

## **Impacto de los talleres de sensibilización en la reducción del estigma social hacia las personas con enfermedad mental**

(Impact of the awareness-raising workshops on reducing  
social stigma towards people with mental illness)

**Dr. Ricardo Moreno Rodríguez**  
(Universidad Rey Juan Carlos)

**Dr. José David Carnicero Pérez**  
(Universidad Rey Juan Carlos)

**Dña. Paloma Martínez Heras**  
(Universidad Complutense de Madrid)

**Dña. Ana Báez Miralles**  
(Grupo Exter)

**D. Miguel Ángel Castro Rodrigo**  
(Grupo Exter)

**Dña. Lucila Fernández Lorente**  
(Grupo Exter)

**Dña. María Mendez Moya**  
(Grupo Exter)

**Dña. María Teresa Patier del Río**  
(Grupo Exter)

**D. Francisco Javier González Villajos**  
(Grupo Exter)

*Páginas 199-214*

ISSN: 1889-4208

e-ISSN: 1989-4643

Fecha recepción: 28/09/2017

Fecha aceptación: 26/11/2018

### **Resumen**

*El estigma asociado a enfermedad mental es entendido como la existencia a nivel social de creencias erróneas y estereotipos responsables de dar forma a la imagen social de este colectivo.*

Como citar este artículo:

Moreno-Rodríguez, R., Carnicero, J.D., Martínez-Heras, P., Báez, A., Castro Rodrigo, M.A., ...González Villajos, F. J. (2018). Impacto de los talleres de sensibilización en la reducción del estigma social hacia las personas con enfermedad mental. *Revista de Educación Inclusiva*, 11(2),199-214



*Las consecuencias de actitudes estigmatizantes generan repercusiones negativas tanto en las personas que experimentan el estigma como en su entorno más cercano.*

*Desde los recursos de rehabilitación de Móstoles se crea una iniciativa de sensibilización y lucha contra el estigma de la que surge un proyecto de investigación en el que se mide cómo talleres sobre enfermedad mental, que proporcionan información real y actualizada, reducen el nivel de estigma previo. Éstos se llevaron a cabo en los dos primeros cursos del Grado en Educación Infantil y Primaria de la Universidad Rey Juan Carlos. Para medir la repercusión de los talleres se han valorado nueve estereotipos estrechamente relacionados con la enfermedad mental, en concreto, con la esquizofrenia. Se realizó un análisis pre, post y de seguimiento del taller para valorar la información previa, el efecto inmediato y el mantenimiento del mismo tras pasar tres meses desde la realización del taller.*

**Palabras Clave:** *Estigma social, enfermedad mental, sensibilización, prejuicio, estereotipo.*

### **Abstract**

*The stigma associated with mental illness is understood as the social existence of erroneous beliefs and stereotypes responsible for shaping the social image of this group.*

*The consequences of stigmatizing attitudes generate negative repercussions in both the people who experience stigma and in their closest environment.*

*From the resources of rehabilitation of Móstoles creates an initiative of sensitization and fight against the stigma of which arises a research project in which measures like workshops on mental illness, that provide real and updated information, reduce the level of Stigma. These were carried out in the first two courses of the Degree in Infant and Primary Education of the Rey Juan Carlos University. In order to assess the effects of the workshops, nine stereotypes closely related to mental illness, namely schizophrenia, have been evaluated. A preliminary assessment was made to obtain initial information on the prejudices held by the participants, another immediately after the workshop to assess the possible immediate effect and a final one after three months to assess if the possible effect was maintained over time.*

**Key Words:** *Social stigma, mental illness, sensitization, prejudice, stereotype.*

## **1. Introducción**

La Organización Mundial de la Salud, en su Informe sobre la Salud en el Mundo (OMS, 2001), define la salud como “un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente como la ausencia de enfermedad o dolencia”. Además, la OMS (2001) describe la salud mental como un estado de bienestar en el que el individuo es consciente de sus capacidades, puede afrontar las exigencias normales de la vida y trabajar productivamente y de modo fructífero, y a la vez es capaz de contribuir a la comunidad.

Muy relacionado con el párrafo anterior, es importante observar que, cada vez más a menudo, el concepto de discapacidad hace referencia no sólo a la falta de capacidad de un individuo, sino también a la incapacidad del entorno para resultar accesible a ese individuo. Si el entorno no es capaz de ofrecer el acceso a una persona con discapacidad estamos hablando de la existencia de barreras, que pueden ser de diferente índole (arquitectónicas, ideológicas, sociales, etc.). De este modo, nos encontramos con una importante barrera social hacia las personas con discapacidad, en general, y hacia la discapacidad psíquica en concreto, debido al estigma que aparece comúnmente como un inseparable compañero de todo aquello que se encuentra fuera de lo valorado socialmente como normal.

Goffman (1970) define el término estigma como un “atributo” profundamente desacreditador, creando una característica en quien lo posee de amplio descrédito o desvalorización, dando como resultado que dicha característica o rasgo se relaciona en la conciencia social con un estereotipo negativo hacia la persona que lo posee.

Posteriormente, en la década de los ochenta, Jones (1984) lo define como una marca que vincula a la persona con características indeseables, mientras que Stafford y Scott (1986) introdujeron un matiz que definía el estigma como una característica de la persona que resulta contraria a la norma de una unidad social, considerando como norma una creencia compartida dirigida a comportarse de una forma determinada en un momento preciso. De este modo, hicieron patente una clara relación entre el individuo y el contexto social, introduciendo matices dinámicos y de adaptación a los distintos medios en los que se puede desenvolver un individuo.

Por último, Crocker, Major, y Steele (1998) establecieron que los individuos estigmatizados poseen (o se cree que poseen) algún atributo o característica que conlleva una identidad social, la cual es devaluada en un contexto social particular. De este modo, establecieron la posibilidad de que los individuos no posean tal atributo o característica estigmatizante, además de valorar la posibilidad de que, en un contexto social diferente, este estigma no se dé, centrando la responsabilidad en el entorno en lugar de en el individuo. Tal y como remarca Aretio, A. (2010): “el proceso de estigmatización es específico de cada cultura y cada momento histórico fruto de las alianzas y juegos de poder propios de cada sociedad”.

Entendemos por estigma asociado a enfermedad mental, la existencia a nivel social de creencias erróneas y estereotipos responsables de dar forma a la imagen social de este colectivo, limitados y negativos en sus características generales con respecto a las personas que lo padecen.

Según López, M., Laviana, M., Fernández, L., López, A., Rodríguez, A. M. y Aparicio, A. (2008), el estigma no se asocia solo a las personas con enfermedad mental, sino que hace referencia a las relaciones que la mayoría de la población hacemos con determinados grupos de personas, haciendo referencia al conjunto de actitudes, habitualmente negativas, que un grupo social mantiene con otros grupos minoritarios. Se trata de un fenómeno universal que guarda relación con los procesos de categorización social.

Para López, M. et al. (2008), las actitudes hacen referencia a componentes cognitivos, afectivos y conductuales, diferenciados, pero interrelacionados, y que hacen referencia a cómo clasificamos y categorizamos

a las personas. En el caso de las actitudes vinculadas al estigma social se distinguen entre:

- **Estereotipos:** Conjunto de creencias, mayoritariamente erróneas, que la mayoría de la población mantiene en relación a un determinado grupo social y que condicionan y sesgan en gran medida la percepción, el recuerdo y la valoración de muchas de las características y conductas de los miembros de dicho grupo.
- **Prejuicios:** Predisposiciones emocionales, habitualmente negativas, que la mayoría experimentan con respecto a los miembros del grupo cuyas características están sujetas a creencias estereotipadas.
- **Discriminación:** Propensión a desarrollar acciones positivas o negativas, habitualmente medidas en términos de distancia social deseada.

Estos tres aspectos van unidos y se refuerzan mutuamente. López, M. et al. (2008) concluye que la información disponible señala que no siempre resultan totalmente congruentes entre sí, ni siempre determinan de manera directa la conducta real.

López también afirma que “el proceso de estigmatización” supone un conjunto de pasos sucesivos:

- Etiquetado.
- Asociación a las personas etiquetadas de características desagradables.
- Consideración como grupo diferente y aparte.
- Repercusiones emocionales en quien estigmatiza (miedo, ansiedad, irritación, compasión) y en quien es estigmatizado (miedo, ansiedad, vergüenza).
- Pérdida de estatus y discriminación que afecta consecuentemente a la persona o grupo.
- Existencia de factores o dimensiones estructurales que tienen que ver en último término con asimetrías de poder.

Las consecuencias de actitudes estigmatizantes generan repercusiones negativas tanto en las personas que experimentan el estigma como en su entorno más cercano (familia, amistades, empresa, etc.), que se traducen en restricciones de derechos personales, dificultades para el acceso al empleo o la vivienda, disminución de la red social cercana o de pareja, y/o pérdida de estatus e identidad social. Además de esto, se produce la internalización del estigma asumiendo distintos estereotipos como propios: incapacidad, incurabilidad, rechazo y evitación de sí mismo y de la ayuda profesional y negación, entre otros. (Michaels, López, Rüsck y Corrigan, 2012).

Según Mena (2010), las consecuencias del estigma son entendidas por instituciones como la Organización Mundial de la Salud, la Comisión Europea, el Parlamento Europeo, el Ministerio de Sanidad, como la principal barrera para la recuperación de las personas que padecen enfermedad mental. Es por ello que desde la visión de la recuperación se promueva el esfuerzo continuado por mejorar las actitudes sociales negativas que se engloban bajo el término Estigma.

Una vez se ha definido qué es el estigma social y su estrecha relación con los prejuicios y estereotipos, es importante introducir el concepto de agentes estigmatizadores. Dicho de otro modo, factores que causan la aparición o mantenimiento de estereotipos, prejuicios y, por consiguiente, el estigma social. Según Muñoz, Pérez, Crespo y Guillén (2009), existen ciertos agentes que adquieren un gran poder estigmatizador debido a la gran repercusión y alcance

que poseen. Estos serían los grandes medios de comunicación (cine, noticias, prensa y radio, entre otros). En ocasiones, los medios de comunicación utilizan matices sensacionalistas que buscan el impacto, diluyéndose el objetivo informativo, que es, deseablemente, el principal. Los autores no sólo centran el punto de atención sobre los grandes medios de comunicación, pues también hacen referencia a los propios familiares de las personas afectadas, que frecuentemente tienden a la sobreprotección, favoreciendo la aparición de estereotipos que muestran a las personas afectadas como incapaces o poco autónomas. Por último, también hacen referencia al propio lenguaje, en el que se utilizan expresiones que no deberían estar vinculadas necesariamente a algo negativo de forma peyorativa.

Una sociedad comprometida y responsable, de cara a garantizar los derechos como ciudadanos de las personas con enfermedad mental, requiere de acciones y programas de sensibilización como uno de los ejes fundamentales de lucha contra la exclusión social de este colectivo.

Dentro de los objetivos enmarcados en el Plan Estratégico de Salud Mental 2010-2014 (Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, 2010), se encuentran la lucha contra el estigma y la discriminación asociada a personas con problemas de salud mental, en colaboración con la Red Pública de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Duradera de la Consejería de Políticas Sociales y Familia de la Comunidad de Madrid.

Incluidos en este Red de Atención Social se encuentran los siguientes dispositivos:

- Centro de Rehabilitación Laboral (CRL) de Móstoles
- Centro de Rehabilitación Psicosocial (CRPS) de Móstoles
- Equipo de Apoyo Social Comunitario (EASC) de Móstoles

Estos recursos son gestionados por Grupo EXTER S.A., que tienen como uno de sus objetivos fundamentales reducir el estigma asociado a la salud mental a través del fomento de diferentes acciones. Desde el recurso se desarrolla el programa de sensibilización “Uniendo Lazos, Deshaciendo Nudos”, que se plantea dentro de sus objetivos generar oportunidades de integración, informar y proporcionar experiencias de contacto para eliminar ideas erróneas, poner en marcha acciones de sensibilización adaptadas a distintos perfiles poblacionales y llevar a cabo actuaciones de prevención (Henderson y Thornicroft, 2013).

La puesta en marcha del programa de sensibilización no sólo tiene beneficios para la población en general, la cual se beneficia de las acciones que se llevan a cabo, sino que además favorece que las personas con enfermedad mental se impliquen en su proceso de rehabilitación, en la recuperación de su identidad personal y social, y en el sentimiento de mejora de competencias, favoreciendo así su inclusión social.

En el año 2013 se formalizó un acuerdo de colaboración entre el Centro de Rehabilitación Laboral de Móstoles y la Universidad Rey Juan Carlos, por el que se concreta la realización de actuaciones conjuntas en diferentes áreas de trabajo. Fruto de este acuerdo, en 2014 se articula el desarrollo de acciones de sensibilización con el alumnado de la universidad, concretándose la participación de talleres a alumnos de primer y segundo curso del Grado de Educación Infantil y Primaria.

La oportunidad que se nos presenta al tener acceso a la comunidad universitaria es la de poder intervenir sobre uno de los principales agentes sociales, puesto que la educación forma parte fundamental en el desarrollo vital

de las personas y en la aceptación de las características individuales y colectivas de las personas. La transmisión de una idea ajustada sobre los problemas de salud mental va a favorecer que disminuya el estigma social en relación a las personas con problemas de salud mental. Consideramos que los futuros maestros son un grupo social con una función sensibilizadora y de transmisión de valores muy importante. Además de tener en cuenta que en su desempeño profesional pueden encontrarse con casos en los que el alumno o un familiar padezcan algún problema de salud mental. Su participación concreta en estos casos va a ser fundamental y determinará la forma en la que se relacionen el resto de alumnos y profesionales con este colectivo.

## **2. Método**

### **2.1. Muestra**

La muestra fue seleccionada principalmente debido a que representa a población joven y universitaria, pertenecientes al Grado en Educación Infantil y Primaria y con ello se pretende reducir el nivel de prejuicios en personas que en un futuro van a trabajar en el área de educación, por lo que se anticipa que serán agentes de sensibilización en su labor, a nivel educativo. La muestra fue seleccionada de acuerdo a un método de muestreo por conveniencia, ya que se trata de una muestra accesible para los profesionales implicados en la realización del taller y la obtención de los datos.

Se contó con la participación de un total de 181 alumnos de la Universidad Rey Juan Carlos, todos ellos pertenecían al Grado de Educación Primaria y la mayor parte de los alumnos estudiaban el segundo curso de éste.

La media de edad se encontraba en los 20'79 años, mientras que el rango de edades variaba desde los 18 hasta los 40 años. El 28% de la muestra eran hombres, mientras que el 72% eran mujeres.

Del total de la muestra, el 39% habían tenido experiencias previas con personas con enfermedad mental, mientras que el 61% no las habían tenido. De los alumnos que habían tenido experiencias previas, el 37% habían sido positivas y el 2% negativas. El 61% no emitieron respuesta ante este ítem, probablemente debido a la dificultad de valorar una relación en términos dicotómicos.

### **2.2. Diseño**

Se considera que el taller de sensibilización tendrá efectos positivos, ayudando a reducir los estereotipos que, frecuentemente, mantienen las personas sobre la enfermedad mental, trabajando sobre los prejuicios mantenidos y, por consiguiente, el peso del estigma social que recae sobre los afectados. Estos talleres se llevan a cabo con el objetivo de conseguir modificar el estigma social que sufren las personas con enfermedad mental de forma indirecta, mediante la reducción de los prejuicios que las personas suelen mantener de forma directa.

Estos prejuicios, se ven alimentados por los medios de comunicación, que en la mayoría de ocasiones buscan aportar un matiz sensacionalista en lugar de aportar un enfoque informativo. Siendo conocedores de la dificultad que entraña de forma intrínseca la consecución del objetivo principal y siendo plenamente conscientes del mayor alcance que poseen los medios de comunicación, los

objetivos han sido concebidos de forma que se esperen resultados modestos o a largo plazo.

Para valorar los datos obtenidos se ha decidido seguir un proceso de comparación de medias, diferenciando tres momentos clave:

- Datos pre-test
- Datos post-test
- Seguimiento

De este modo, se pretende aportar un conocimiento global sobre el estado inicial, para proceder posteriormente a comparar la línea base con el posible efecto del taller y, en última instancia, para comprobar si este efecto se ha podido mantener a lo largo del tiempo.

### **2.3. Instrumentos**

La herramienta de medida utilizada ha sido el test "Attribution Questionnaire" (en adelante, AQ). Este cuestionario tiene tres versiones diferentes, en función del número de ítems que lo componga. El utilizado en este caso es el AQ-27, compuesto de veintisiete ítems que evalúan nueve estereotipos que suelen darse sobre la enfermedad mental:

- Culpa: Las personas controlan su enfermedad y son responsables de ella.
- Ira: Irritación o molestia por el hecho de que las personas sean culpables de su enfermedad mental.
- Lástima: Compasión porque las personas son superadas por su enfermedad mental
- Ayuda: Provisionan asistencia a personas con enfermedad mental.
- Peligrosidad: Las personas con enfermedad mental producen incomodidad e inseguridad.
- Miedo: Las personas con enfermedad mental producen miedo o aterrorizan a otros.
- Evitación: Las personas tienden a alejarse de personas con enfermedad mental.
- Segregación: Mandarían a personas con enfermedad mental a instituciones fuera de su comunidad.
- Coacción: Obligarían a personas con enfermedad mental a recibir medicación u otros tratamientos.

El AQ-27 es una de las versiones del AQ que consta de 27 ítems, organizados entre los 9 estereotipos que se quieren evaluar y está orientado hacia un uso en adultos.

Se utiliza una escala tipo Likert, con puntuaciones comprendidas entre 1 y 9, donde 1 es igual a "*En absoluto*" y 9 es igual a "*Muchísimo*". Además, al principio de la evaluación se muestra un pequeño esbozo sobre una supuesta persona con enfermedad mental, en este caso, con esquizofrenia. El test AQ-27 contempla cuatro escenarios distintos:

- Sin peligro
- Peligro
- Peligro sin control de la causa
- Peligro con control de la causa

Esta prueba es autoadministrada y, en este caso, se presenta a lápiz y papel, aunque podría incluirse en una entrevista mixta o semiestructurada, dependiendo de las habilidades cognitivas de los participantes. Es importante

recaltar que, en la actualidad, este test se encuentra en proceso de adaptación a la población española.

Además, se añadió un breve cuestionario de tres ítems, la Escala de Empoderamiento (Rogers, Ralph, y Salzer, 1997-2010). Ésta se modificó (Corrigan, Faber, Rashid, y Leary, 1999) para ser utilizada con el público en general y así evaluar sus creencias sobre el valor social de las personas con enfermedad mental. Los tres ítems seleccionados para la Escala de Afirmación del Empoderamiento son aquellos que más peso tienen en la escala de autoestima/autoeficacia de la medida original de Rogers. La respuesta emitida consistía en una escala de tipo Lickert, donde la puntuación 1 correspondía con “*Muy de acuerdo*” y la puntuación 9 correspondía con “*En total desacuerdo*”

También se utilizó un Cuestionario Sociodemográfico con la finalidad de conocer los datos necesarios para organizar la muestra. Estos datos son: edad, sexo, curso, experiencia previa con personas con enfermedad mental y el carácter de esta experiencia previa (valorada como positiva o negativa). Elaborado conjuntamente con los profesionales del departamento de discapacidad de la Universidad Rey Juan Carlos teniendo en cuenta otras variables que pudieran ser significativas de estudio.

## **2.4. Procedimiento**

El grupo de sensibilización, como se ha desarrollado de forma más profunda en la introducción, tiene como objetivo principal luchar contra el estigma, para ello se han llevado a cabo numerosas acciones en estos años como la impartición de talleres en institutos y en la universidad.

Es importante hacer especial hincapié en el hecho de que el material elaborado para impartir los talleres en los institutos y en la universidad, se llevó a cabo tanto por los profesionales como por los usuarios. El resultado de este material ha sido modificado en función de las necesidades que han aparecido a lo largo de los distintos talleres realizados en diversos ámbitos. Así mismo, se ha ido incorporando en el taller las experiencias en primera persona, ya sea mediante la participación activa de personas afectadas o mediante el uso de vídeos, en los que relatan sus propias experiencias.

El procedimiento que se ha llevado a cabo en la realización de dichos talleres cuenta de varios pasos, que son necesarios para poder transmitir de manera adecuada la idea planteada en la hipótesis.

Previamente a la realización del taller, en coordinación con los responsables de cada grupo, se establece que una semana antes de la realización del taller, se lleve a cabo una primera toma de contacto con los participantes para poder administrar el cuestionario socio-demográfico, el test AQ-27 y la Escala de Empoderamiento (Empowerment Scale) con la finalidad de establecer una línea base con la que poder comparar los resultados derivados de la realización del taller de sensibilización.

Una vez se establece la línea base, se procede a llevar a cabo el taller. Éste se inicia con unas sencillas preguntas sobre enfermedad mental, lanzadas a los alumnos para crear una dinámica de introducción interactiva, con la que poder tener una evaluación inicial de información y un conocimiento del posible prejuicio que puede presentar la muestra, así como despertar motivación e interés por parte de los asistentes. Las preguntas eran similares a las siguientes:

- ¿Qué entendemos por enfermedad mental?



- ¿Conocéis a alguien con enfermedad mental?
- ¿Es lo mismo enfermedad mental que discapacidad intelectual?
- ¿Puede una persona con enfermedad mental tener una vida normalizada, tener trabajo, casarse, tener hijos, etc?

Posteriormente se explica que la información a transmitir, va a utilizar como hilo conductor las historias de personas que sufren, por un lado, las dificultades derivadas de la enfermedad mental y, por otro, las derivadas del estigma social y los prejuicios causantes del rechazo social. Para ello, el contenido estará apoyado en diferentes materiales audiovisuales, que fueron elaborados y seleccionados después de un trabajo de revisión de numerosas campañas de sensibilización, utilizando el criterio de eficacia probada que dichas campañas nos han transmitido en experiencias anteriores, además de resultar significativas a lo largo de las acciones de sensibilización llevadas a cabo en distintos ámbitos con población juvenil durante los últimos años. Los materiales utilizados son los siguientes:

- “La historia de James”, Proyecto Lo hablamos (1decada4)
- Cómic interactivo: “Una historia sobre Luis” - Proyecto Chamberlin.
- Documental: “Solo” - Vicente Rubio.
- Spot: “No te quedes con la primera etiqueta” - FEAFES

Se utiliza como estructura de la presentación, en primer lugar, el cómic “Una historia sobre Luis”, y se van intercalando fragmentos del documental de “Solo” para complementar los contenidos con la experiencia real vivida por Vicente Rubio, afectado por la esquizofrenia.

Mediante la presentación se van trabajando los siguientes contenidos generales:

- Información y normalización sobre enfermedad mental.
- Información y conocimiento de las Personas con problemas de salud mental (dificultades, capacidades y competencias).

En cuanto a los contenidos específicos se trabaja con los siguientes aspectos:

- Identificación de sintomatología previa al inicio de la enfermedad mental, pautas de prevención, aceptación y petición de ayuda (evitación de etiqueta).
- Información sobre enfermedad mental, factores de protección y de riesgo. Importancia del apoyo social y familiar.
- Repercusiones emocionales de las dificultades derivadas de la enfermedad y el estigma asociado.
- Concepto estigma y consecuencias. Debate y reestructuración sobre ideas erróneas. Importancia del conocimiento objetivo y apoyo social.
- Recursos de rehabilitación, tratamientos y proceso de recuperación, importancia del apoyo social e integración comunitaria.
- Focalización en roles sociales normalizados y capacidades y competencias personales al margen de "etiquetas".

La duración del taller es de hora y media y el funcionamiento de la sesión se basa en la interacción con los participantes, resolviendo dudas y atendiendo a las demandas surgidas a través de las preguntas iniciales y utilizando el material para ejemplificar y transmitir contenidos.

Una vez finalizada la sesión de sensibilización, se entrega al responsable de grupo los cuestionarios post-test (AQ-27 y ES), para que sean administrados

en un período establecido de una semana como máximo, para evaluar en qué medida se ha modificado el nivel de estigma después de la sesión.

Tres meses después del post-test se procede a administrar de nuevo el AQ-27 y ES a los participantes con el objetivo de evaluar y medir el efecto o impacto del taller y su mantenimiento a lo largo del tiempo.

### 3. Resultados

El AQ-27 consta de 27 ítems que evalúan nueve estereotipos que normalmente se cree que van vinculados al concepto de enfermedad mental, los cuales influyen directamente en los prejuicios que sienten las personas hacia este colectivo, y son responsables, por tanto, del estigma social vinculado.

Los resultados obtenidos muestran en la mayoría de los componentes evaluados modestas, pero significativas, reducciones en las puntuaciones directas. Además, se pone de manifiesto una ligera tendencia hacia la homogeneidad de respuesta tanto en la evaluación posterior, como en el seguimiento realizado tres meses después del taller de sensibilización.

En primer lugar, se procede a valorar las posibles diferencias entre el momento anterior a la realización del taller de sensibilización y el posterior. Es importante destacar que, por norma general, en las puntuaciones obtenidas previamente al taller, ya se contemplaban medias bajas en la mayor parte de los estereotipos evaluados.

El primer estereotipo que se procede a valorar es la *culpa* o *responsabilidad* sobre la enfermedad que la gente suele atribuir a las personas con enfermedad mental. En este caso, las medias comparadas entre el pre-test y el post-test indican un ligero aumento de las puntuaciones en los ítems relacionados con este estereotipo. No obstante, el nivel de significación (0.081) no indica una relación correlacional clara y no se puede establecer que existan diferencias significativas entre las medias. Respecto a dicha variable, tras el análisis de resultados se objetivan problemas de traducción que dificultaban la comprensión del contenido, y, por lo tanto, la medición del estereotipo, en concreto el undécimo ítem: "¿crees que la causa de la situación actual de Harry está bajo control?". Esto se explica dentro del proceso de adaptación a la población española de la prueba que en la actualidad está siendo revisada y adaptada. En el momento actual, dicho ítem ya ha sido modificado para facilitar su entendimiento en futuras aplicaciones.

El segundo estereotipo es la *lástima* o *piedad* que las personas pueden sentir ante una persona con enfermedad mental. En este caso la media de las puntuaciones pre-test son un poco más elevadas que en el resto de componentes (6'16), muy similares a las obtenidas en los ítems que evalúan la *ayuda*. En este caso, se puede decir que la correlación es significativa, además de verse una reducción en las puntuaciones emitidas en el post-test, pasando de 6'16 en el pres-test a 4'79 en el post-test.

Del mismo modo, aunque las puntuaciones relativas a la *ira* eran bajas en el nivel pre-test (2'49, podemos observar un ligero descenso en la media durante la evaluación posterior al taller de sensibilización (1'71). De nuevo también se puede afirmar que existe diferencias significativas entre las medias de la evaluación previa y la posterior.

En cuanto a la *peligrosidad* que se le suele atribuir a personas con enfermedad mental, también se contemplaban puntuaciones bajas de forma

previa a la realización del taller de sensibilización (3'46), además de reducirse ligera, pero significativamente, en las puntuaciones obtenidas a posteriori (2'14).

De forma muy similar, los participantes valoran el *miedo* que sentirían en referencia a una persona con enfermedad mental. En el momento previo a la realización, las medias de respuesta eran igualmente bajas (3'18). Éstas se ven reducidas en la toma de datos posterior, bajando la media de respuesta hasta una puntuación de 1'92.

En lo relativo a la *ayuda* que ofrecerían a una persona con enfermedad mental, las puntuaciones son altas desde la evaluación pre-test. Se pueden observar puntuaciones que aumentan muy ligeramente desde 7'70 hasta 7'94. En los ítems relativos a la ayuda que se ofrecería a una persona con enfermedad mental, nos encontramos con un factor que puede llegar a tener un importante peso en cuanto a la tendencia de responder al alza: la *deseabilidad social*.

Otro componente a evaluar es la *coacción* o si la persona obligaría a alguien con enfermedad mental a seguir un tratamiento, vivir bajo supervisión o acudir a sus citas médicas. Se puede observar cómo las respuestas adquieren un carácter más heterogéneo si prestamos atención a la desviación típica, tanto en el nivel previo como en el posterior a la realización del taller de sensibilización. No obstante, también existe una tendencia significativa hacia la reducción de la media de respuesta obtenida en el ensayo post-test.

Otro estereotipo evaluado con el AQ-27 es la *discriminación* o *segregación*. Dicho de otro modo, la creencia que las personas tienen sobre si las personas con enfermedad mental deben ser hospitalizados o reclusos para que no supongan un peligro para los demás miembros de la comunidad. Por lo general, las puntuaciones obtenidas de forma previa al taller de sensibilización, fueron bajas (3'12) y se redujeron de forma significativa en la evaluación posterior (1'92).

Por último, la prueba también evalúa la *evitación* que se puede dar hacia personas con enfermedad mental. Los ítems que evalúan este estereotipo, no sólo se refieren a la evitación física, pues también presenta casos en los que, como empresario o propietario, alguien ofrecería una entrevista de trabajo o el alquiler de una vivienda a una persona con enfermedad mental. De nuevo, se pueden observar diferencias significativas entre las medias de la evaluación previa (4'11) y la posterior (3'33).

En lo referente al seguimiento, se puede observar que no hay diferencias significativas entre la evaluación posterior al taller de sensibilización y la evaluación realizada tres meses después. Podemos interpretar este fenómeno como el mantenimiento de los logros obtenidos con el taller, ya que no han existido grandes diferencias entre las medias de respuesta que emitieron los participantes entre el momento post-test y el seguimiento, además de contar con un índice de correlación bastante elevado. Como se puede observar, las medias de respuesta son muy similares en todos los estereotipos evaluados.

Tabla 1.

*Puntuaciones medias obtenidas durante el pre-test, post-test y seguimiento.*

<b>Estereotipo</b>	<b>Pre-test</b>	<b>Post-test</b>	<b>Seguimiento</b>
Culpa	2.89	2.92	2.90
Lástima	6.16	4.79	4.79
Ira	2.49	1.71	1.72
Peligrosidad	3.46	2.14	2.15
Miedo	3.18	1.92	1.92

Ayuda	7.70	7.94	7.71
Coacción	5.60	4.88	4.88
Discriminación	3.12	1.92	1.94
Evitación	4.11	3.33	3.41

*Elaboración propia.*

Por otra parte, se realizó una segunda prueba complementaria, la Empowerment Scale (ES). Esta escala valora la percepción que el participante tiene sobre las capacidades de personas con enfermedad mental. En este caso, no es posible emitir una valoración clara de los resultados obtenidos. No obstante, aunque no se mantiene una correlación consistente, las medias de las puntuaciones apuntan a un aumento de las valoraciones negativas sobre las capacidades de las personas con enfermedad mental, además de un aumento de la heterogeneidad de la respuesta. Es decir, los participantes valoraron a las personas con enfermedad mental como menos válidas que el resto de personas en el momento posterior a la realización del taller de sensibilización, a pesar de que no se daban puntuaciones demasiado elevadas.

Por otro lado, en la medición tomada tres meses después de la realización del taller de sensibilización, no se muestran diferencias significativas entre las medias. En vistas del índice de correlación, se pueden observar las similitudes entre los datos obtenidos inmediatamente después del taller y los obtenidos tres meses después.

#### **4. Conclusiones**

En general, se pueden apreciar una tendencia a la reducción de todos los estereotipos que evalúa el AQ-27. No obstante, no se presentan cambios profundos en los estereotipos que tienen los alumnos universitarios. En el estereotipo que más cambio se ha apreciado es en la discriminación, coincidiendo con una de las principales temáticas del taller, apoyada y reforzada con los diferentes materiales audiovisuales utilizados para trabajar la modificación de dichas ideas erróneas.

Esta ausencia de cambios profundos puede estar explicada por diversos factores, aunque el factor cultural parece cobrar una gran importancia, junto al desconocimiento de la enfermedad mental por parte de los alumnos y la desinformación que suele acompañar a todo lo que tiene relación con la enfermedad mental.

Algo que se puede valorar como muy positivo es el mantenimiento de las respuestas obtenidas tres meses después de la realización, lo cual emite un atisbo de esperanza frente a la dificultad añadida que se presenta ante los medios de comunicación, los cuales tienden a buscar el impacto mediático en lugar de aportar información útil para el ciudadano y que colabore en la reducción del estigma social.

Los participantes formaban parte del grado en Educación Infantil y Primaria, por lo que se trata de un objetivo clave a la hora de abordar la inclusión y la reducción del estigma, ya que éstos mismos participantes algún día pueden convertirse en agentes sensibilizadores, contribuyendo así a la reducción de la discriminación que conlleva el estigma social.

Además, el rechazo social que se produce hacia la enfermedad mental facilita que las personas afectadas no quieran recibir atención de los servicios específicos o tomar medidas respecto a ésta, tanto en el ámbito sanitario como en el social, lo cual desemboca en el agravamiento de la enfermedad (Aretio, A.,

2010). Este agravamiento puede desembocar en sintomatología de mayor intensidad, influyendo en la aparición y mantenimiento de nuevos estereotipos, prejuicios y, en última instancia, del estigma social.

## **5. Discusión**

En futuras ediciones del Taller de sensibilización es probable que el proceso de adaptación a la población española de la prueba AQ-27 se encuentre en un estadio más desarrollado, aportando así una mayor fiabilidad y facilitando su comprensión a la población de habla hispana, adquiriendo una mayor capacidad informativa.

En cuanto al carácter contradictorio de las puntuaciones obtenidas en la prueba ES, bien puede deberse a la inversión de la escala de tipo Lickert. La ES se presentó junto al AQ-27, de forma concreta, en el dorso de la última página del AQ-27. Mientras que el AQ-27 valoraba las puntuaciones más bajas en términos negativos (en absoluto, ninguna certeza, etc.) y, por consiguiente, las puntuaciones más altas en términos positivos (muchísimo, definitivamente ayudaría, etc.), la escala ES, valoraba las puntuaciones más bajas en términos positivos (muy de acuerdo) y, por ende, las puntuaciones más altas en términos negativos (en total desacuerdo). Este hecho ha podido ser un factor importante para los participantes, pues es una posibilidad plausible que hayan mantenido la tendencia a responder a la ES en los mismos términos que en el AQ-27. Del mismo modo, se han codificado menos respuestas en el ES que en el AQ-27, lo que puede estar propiciado por el hecho de que se encontrase al dorso del test principal y algunos participantes no se hayan percatado de ello. Por todas estas razones es altamente recomendable para futuros talleres de sensibilización ambos test se presenten de forma separada y diferenciada, además de presentarse en términos similares de respuesta.

Otro aspecto a tener en cuenta es que la modificación del conjunto de creencias y estereotipos, que además se ven reforzados por numerosos medios de comunicación, es una tarea ardua. Requiere mucho esfuerzo y tiempo, por lo que la realización de este tipo de talleres y actividades es de vital importancia. Es altamente probable que, tras la repetición en distintos centros académicos, la influencia de estos estereotipos se reduzca paulatinamente en la población, aunque no tan rápidamente como es necesario. A raíz de esto, también se puede extraer la necesidad de promover actividades de sensibilización e inclusión adaptadas y dirigidas a este colectivo. No puede ser de otro modo que se planteen objetivos a muy largo plazo, ya que el objetivo a alcanzar, la plena inclusión social de todas las personas con enfermedad mental, requieren de una gran labor de normalización, educación y el apoyo de instituciones y medios de comunicación.

## **6. Bibliografía**

- Aretio, A. (2010). Una mirada social al estigma de la enfermedad mental. *Cuadernos de trabajo social*, 23, 289-300.
- Carrión, M. C. (2010). Intervención social en el abordaje y prevención de conductas de discriminación y violencia en adolescentes. *Cuadernos de Trabajo Social*, 23, 189-209.

- Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid (2010). *Plan estratégico de Salud Mental, 2010-2014*. Recuperado de [http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadname1=Content-Disposition&blobheadvalue1=filename%3DPLAN\\_E\\_SALUD\\_MENTAL\\_2010-2014.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352883653494&ssbinary=true](http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadname1=Content-Disposition&blobheadvalue1=filename%3DPLAN_E_SALUD_MENTAL_2010-2014.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352883653494&ssbinary=true)
- Corrigan, P. W., Faber, D., Rashid, F., y Leary, M. (1999). The construct validity of empowerment among consumers of mental health services. *Schizophrenia research*, 38(1), 77-84.
- Crocker, J., Major, B., y Steele, C. M. (1998). Social stigma. In D. Gilbert, S. T. Fiske, y G. Lindzey (Eds.), *Handbook of social psychology* (4th ed.). New York: McGraw-Hill.
- Goffman, E. (1970). *Estigma: La identidad deteriorada*. Buenos Aires – Madrid: Amorrortu Editores.
- Henderson, C., y Thornicroft, G. (2013). Evaluation of the Time to Change programme in England 2008-2011.
- Jones, E. (1984). *Social Stygma: The Psychology of Marked Relationships*. WH Freeman.
- 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 Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 28(101), 43-83.
- Michaels, P. J., Álvarez, M. L., Rüsche, N., y Corrigan, P. W. (2012). Constructs and concepts comprising the stigma of mental illness. *Psychology, society & education*, 4(2), 183-194.
- Muñoz, M., Pérez Santos, E., y Crespo, M. Guillen, AI (2009). *Estigma y enfermedad mental*.
- Organización Mundial de la Salud (2001). *Informe sobre la salud en el mundo. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.
- Rogers, E. S., Chamberlin, J. Langer, M. y Crean, T. (1997). A Consumer-Constructed Scale to Measure Empowerment Among Users of Mental Health Services. *Psychiatric Services*, 48(8), 1042-1047.
- Rogers, E. S., Ralph, R. O., y Salzer, M. S. (2010). Validating the empowerment scale with a multisite sample of consumers of mental health services. *Psychiatric Services*, 61(9), 933-936.
- Stafford, M. C., y Scott, R. R. (1986). Stigma, deviance, and social control. In *The dilemma of difference*. Springer US.

---

#### **Sobre los autores:**

#### **Dr. Ricardo Moreno Rodríguez**

Director de la Unidad de Atención a Personas con Discapacidad y Necesidades Educativas Especiales de la URJC.

Director del Máster Universitario en Atención a Necesidades Educativas Especiales en Educación Infantil y Primaria.

**Dr. Jose David Carnicero Pérez**

Graduado en Psicología por la Universidad Rey Juan Carlos.  
Docente en el "Máster Universitario en Atención a Necesidades Educativas Especiales".

**Dña. Paloma Martínez Heras**

Licenciada en Psicología Clínica y de la Salud por la Universidad Complutense de Madrid. Formadora de residentes de psicología clínica y residentes de psiquiatría, y en postgrado de psicología. Directora de Gestión del Área de Rehabilitación Psicosocial y de Adicciones de Grupo EXTER. Directora de Centro de Rehabilitación Laboral, Centro de Rehabilitación Psicosocial y Equipo de Apoyo Social Comunitario Grupo EXTER.

**Dña. Ana Báez Miralles**

Terapeuta Ocupacional. Subdirectora de los recursos de Rehabilitación de Móstoles: Centro de Rehabilitación Psicosocial, Centro de Rehabilitación Laboral y Equipo de Apoyo Social Comunitario, pertenecientes a la Consejería de Políticas Sociales y Familia de la Comunidad de Madrid. Máster en Intervención en Patología Neurológica.

**Dr. Miguel Ángel Castro Rodrigo**

Licenciado en Pedagogía Social y Laboral por la Universidad Complutense de Madrid, así como Magister en Gestión y Dirección de Servicios Sociales y Atención a la Dependencia por la misma universidad.

**Dña. Lucila Fernández Lorente**

Técnico Superior en Integración Social (TIS). Formación en último curso Psicología (UNED).  
Educatora del Equipo de Apoyo Social Comunitario de Móstoles.  
Tutorización y formación en Rehabilitación Psicosocial a TIS en IES de la CAM.  
Elaboración y desarrollo del Programa de Intervención: Sensibilización hacia la enfermedad mental y lucha contra el estigma del Centro de Rehabilitación de Móstoles incluido en la "Guía Partisam: Promoción de la participación y autonomía en Salud Mental". Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN, 2014).

**Dña. María Mendez Moya**

Licenciada en Psicología. Experto en Psicopatología y Salud  
Educatora del Equipo de Apoyo Social Comunitario de Móstoles.  
Tutorización y formación en Rehabilitación Psicosocial a TIS en IES de la CAM.

**Dña. María Teresa Patier del Río**

Diplomada en Trabajo Social por la Universidad Complutense de Madrid. Actualmente trabajadora social del Centro de Rehabilitación Psicosocial (CRPS) de Móstoles.

**D. Francisco Javier González Villajos**

Licenciatura en Psicología (UCM). Máster Psicología Clínica y de la Salud. Certificado Acreditativo en Rehabilitación Psicosocial por la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Certificado habilitación para Actividades Sanitarias. Certificado de Aptitud Pedagógica.

Psicólogo del Centro de Rehabilitación Psicosocial de Móstoles.