



Imágenes de la “locura”, la “enfermedad mental” y la “depresión” en la ciudad de Sevilla

Marcelino López^{1*}, Francisco Javier Saavedra², Margarita Laviana³ y Andrés López¹

¹Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental FAI-SEM

²Facultad de Psicología. Universidad de Sevilla

³Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental del Hospital Virgen del Rocío. Servicio Andaluz de Salud

(Recibido 1 Septiembre, 2012; Aceptado 20 Septiembre, 2012)

RESUMEN: El artículo presenta los resultados del estudio “Salud mental: imágenes y realidades”, referido a las imágenes sociales asociadas a tres términos relativos a trastornos mentales: “locura”, “enfermedad mental” y “depresión”. A partir de un diseño internacional se entrevistaron en la ciudad de Sevilla 920 personas adultas, según un método de cuotas a partir de las principales variables sociodemográficas y mediante un Cuestionario Socio-antropológico, utilizado en un proyecto multinacional del Centro Colaborador de la OMS en Salud Mental de Lille (Francia). El cuestionario pide a las personas entrevistadas que relacionen determinadas afirmaciones sobre conductas, síntomas, causas y consecuencias a las tres categorías elegidas, explorando con ellos los aspectos cognitivos de las actitudes y representaciones mentales de la población.

Los datos obtenidos fueron tratados con estadísticas descriptivas y posteriormente con la técnica de análisis multivariante de los Conglomerados Jerárquicos. En conjunto muestran la existencia de una diversidad de atribuciones que diferencian entre esas tres categorías, relacionando la “locura” con contenidos de violencia, extrañeza e incurabilidad, mezclando esos contenidos con una visión más médica en el caso de la “enfermedad mental” y diferenciando claramente la “depresión”

Componentes similares a los encontrados en estudios internacionales y que plantean además cuestiones importantes sobre la dinámica social del estigma y su evolución, en función de la difusión de conocimientos profesionales, que deberá ser explorada en posteriores estudios.

Palabras clave: estigma, actitudes, representaciones sociales, trastornos mentales.

Images of “madness”, “mental illness” and “depression” in the city of Seville

ABSTRACT: The article presents the results of the study “mental health: images and realities” referred to the social images associated with three terms relating to mental disorders: “madness”, “mental illness” and “depression”. They met in the city of Seville, from an international design, 920 adults according to a quota method based on the main demographic variables and using a Socio-anthropological questionnaire, used in a multinational project of the WHO Collaborating

*Correspondencia: Marcelino López, Avenida de las Ciencias 27. Acc. A, 41020 ,Sevilla

E-mail: marcelino.lopez@juntadeandalucia.es

Center the Mental Health of Lille (France). The questionnaire asks respondents to relate certain assertions about behaviors, symptoms, causes, and consequences to the three chosen categories, exploring with them the cognitive aspects of attitudes and mental representations of the population.

The data obtained were treated with descriptive statistics and later with the technique of multivariate analysis of hierarchical conglomerates. Together they show the existence of a diversity of assertions that differentiate between those three categories, relating the “madness” with contents of violence, strangeness and hopeless, mixing these contents with one more medical vision of “mental disease” and clearly differentiating the “depression”.

Components that are similar to those found in international studies and that posed also important issues about the social dynamics of stigma and its evolution, based on the dissemination of professional knowledge, which must be explored in subsequent studies.

Keywords: stigma, attitudes, social representations, mental disorders.

INTRODUCCIÓN

La preocupación por el estigma que rodea en nuestras sociedades a las personas que padecen lo que denominamos trastornos mentales graves es creciente, tanto entre quienes se ven afectados por ellos como entre quienes intentamos ayudarles desde modelos de atención comunitaria (FAISEM, 2012; López y Laviana, 2007). De hecho, tanto la experiencia personal y colectiva de muchas personas afectadas, de sus familiares y de los profesionales de servicios sanitarios y sociales, como la abundante literatura científico-técnica que encontramos en este campo (López et al., 2008; Michaels, López, Rüsch y Corrigan, 2012; Muñoz, Pérez, Crespo y Guillén, 2009; Thornicroft, 2006), coinciden en que el complejo fenómeno social a que hacemos referencia con ese término sigue siendo el núcleo básico de importantes barreras que afectan negativamente a dichas personas, dificultando sus procesos de recuperación personal y de consecución de niveles reales de ciudadanía e inclusión social (Corrigan, Kerr y Knudsen, 2005; OMS, 2001; Penn y Wykes, 2003).

En conjunto, en las últimas décadas hemos incrementado nuestro interés y nuestro conocimiento sobre aspectos importantes del mismo, sus causas y las posibilidades de luchar efectivamente para contrarrestarlo (Corrigan, Morris, Michaels, Rafacz y Rüsch, 2012; Corrigan y Rao, 2012; Michaels et al., 2012), aunque no solo quedan aún muchos aspectos sin conocer adecuadamente sino que nuestros intentos por reducir su magnitud y sus negativos efectos están aún lejos de ser satisfactorios.

Sabemos que bajo ese término común –“estigma”- incluimos aspectos diferentes aunque relacionados entre sí, siendo clásico diferenciar al menos tres de ellos: el conjunto de consideraciones, imágenes, sentimientos y tendencias a actuar de las personas que presentan distintos sectores de la población en su relación con quienes padecen trastornos mentales graves; las consecuencias ob-

jetivas y de carácter negativo que les generan, en términos de pérdida de oportunidades y discriminación; y, finalmente, las repercusiones subjetivas que todo ello tiene en el funcionamiento personal y social de una parte importante de dichas personas (Michaels et al, 2012; López et al, 2008).

Solemos referirnos al primer sentido con el término, igualmente clásico en las ciencias sociales, de “actitudes sociales”, como algo que podemos explorar preguntando a las personas (Fazio y Olson, 2003) o analizando sus respuestas implícitas (Greenwald y Banaji, 1995) a determinados estímulos relacionados con quienes tienen una enfermedad mental grave. Es decir, como algo que ocurre en la interioridad de cada uno de nosotros pero caracteriza a grupos de personas en la medida en que esas actitudes son variables en función de características personales y sociales. Variables y complejas, ya que es también clásico considerar en dichas actitudes un triple componente, con aspectos cognitivos (“estereotipos”), afectivos (“prejuicios”) y conductuales (“discriminación” o al menos “propensión” a la misma, ya que son previas a las conductas reales y suelen medirse por ello con escalas de distancia social). Componentes que mantienen entre si relaciones complejas no siempre bien conocidas (Fazio y Olson, 2003; Jones, 2001; López et al, 2008).

Es verdad que, frente a ese análisis “clásico”, en la Sociología y la Psicología Social hay modelos o “paradigmas” alternativos, que intentan entender mejor las características y sobre todo las dinámicas de esas “precondiciones” o antecedentes de las conductas de rechazo y discriminación, que afectan también a otro tipo de personas en distintas sociedades (Alvaro y Garrido, 2003).

Así, además de análisis más específicos de los mecanismos de cognición social, hay un modelo interesante y relativamente más actual de enfrentarse con el tema que es de las Representaciones Sociales (Farr, 2003; Jodelet, 2003; Kohl, 2006), asociadas a la obra de Serge Moscovici (Moscovici, 1961). Especialmente porque pone el acento en los mecanismos sociales de formación de las imágenes hacia las personas objeto de estigma, aunque a costa de dar más valor a los componentes específicamente cognitivos del fenómeno (De Rosa, 1993; Moliner y Tafani, 1997) y de defender posiciones de constructivismo social no necesariamente compartibles desde una filosofía materialista de la ciencia (Bunge, 2005).

Por nuestra parte pensamos (López et al, 2008; López et al, 2010) que el enfoque de las actitudes, desprovisto de la carga individualista en que ha derivado desde los primeros modelos de la Psicología Social (Alvaro y Garrido, 2003; Greenwood, 2004), permite valorar mejor ese triple componente, en el que no siempre los aspectos cognitivos son determinantes (Van de Berg, Manstead, Van der Plig y Wigboldus, 2006), sin renunciar a reconocer y explorar los mecanismos de formación y reproducción social de todos ellos.

Así, nuestra posición se basa en el enfoque de las actitudes sociales y es desde ella como interpretamos los resultados del estudio realizado en Sevilla (López et al, 2010), aunque el diseño del proyecto internacional del que forma parte hace referencia, al menos formal, al modelo de las representaciones sociales (Caria, Roelandt, Bellamy y Vanderborre, 2010; Roelandt, Caria, Defromont,

Vanderborre y Daumerie, 2010). De hecho cuando hablamos, por mantener la terminología inicial, de “imágenes sociales” de la locura, la enfermedad mental y la depresión, estamos haciendo referencia básicamente a estereotipos o ideas erróneas o al menos sobrevaloradas con respecto a determinadas características de las personas con trastornos mentales graves. Ideas que, como se ha descrito en repetidas ocasiones, suelen enfatizar, al menos en sociedades como la nuestra, aspectos como la peligrosidad, la extrañeza e imprevisibilidad y la incurabilidad de estas personas, que las hace incompatibles con la vida social (Angermeyer y Dietrich, 2006; Kohl, 2006; López et al, 2008; López, Laviana y López, 2009; Muñoz et al, 2009; Warner, 2001), justificando o racionalizando así el rechazo que producen (López et al, 2009).

Estereotipos que integran ideas ancestrales con nuevos conocimientos, que poco a poco han ido incorporándose al pensamiento social en procesos que la teoría de las representaciones sociales puede contribuir a entender (Kohl, 2006), a pesar de algunos de sus discutibles presupuestos.

No hay mucha información fáctica disponible con respecto en la población española (Ayestarán y Páez, 1986; Muñoz et al, 2009; Yllá, González-Pinto, Ballesteros y Guillén, 2007) ni, más en concreto, en Andalucía, más allá del estudio realizado en su día, con otro instrumento, por el Instituto Andaluz de Salud Mental (IASAM, 1988) en el marco del proceso de reforma psiquiátrica iniciado en 1984 (FAISEM, 2012). De ahí el interés de explorar la situación aprovechando, en este caso, un proyecto internacional, con una metodología específica pero compatible con el cuerpo general de la investigación actual sobre el tema. Estudio que permitía además interesantes comparaciones internacionales, actualmente en curso.

METODOLOGÍA

El estudio “Salud mental: imagen y realidad” es la adaptación a la ciudad de Sevilla (López et al, 2010) de un estudio internacional desarrollado sobre un diseño del Centro Colaborador en Salud Mental de la OMS de Lille (CECOMS). Estudio internacional (Caria et al, 2010) que ha incluido en conjunto a cerca de 40.000 personas y ha permitido explorar aspectos importantes de las actitudes o representaciones sociales de la enfermedad mental en distintas localidades de habla francesa en cuatro continentes, así como en otros de países europeos, facilitando interesantes comparaciones entre culturas y lenguas diversas.

En el caso de Sevilla se entrevistaron 920 personas de la población general adulta, seleccionadas por el método de cuotas (según variables de edad, sexo, estado civil, nivel educativo y situación laboral) y con dos cuestionarios, uno para detectar probable patología psíquica y otro, que es el que vamos a utilizar aquí, para medir “imágenes sociales” sobre tres términos referidos a problemas de salud mental: “locura”, “enfermedad mental” y “depresión”. Así, en el Cuestionario Socio Antropológico, desarrollado por el equipo del CECOMS (Caria et al, 2010; Roelandt et al, 2010) se pide a las personas entrevistadas que asocien deter-

minados comportamientos y recomendaciones de actuación a esos tres términos.

El cuestionario consta así de 62 ítems, que se corresponden con otras tantas afirmaciones relativas a cuatro bloques:

1. Comportamientos que la persona considera asociados a la locura, la enfermedad mental, la depresión o, en este primer bloque, que no se asocian a ninguna de ellas.
2. Afirmaciones relativas a la responsabilidad, el sufrimiento y las posibilidades de atención a cada una de las tres categorías.
3. Posibles signos identificadores de cada una de ellas
4. Y posibles causas de las mismas.

En conjunto incluyen los temas básicos que suelen explorarse cuando se intenta medir actitudes sociales, primando el componente cognitivo de las mismas (los “estereotipos”) y diferenciando entre las tres categorías básicas mencionadas. Categorías que hacen referencia a imágenes que cabe suponer diferenciadas: la de la “locura” como figura tradicional en nuestras sociedades, la de la “enfermedad mental” como figura más moderna que suponemos influida por los conocimientos profesionales y la “depresión” que parece referirse a una imagen más específica de una enfermedad concreta, más cercana a lo que le puede suceder a cualquiera (Roelandt et al, 2010).

Los datos se trataron inicialmente con estadísticas descriptivas (porcentajes de respuestas) mediante el programa EPIINFO (versión 6.4), que era el inicialmente incorporado al estudio.

Posteriormente, para identificar mejor las agrupaciones significativas de los datos y sus relaciones, se utilizó una técnica de análisis multivariante, la de conglomerados jerárquicos, que no requiere un número concreto de clústeres y es más apropiado para fines exploratorios. Se conglomeraron así los ítems, según las variables seleccionadas (categorías de respuestas), optando como método de conglomeración por la vinculación intergrupos y como medida de distancia una medida de disimilaridad por frecuencia: Chi-cuadrado. Se obtuvieron el historial de la conglomeración, el diagrama de témpanos y el dendograma, a partir de los cuales se decidió cuál era el número de clústeres óptimo para nuestros objetivos y como prueba de validez de la división en conglomerados se realizó un análisis de varianza, tomando como variable independiente o factor cada clúster y como variables dependientes cada una de las categorías incluidas en el análisis. Análisis que se realizó con el paquete estadístico SPSS (versión 19).

RESULTADOS

En primer lugar hay que señalar que, si bien la técnica de muestreo utilizada no asegura la misma representatividad que un procedimiento aleatorio, como mostramos en una publicación anterior las características sociodemográficas de la muestra son básicamente similares a las de la población general adulta de la

ciudad de Sevilla (López et al, 2009).

En lo que respecta a las respuestas obtenidas de la aplicación del cuestionario socio-antropológico, las Tabla 1-3 recogen los porcentajes mayoritarios de las respuestas a cada uno de los bloques que componen el instrumento.

En el caso del primer bloque, la Tabla 1 muestra en qué medida se relacionan las distintas afirmaciones o preguntas del mismo con las categorías de “locura”, “enfermedad mental” y “depresión”, incluyendo también cuándo no se consideran aplicables a ninguna de ellas.

Tabla 1. *Comportamientos Asociados por la Población Urbana de Sevilla a las Categorías de “Locura”, “Enfermedad mental” y “Depresión”*

<i>Según Vd, alguien que: ... es:</i>	Loco o loca	Enfermo o enferma mental	Depresivo o depresiva	Ninguna de las tres
Llora a menudo y está triste			93	
Intenta suicidarse		31	38	
Toma drogas regularmente				73
Consume regularmente bebidas alcoholicas				81
Arremete contra su pareja o sus hijos	31	32		35
Es violento hacia otros o hacia objetos	39	34		25
Es violento hacia si mismo	31	47		
Delira y alucina	30	59		
Es deficiente intelectual o retrasado		48		49
Tiene crisis o convulsiones		33		59
Tiene un comportamiento extraño	26			48
Dice cosas extrañas, sin sentido	40	32		25
Es dejado y a menudo sucio				73
Está aislado, es solitario, busca estar solo			60	31
Es ansioso			25	60
Comete una violación	38	27		35
Comete un incesto	33	27		40
Comete un asesinato	38			43

Las cifras representan porcentajes de respuestas iguales o superiores al 25 %, sombreandose en gris la respuesta más frecuente en cada ítem.

Como puede verse en la Tabla hay un perfil diferenciado entre las 3 categorías, especialmente nitido entre la “depresión” y las otras dos, que muestran sin embargo coincidencias de interés. Así, la imagen de la “locura” se asocia en la muestra a comportamientos violentos, peligrosos (destaca la violencia hacia los demás) y extraños. Comportamientos que tambien parecen caracterizar la

imagen de la “enfermedad mental”, a la que se añaden sin embargo comportamientos con conotaciones más médicas (delirio, alucinación, deficiencia, crisis o convulsiones) y la violencia hacia sí mismo. Y por el contrario la imagen de la “depresión” se separa claramente de las dos anteriores, destacando los síntomas conocidos de este trastorno (tristeza, aislamiento, riesgo de suicidio).

Hay que destacar también que un porcentaje significativo de respuestas no asocian a estas categorías comportamientos más específicos (alcoholismo y drogodependencia) así como actos violentos hacia los demás, que pueden relacionarse con otros factores personales y sociales.

Por su parte las siguientes Tablas incluyen otros aspectos complementarios de las imágenes sociales de las tres categorías definidas, que se corresponden con los otros tres bloques del cuestionario, incluyendo preguntas relativas a conocimientos sobre la situación, grado de sufrimiento y posibilidades de atención, así como sobre síntomas y posibles causas.

Tabla 2. Atribuciones de Responsabilidad, Sufrimiento y Posibilidades de Tratamiento de la “Locura”, la “Enfermedad Mental” y la “Depresión” en Población Urbana de Sevilla

Preguntas	Loco o loca		Enfermo o enferma mental		Depresivo o depresiva	
	Si	No	Si	No	Si	No
¿Es responsable de sus actos?		81		82	62	
¿Es responsable de su estado?		90		93		73
¿Sabe que está?		68		55	88	
¿Sufre?	74		85		99	
¿Sufre la familia?	99		99		99	
¿Es excluido de su familia?	61			57		85
¿Es excluido de su trabajo?	96		88			55
¿Es excluido de la sociedad?	91		79			72
¿Es posible tratar sin medicamentos?		81		81		55
¿Es posible curar?		65		60	91	
¿Es posible curar totalmente?		89		84	75	
¿Se puede curar por sí mismo?		96		98		68
¿Se debe tratar cuando no quiere ser tratado?	81		83		73	
¿Conoce lugares distintos al hospital psiquiátrico para tratar?		64		55	67	

Si fuese alguien querido	¿Aconsejaría que se tratase en un HP?	81		72		68
	¿Aceptaría tratarlo en su casa?	65		77	95	
	¿Haría una reunión familiar para decidir que hacer?	94		94	91	
	¿Supondría una carga en su casa?	89		67	50	
¿Cree que la familia debe acogerlo tras el tratamiento?		72		95	99	

Las cifras representan los porcentajes de respuesta mayoritarios en cada caso (Sí o No para cada categoría), sombriéndose aquellas que suponen el 75 % o más de las respuestas.

En el primer caso (Tabla 2) se formulan preguntas que pueden responderse afirmativa o negativamente para cada una de las tres categorías, incluyendo en ellas aspectos que mezclan ocasionalmente componentes cognitivos y emocionales. Como puede verse, también en este caso se diferencia con claridad el perfil correspondiente a la imagen social de la “depresión”, con componentes distintos de los de la “locura” y la “enfermedad mental”, en términos de responsabilidad personal, conocimiento de la situación y posibilidades de curación y tratamiento sin medicación ni hospitalización, aunque sigue considerándose que quien la padece debe ser tratado incluso en contra de su voluntad.

Y también que los perfiles de la “locura” y la “enfermedad mental”, aunque presentan algunas diferencias menores, mantienen básicamente un perfil muy similar en esos distintos aspectos.

Por su parte la Tabla 3 incluye las respuestas a dos preguntas, referidas respectivamente a los rasgos que permitirían identificar a las personas incluíbles en cada una de las tres categorías y a los posibles factores que estarían en su origen. En ambos casos caben respuestas múltiples por lo que se incluyen la primera y segunda opción para cada una de las mismas.

Tabla 3. *Identificación y Posibles Causas de la “Locura”, la “Enfermedad Mental” y la “Depresión” en Población Urbana de Sevilla*

		Loco o loca		Enfermo o enferma mental		Depresivo o depresiva	
		1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª
¿Cómo se puede reconocer a primera vista?	Comportamiento activo	45	34	41	33	19	24
	Apariencia o actitud	16	21	20	22	42	38
	Discurso, comunicación	10	25	12	25	10	18
	Mirada	16	18		17	11	14
	No se reconoce			12		14	
	Otros						
¿Qué puede volver a una persona ...?	Una causa física	23	21	52	31	10	
	Acontecimientos de la vida	33	29	15	28	39	27
	Algo mágico-religioso					10	13
	Algo socioeconómico						
	Algo relacional				10	14	17
	La sociedad						
	El trabajo		20			10	15
	Las adiciones	17		12	18		
	Otros					10	

Las cifras representan porcentajes de respuestas iguales o superiores al 10 % para cada una de las categorías, en la primera columna en el caso de ser la respuesta ofrecida en primera elección y en la segunda como segunda opción. Se somborean en gris las respuestas que representan el 25 % o más de las respuestas.

De nuevo aquí, aunque las semejanzas son mayores, la “depresión” se diferencia de las otras dos categorías, tanto en los rasgos que permiten identificarla (más la apariencia y la actitud que el comportamiento activo o el discurso) como en sus posibles causas (más factores relacionales y de la vida que un origen “físico”). Hay que señalar aquí la diferencia a este respecto entre la imagen de la “locura” y la de la “enfermedad mental”, atribuyéndose a esta última un carácter más “físico” y menos relacional que a la propia “locura”.

Tratando de precisar mejor la composición y las relaciones entre las imágenes mayoritarias de las tres categorías, se procedió a aplicar una técnica de análisis específica para establecer agrupaciones entre las respuestas que tuvieran el mayor grado posible de homogeneidad. Dada la dificultad de analizar en conjunto las respuestas a los distintos bloques del cuestionario por su diferente estructura,

se eligieron para ello las respuestas a los dos primeros bloques del mismo, que son las que incorporan los aspectos más generales de los estereotipos sociales y se analizaron con la técnica de Conglomerados Jerárquicos. La técnica permite establecer agrupaciones significativas de ítems cuyos patrones de respuesta tengan cohesión interna, es decir sean semejantes entre sí dentro de cada grupo y diferentes de los de los restantes grupos.

Dadas las diferencias entre la forma de las preguntas y respuestas de los dos bloques seleccionados del cuestionario (ver Tablas 1 y 2, respectivamente), el análisis se realizó por separado para cada bloque. En ambos casos, tal y como se expuso en el apartado de “Metodología”, se recurrió para la conglomeración a la vinculación intergrupos y para la medida de la distancia a la Chi-cuadrado. A partir de los correspondientes dendogramas se seleccionaron los clusters y posteriormente, mediante un análisis de varianza, se comprobó la validez de los mismos. El resultado puede verse en las Tablas 4 y 5.

Tabla 4. *Conglomerados Encontrados en el Primer Bloque de ítems (Tabla 1) y Porcentaje de Respuestas para cada Categoría*

Conglomerados	Ítems	Porcentaje de respuestas			
		Locura	E. Mental	Depresión	Ninguna
I.I	Es violento hacia otros o hacia objetos	39	34	2	25
	Dice cosas extrañas, sin sentido	40	32	3	25
	Comete una violación	38	26	1	35
	Comete un incesto	33	27	1	40
	Comete un asesinato	38	18	1	43
	Arremete contra su pareja o sus hijos	31	32	2	35
	Tiene un comportamiento extraño	26	18	7	48
I.II	Es dejado y a menudo sucio	4	6	17	73
	Es ansioso	4	11	25	61
	Toma drogas regularmente	11	13	4	73
	Consume regularmente bebidas alcoholicas	5	6	8	81
I.III	Es violento hacia si mismo	31	47	10	12
	Delira y alucina	30	59	3	8
I.IV	Es deficiente intelectual o retrasado	1	48	1	49
	Tiene crisis o convulsiones	4	33	4	59
	Intenta suicidarse	17	31	37	25
	Llora a menudo y está triste	0	1	93	6
	Está aislado, es solitario, busca estar solo	2	7	60	31

Como puede verse en la primera de ellas, en el caso de las respuestas a las preguntas del primer bloque (con la forma general :“Según Vd., ¿alguién que ... es un loco o una loca, un enfermo o enferma mental, un depresivo o una depresiva, o ninguno de los tres?”), encontramos cuatro conglomerados definidos y tres items sin conglomerar:

- a. Un grupo de siete items, relacionados con la extrañeza y la violencia, cuyas respuestas mayoritarias las asociaban a la imagen de la “locura”, y en menor medida a la “enfermedad mental” o a “ninguna de las tres” (por debajo de a la “locura” salvo en dos items en que la sobrepasa), pero no a la “depresión”.
- b. Un grupo de cuatro items, que incluyen el consumo de alcohol y otras sustancias, con la dejadez y la suciedad pero también con la ansiedad, en los que la respuesta claramente mayoritaria no los relaciona con ninguna de las tres categorías, aunque en el caso de la ansiedad un porcentaje significativo la atribuye también a la “depresión”.
- c. Un grupo de dos items, referidos a la violencia hacia si mismo y a síntomas específicos como las alucinaciones y delirios, en los que la respuesta mayoritaria los vincula a la “enfermedad mental” y en menor medida a la “locura”.
- d. Un último grupo también con dos items, ambos referidos a condiciones específicas (deficiencia intelectual y convulsiones), que reparte su vinculación mayoritaria entre “ninguna de las tres” categorías y la de la “enfermedad mental”
- e. Y finalmente 3 items no agrupables por tener patrones de respuesta muy diferentes: los intentos de suicidio, asignados a la “depresión” y la “enfermedad mental”; la tristeza y el llanto, asociados casi exclusivamente a la “depresión” ; y la búsqueda del aislamiento y la soledad, mayoritariamente vinculado a la “depresión” pero también, aunque en menor medida, a ninguna de las tres categorías seleccionadas para el estudio.

El análisis de los conglomerados permite completar la visión derivada del de las respuestas aisladas al identificar la imagen de la “locura” con la combinación básica del Conglomerado I.I, centrado en la violencia hacia los demás y la extrañeza (se lo atribuyen entre el 25 al 40% de las personas entrevistadas) con el I.III, que incluye síntomas más asociados al dominio médico o sanitario (atribuido por el 30%). Los mismos componentes, pero en proporción inversa (del 47 al 59% en el I.III y del 18 al 34 % en el I.I), caracterizan la imagen social de la “enfermedad mental”, a la que se añade el conglomerado I.IV que incluye síntomas o condiciones igualmente médicas (entre el 33 y el 48%) no compartidas con la “locura”. Y, por contraposición, la imagen de la “depresión” incluye componentes muy diferentes, centrados básicamente en los tres items independientes, menos atribuibles a las dos condiciones anteriores.

Es interesante constatar que prácticamente todos los conglomerados se aso-

cian a su vez a otras posibles conductas o condiciones sociales, especialmente las incluidas en el I.II (que son excluidas de las tres categorías exploradas por más del 60%), que incluye en concreto el consumo de alcohol y otras sustancias (más del 70%).

En el caso del 2º bloque, que incluye preguntas relativas a la responsabilidad, sufrimiento, exclusión y posibilidades de atención de cada una de las tres categorías incluidas en el estudio, la Tabla 5, muestra los conglomerados, es decir agrupaciones con pautas de respuesta similares, encontrados con la técnica estadística utilizada. Hay que señalar que en el análisis se incluyen 4 ítems que no se tuvieron en cuenta de manera individual en la Tabla 2, por hacer referencia a la experiencia directa de cada una de las persona entrevistadas (si conoce, ha tenido la experiencia propia o ha sido tratado por encontrarse en alguna de las categorías objeto de estudio).

Tabla 5. *Conglomerados Encontrados en el Segundo Bloque de Ítems (Tabla 2) y Porcentaje de Respuestas para cada Categoría*

Conglomerados	Ítems	Porcentaje de respuestas		
		Locura	E. Mental	Depresión
II.I	¿Sufre la familia?	99	99	99
	¿Haría una reunión familiar para decidir que hacer?	89	95	99
	¿Se debe tratar cuando no quiere ser tratado?	81	83	73
	¿Cree que la familia debe acogerlo tras el tratamiento?	89	95	99
	¿Supondría una carga en su casa?	72	67	50
II.II	¿Conoce en su entorno a alguien que es o ha sido...?	38	50	68
	¿Conoce lugares disitntos al hospital psiquiátrico para tratar?	38	50	70
	¿Sufre?	74	85	99
	¿Aceptaría tratarlo en su casa?	65	78	95
	¿En la actualidad recibe Vd. tratamiento por ...?	20	20	30
II.III	¿Es responsable de sus actos?	20	18	63
	¿Es responsable de su estado?	10	7	27
	¿Es posible tratar sin medicamentos?	19	20	45
	¿Es posible curar?	35	40	91
	¿Sabe que está?	32	46	88

II.IV	<i>¿Se puede curar por si mismo?</i>	5	2	32
	<i>¿Se considera Vd. mismo un...?</i>	1	1	6
	<i>¿Ha estado Vd. tratado alguna vez por ...?</i>	0	1	12
	<i>¿Es posible curar totalmente?</i>	12	16	75
II.V	<i>¿Es excluido de su trabajo?</i>	96	88	45
	<i>¿Aconsejaría que se tratase en un HP?</i>	81	72	33
	<i>¿Es excluido de su familia?</i>	61	43	15
	<i>¿Es excluido de la sociedad?</i>	91	79	28

Van en cursiva las preguntas que no se incluyeron en la Tabla 2 por hacer referencia a la propia persona entrevistada.

Las agrupaciones que la técnica de Conglomerados Jerárquicos identifica (homogeneas en cuanto a pautas cuantitativas de respuesta, pero curiosamente bastante diversas en cuanto a su contenido) son en este caso cinco:

- Un grupo de cinco items que reciben similares porcentajes de respuesta en las tres categorías, centrados cuatro de ellos en aspectos familiares, aunque de sentido no siempre coincidente y con la llamativa inclusión de la conveniencia de un tratamiento obligatorio, incluso en el caso de la “depresión”.
- Un grupo con otros cinco items, en este caso muy diverso pero con una pauta común: mayor frecuencia de asignaciones al categoría de “depresión”, y en menor medida pero con porcentajes amplios a la “enfermedad mental” y a la “locura”. Incluye las respuestas correspondientes dos cuestiones referidas directamente a la experiencia de la persona: sí conoce personalmente a alguien incluido en alguna de las tres categorías estudiadas y si recibe en estos momentos tratamiento por estar incluido en alguna de ellas.
- Un tercer grupo, también con cinco items, referidos en este caso al grado de responsabilidad, la conciencia de su estado y la posibilidad de curación en general y sin medicamentos. Grupo en el que las respuestas se asocian de manera clara con la categoría de “depresión” y en mucha menor medida con las otras dos.
- Un cuarto grupo de cuatro items (incluidos dos “personales”, sobre la convicción de estar incluido en alguna de las categorías o haber recibido tratamiento por alguna de ellas) en el que esta pauta se acentúa, siendo minimas las respuestas, referidas a la posibilidad de curación total y por la propia persona, asignadas a la “locura” y la “enfermedad mental”. También son minimos los porcentajes referidos a la posible inclusión y tratamiento de las personas entrevistadas en esas dos categorías, en consonancia con los datos de prevalencia de trastorno mental grave que reflejaba el estudio (López y ots, 2009)
- Y finalmente, un grupo de cuatro items, relativos a la exclusión social y a la

conveniencia de la hospitalización psiquiátrica, en los que la pauta de respuestas se invierte primando significativamente las categorías de “locura” y “enfermedad mental”.

En conjunto también aquí, aunque la heterogeneidad de las preguntas que tienen similares pautas de respuesta dificulta el análisis, la información completa la visión anterior, poniendo también de manifiesto la diversidad de la imagen social de la “depresión”, en relación con el grado de responsabilidad y las posibilidades de curación (conglomerados II.III y II.IV), aunque hay sin embargo aspectos más comunes, si bien en proporción más baja que en las otras dos categorías, en relación con la implicación familiar y la situación de exclusión social que les afecta.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

A la hora de valorar los resultados obtenidos, hay que tener en cuenta dos limitaciones del mismo, que nuestro estudio “hereda”, por así decirlo, del estudio internacional del que parte.

La primera de ellas es el procedimiento de selección de la muestra, basado en el método de cuotas que, si bien se utiliza frecuentemente con resultados bastante aceptables en estudios de mercado y sondeos de opinión, no asegura la misma representatividad que un muestreo aleatorio. Sin embargo, la similitud de perfiles sociodemográficos de la muestra y de la población de la ciudad y la concordancia de los datos obtenidos con los de otros estudios internacionales (López et al., 2009) permiten estimar que los resultados reflejan razonablemente las opiniones, al menos de la población adulta de la ciudad de Sevilla.

Pero también hay que tener en cuenta el instrumento utilizado, que facilita las comparaciones con los estudios internacionales del CECOMS, pero tiene algunas limitaciones derivadas de su origen, al menos en dos aspectos. Uno es el del contexto cultural e idiomático de los que parte, que no obstante tienen suficientes similitudes con la nuestra para poder asegurar su validez en nuestro contexto, en ausencia de procedimientos más rigurosos de validación transcultural. Y el otro su origen teórico, basado en el paradigma de las Representaciones Sociales, solo parcialmente compatible con el de las Actitudes, en que se basa la mayoría de la investigación internacional (mayoritariamente en lengua inglesa) que manejamos habitualmente (López et al., 2008;). Como ya manifestamos en la introducción, estas características establecen algunas dificultades comparativas, pero estimamos que no impiden considerar válidas y fiables las principales conclusiones del estudio.

Conclusiones que son en conjunto bastante consistentes en nuestra opinión y pueden resumirse, en el nivel más general, en la afirmación de que la población urbana de Sevilla manifiesta con respecto a las personas con enfermedad mental actitudes similares a las de otras poblaciones de sociedades desarrolladas (Angermeyer y Dietrich, 2006; Kohl, 2006; Link, Phelan, Bresnahan, Stueve y Pescosolido, 1999; López et al., 2008 y 2009; Michaels et al. 2012; Muñoz et al.,

2009; Roetland et al. 2010).

Más en concreto, el estudio pone de manifiesto la diferenciación en las imágenes correspondientes al menos a tres figuras que, en la población general y más allá de los significados profesionales de dos de ellas, hacen referencia a trastornos mentales, como son la noción más tradicional de la “locura”, la en principio más moderna de la “enfermedad mental” y la mucho más específica de la “depresión” (Angermeyer y Matschinger, 2003; Roetland et al, 2010). Pero el estudio pone de relieve también algunos aspectos interesantes en cuando a los contenidos de esas tres categorías y de sus relaciones recíprocas.

Empezando por la noción o imagen más tradicional, la de la “locura”, hemos podido ver, tanto en el perfil de las respuestas directas a las preguntas como en el análisis de conglomerados, que sigue vinculada a ideas de peligrosidad, extrañeza e incurabilidad, a las que se añade una cierta percepción de falta de responsabilidad y, curiosamente, una atribución de menor sufrimiento que en las otras dos categorías. La exclusión social que se le asocia es percibida claramente y llama la atención que, aunque casi el 90% de las personas entrevistadas consideran que la familia debe acoger a alguien incluido en esa categoría, solo el 65 % manifiestan que estarían dispuestos a hacerlo (con un porcentaje seguramente muy inferior de quienes lo estarían de verdad, más allá de la tentación de dar una respuesta “políticamente correcta”).

La imagen social de la “enfermedad mental” incorpora aspectos específicos (base física u orgánica y algunos trastornos más concretos de ese carácter) y suaviza algunas de las afirmaciones referidas a la “locura”, pero es significativo que mantiene en gran medida la carga negativa asociada a esta última: violencia, incurabilidad y marginación social.

Y, por último, la imagen social de la “depresión” se separa claramente de las dos anteriores, siendo objeto de un mejor conocimiento y una actitud más favorable, pero que sigue teñida parcialmente de algunos aspectos negativos de ellas. Particularmente revelador resulta la afirmación de la necesidad de tratar a alguien afectado por una depresión, independientemente de su voluntad.

Son interesantes esas relaciones que, desde el enfoque de las representaciones sociales (Kohl, 2006), cabe a su vez conectar con la difusión de nuevos conocimientos médicos y psicológicos y su interacción con imágenes tradicionales secularmente asociadas a los trastornos mentales, pero que empiezan también a cambiar como puede verse en la atribución de muchos de sus componentes a otros tipos de comportamientos y condiciones sociales. Aspecto cuya exploración en investigaciones futuras puede verse facilitado por la existencia de agrupaciones específicas, que el análisis de conglomerados ha permitido poner de manifiesto y cuyo conocimiento puede ampliarse además a través de las comparaciones interculturales que el estudio internacional hace posible.

REFERENCIAS

- Alvaro, J. L., y Garrido, A. (2003). *Psicología Social. Perspectivas psicológicas y sociológicas*. Madrid: McGraw Hill.
- Angermeyer, M. C., y Dietrich, S. (2006). Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: a review of population studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113, 163-179.
- Angermeyer, M. C., y Matschinger, H. (2003). Public beliefs between schizophrenia and depression: similarities and differences. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38, 526-534.
- Ayestarán, S., y Páez, D. (1986). Representación social de la enfermedad mental. *Revista de la AEN*, 6 (16), 95-128.
- Bunge, M. (2005). *Buscar la filosofía en las ciencias sociales*. México: Siglo XXI.
- Caria, A., Roelandt, J. L., Bellamy, B. Y Vandeborre, A. (2010). Santé mentale en population générale: images et réalités (Smpg): présentation de la méthodologie d'enquête. *L'Encéphale*, 36(3) (Supplément 1), 1-6.
- Corrigan, P. W., Kerr, A., y Knudsen, L. (2005). The stigma of mental illness: explanatory models and methods for change. *Applied and Preventive Psychology*, 11, 179-190.
- Corrigan, P. W., Morris, S. B., Michaels, P. J., Rafacz, J. D., y Rüsch, N. (2012). Challenging the public stigma of mental illness: A meta-analysis of outcome studies. *Psychiatric Services*, 63(10), 963-973.
- Corrigan, P. W., y Rao, D. (2012). On the self-stigma of mental illness: Stages, disclosure, and strategies for change. *The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue Canadienne de Psychiatrie*, 57(8), 464-469.
- De Rosa, A. S. (1993). Social representations and attitudes. Problems of coherence between the theoretical definition and procedure of research. *Papers on Social Representations*, 2 (3), 178-192.
- Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de las Personas con Enfermedad Mental. FAISEM. (2012). *Soportes para la ciudadanía. Los programas de apoyo social a personas con trastornos mentales graves en Andalucía*. Sevilla: FAISEM
- Farr, R. M. (2003). *Les représentations sociales*. En S. Moscovici, *Psychologie Sociale*. (pp. 385-395). Paris : P.U.F.
- Fazio, R. H., y Olson, M. A. (2003) Attitudes: foundations, functions, and consequences. En: M. A. Hogg, y J. Cooper J (Ed). *The Sage Handbook of Social Psychology* (pp. 139-160). London: Sage.
- Greenwald, A. G., y Banaji, M. R. (1995). Implicit social cognition: Attitudes, self-esteem, and stereotypes. *Psychological Review*, 102, 4-27.
- Instituto Andaluz de Salud Mental. (1988). *Actitudes de la sociedad andaluza ante los enfermos mentales*. Sevilla: IASAM.
- Jodelet, D. (2003). *Représentation sociale : phénomènes, concept et théorie*. En S. Moscovici, *Psychologie Sociale*. (pp. 363-384). Paris : P.U.F.

- Jones, M. (2001). *Social psychology of prejudice*. New Jersey: Prentice Hall.
- Kohl, F. S. (2006). *Les représentations sociales de la schizophrénie*. Paris, Masson.
- Link, B. G., Pheland, J. C., Bresnahan, M., Stueve, A., y Pescosolido, B. A. (1999). Public conceptions of mental illness: labels, causes, dangerousness and social distance. *American Journal of Public Health*, 89 (9), 1328-1333.
- López, M., Fernández, L., Laviana, M., Aparicio, A., Perdiguerro, D., y Rodríguez, A. M. (2010). Problemas de salud mental y actitudes sociales en la ciudad de Sevilla. Resultados generales del estudio "Salud mental: imágenes y realidades". *Revista de la AEN*, 30 (106), 219-248.
- López, M., y Laviana, M. (2007). Rehabilitación, apoyo social y atención comunitaria a personas con trastorno mental grave. Algunas propuestas desde Andalucía. *Revista de la AEN*, 27 (99), 187-223.
- López, M., Laviana, M., Fernández, L., López, A., Rodríguez, A. M., y Aparicio, A. (2008). La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Revista de la AEN*, 28 (101), 43-83.
- López, M., Laviana, M., y López, A. (2009). Estigma social, violencia y personas con trastornos mentales graves. En I. Márquez, A. Fernández, y P. Pérez-Sales, Ed. (pp. 187-207), *Violencia y Salud Mental. Salud Mental y violencia institucional, estructural, social y colectiva*. Madrid: AEN.
- Michaels, P. J., López, M., Rüsch, N., y Corrigan, P. W. (2012). Constructs and concepts comprising the stigma of Mental Illness. *Psychology, Society and Education*. (En éste número)
- Moliner, P., y Tafani, E. (1997). Attitudes and social representations: a theoretical and experimental approach. *European Journal of Social Psychology*, 27, 687-702.
- Moscovici, S. (1961). *La Psychanalyse, son image et son public*. Paris: P.U.F.
- Muñoz, M., Pérez, E., Crespo, M., y Guillén, M. I. (2009). *Estigma y enfermedad mental. Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental*. Madrid: Editorial Complutense.
- Organización Mundial de la Salud (2001). *Informe sobre la salud en el mundo 2001: Salud Mental, nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Ginebra: OMS.
- Penn, D. L., y Wykes, T. (2003). Stigma, discrimination and mental illness. *Journal of Mental Health*, 12 (3), 203-208.
- Roelandt, J. L., Caria, A., Defromont, L., Vandeborre, A., y Daumerie, N. (2010). Représentations sociales du « fou », du « malade mental » et du « dépressif » en population générale en France. *L'Encéphale*, 36(3) (Supplément 1), 7-13.
- Thornicroft, G. (2006). *Shunned: discrimination against people with mental illness*. Oxford: Oxford University Press.
- Van de Berg, H., Manstead, A., Van der Plig, J., y Wigboldus, D. (2006). The impact of affective and cognitive focus on attitude formation. *Journal of Experimental and Social Psychology*, 43, 373-379.

- Warner, R. (2001). Community attitudes towards mental disorders. En G. Thornicroft, y G. Szmukler, Ed. (pp. 453-464), *Textbook of Community Psychiatry*. Oxford: Oxford University Press.
- Yllá, L., González-Pinto, A., Ballesteros, J., y Guillén, V. (2007). Evolución de las actitudes de la población frente al enfermo mental. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 35 (5), 323-335.