de psicologia. International journal of psychology*, 13(2), 7-17. Recuperado de: <http://www.raco.cat/index.php/QuadernsPsicologia/article/view/10.5565-rev-psicologia.816/333076>

Tribunal Europeo de Derechos Humanos (2002). *Protocolo nº 12*, Convenio Europeo de Derechos Humanos (pp.49-52). Recuperado de: http://www.echr.coe.int/Documents/Convention_SPA.pdf

Anexo I.

Hoja informativa

Nos dirigimos a ti para informarte de que vamos a realizar un Trabajo de Fin de Grado para intentar conocer algunos aspectos relacionados con las ideas, opiniones y actitudes que los estudiantes universitarios tienen sobre la enfermedad mental.

Para este estudio los participantes han de rellenar un cuestionario anónimo en el que se recogerán datos sobre edad, género, titulación que estén cursando y un cuestionario autoadministrado validado con varias afirmaciones relacionadas con conocimientos y actitudes sobre la enfermedad mental.

Debes saber que tu participación en este estudio es de carácter voluntario y anónimo y libremente puedes decidir no participar.

Si voluntariamente aceptas colaborar en este trabajo, te pedimos que cumplimentes el siguiente cuestionario de forma completa y sincera. Te llevará unos 10 minutos.

Muchas gracias de antemano por tu colaboración.

CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO

Sexo: Hombre Mujer

Edad:

Titulación:.....

Curso: 1º 2º 3º 4º

¿Tiene contacto con alguna persona con enfermedad mental?

- Sí, tengo un familiar.
- Sí, tengo un amigo.
- Sí, tengo un conocido.
- No, no conozco a nadie.

Anexo II.

CUESTIONARIO DE ATRIBUCIÓN AQ-27

POR FAVOR, LEA LAS SIGUIENTES FRASES ACERCA DE JOSE

José es un soltero de 30 años con esquizofrenia. A veces oye voces y se altera. Vive solo en un apartamento y trabaja como empleado en una gran firma de abogados. Ha sido hospitalizado seis veces a causa de su enfermedad.

AHORA CONTESTE CADA UNA DE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SOBRE JOSÉ. RODEE CON UN CIRCULO EL NUMERO DE LA MEJOR RESPUESTA PARA CADA PREGUNTA.

1. Me sentiría violentado a causa de José.

1 2 3 4 5 6 7 8 9

En absoluto

Muchísimo

2. Me sentiría inseguro cerca de José.

1 2 3 4 5 6 7 8 9

En absoluto

Muchísimo

3. José me aterrará.

1 2 3 4 5 6 7 8 9

En absoluto

Muchísimo

4. ¿En qué medida se sentiría enfadado con José?

1 2 3 4 5 6 7 8 9

En absoluto

Muchísimo

5. Si estuviera a cargo del tratamiento de José, le exigiría que se tomara su tratamiento.

1 2 3 4 5 6 7 8 9

En absoluto

Muchísimo

6. Creo que José supone un peligro para sus vecinos si no se le hospitaliza.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
En absoluto						Muchísimo		

7. Si fuera un empresario entrevistaría a José para un trabajo.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
No es probable						Muy probable		

8. Estaría dispuesto a hablar con José acerca de su problema.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
En absoluto						Muchísimo		

9. Sentiría pena por José.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Ninguna en absoluto						Muchísima		

10. Pensaría que es culpa de José que se encuentre en su situación actual.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
No, en absoluto						Sí, totalmente		

11. ¿Hasta qué punto cree que es controlable la causa de la situación actual de José?

1	2	3	4	5	6	7	8	9
No hay ningún control personal						Completamente control personal		bajo

12. ¿En qué medida se sentiría irritado por José?

1	2	3	4	5	6	7	8	9
En absoluto						Muchísimo		

13. En tu opinión, ¿hasta qué punto es José peligroso?

1	2	3	4	5	6	7	8	9
En absoluto						Muchísimo		

14. ¿Hasta qué punto está de acuerdo en que José debe ser obligado a ponerse en tratamiento médico incluso si él no quiere?

1	2	3	4	5	6	7	8	9
En absoluto						Muchísimo		

15. Creo que sería mejor para la comunidad de José que lo recluyeran en un hospital psiquiátrico

1	2	3	4	5	6	7	8	9
En absoluto						Muchísimo		

16. Compartiría el coche para ir al trabajo con José cada día

1	2	3	4	5	6	7	8	9
No es probable						Muy probablemente		

17. ¿Hasta qué punto cree que un hospital psiquiátrico, donde José está lejos de sus vecinos, es el mejor lugar para él?

1	2	3	4	5	6	7	8	9
En absoluto						Muchísimo		

18. Me sentiría amenazado por José

1 2 3 4 5 6 7 8 9

No, en absoluto

Sí, muchísimo

19. ¿Hasta qué punto José le asustaría?

1 2 3 4 5 6 7 8 9

En absoluto

Muchísimo

20. ¿Cuál es la probabilidad de que ayudara a José?

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Definitivamente
ayudaría no

Definitivamente
ayudaría

21. ¿Con qué certeza cree que ayudaría a José?

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Ninguna certeza

Absoluta certeza

22. ¿Hasta qué punto comprende a José?

1 2 3 4 5 6 7 8 9

En absoluto

Muchísimo

23. En su opinión, ¿hasta qué punto es José responsable de su situación actual?

1 2 3 4 5 6 7 8 9

No es responsable en
absoluto

Muy responsable

24. ¿Hasta qué punto le aterrorizaría José?

1 2 3 4 5 6 7 8 9

En absoluto

Muchísimo

25. Si estuviera al cargo del tratamiento de José, le obligaría a vivir en un piso supervisado.

1 2 3 4 5 6 7 8 9

En absoluto

Muchísimo

26. Si fuera propietario, probablemente alquilaría un piso a José.

1 2 3 4 5 6 7 8 9

No es probable

Muy probable

27. ¿Cuánta preocupación sentiría por José?

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Ninguna en absoluto

Muchísima