

DISCRIMINACIÓN, APOYO SOCIAL Y BIENESTAR PSICOLÓGICO EN PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES

DISCRIMINATION, SOCIAL SUPPORT AND PSYCHOLOGICAL WELL-BEING IN PEOPLE WITH MENTAL DISORDERS

Álvaro Suárez-Vergne

Universidad Complutense, Madrid / España

alvasuar@ucm.es

<https://orcid.org/0000-0003-2787-4560>

Recibido/Received: 24/07/2019

Modificado/Modified: 30/09/2019

Aceptado/Accepted: 10/10/2019

RESUMEN

En esta investigación se estudian los discursos y prácticas relacionados con la salud mental en la ciudad de Sevilla observando la influencia de estos sobre el bienestar psicológico de sujetos con trastornos bipolar y depresión. No sólo se trata de visibilizar un fenómeno de gran importancia de cara al futuro sanitario, sino que se hace desde una perspectiva diferente, una perspectiva social. Frente a enfoques hegemónicamente biologicistas en el abordaje de la salud, la visión de las ciencias sociales puede enriquecer notablemente el conocimiento respecto al tema tratado, generando oportunidades difíciles de ver desde otras posiciones. Se emplea una metodología cualitativa que pone en evidencia la variabilidad discursiva de cara al fenómeno estudiado, así como la influencia positiva del apoyo social sobre el bienestar psicológico de sujetos con trastornos mentales.

PALABRAS CLAVE

Trastornos mentales; apoyo social; estigma; depresión; trastorno bipolar.

SUMARIO

1. Introducción. 2. Trastornos mentales, discriminación y apoyo social. 3. Metodología. 4. Resultados. Discusión. 5. Conclusiones. Bibliografía.

ABSTRACT

This research explores the discourses and practices related to mental health in the city of Seville, noting the influence of these on the psychological well-being of subjects with bipolar disorders and depression. It is not only to make visible a phenomenon of great importance for the future health, but to make it from a different perspective, a social perspective. Instead of the very common biologicistic approach, it focuses on the vision of Social Sciences to health. This point of view can enrich significantly the knowledge about it generating new opportunities that are difficult to observe from other positions. It is used a qualitative methodology that reveals the discursive variability about the phenomenon under study, as well as the positive influence of social support on the psychological well-being of subjects diagnosed as people with disorders.

KEYWORDS

Mental disorders; Social support; Stigma; Depression; Bipolar disorder.

CONTENTS

1. Introduction. 2. Mental disorder, discrimination and social support. 3. Methodology. 4. Research findings. 5. Discussion. 6. Conclusions. 7. Limitations. References.

1. INTRODUCCIÓN

La salud es definida por la Organización mundial de la salud (2018) como “un estado de completo bienestar físico, mental y social”. En referencia a los problemas de salud mental, la OMS advierte que son más de 400 millones de individuos afectados, y que este número puede incrementarse en un 3% antes de llegar a 2020. Datos como estos, unidos a la elevada estigmatización a la que se ven sometidos los sujetos con trastornos mentales (Castro, 2005), ponen en relieve la necesidad de prestar atención a este tema.

Con esta investigación no sólo se pretende visibilizar un fenómeno de gran importancia de cara al futuro sanitario, sino que se hace desde una perspectiva diferente, una perspectiva social. Así pues, se trata de responder a la pregunta de cómo influye el contexto social sobre los sujetos con trastornos mentales. Para ello se considera fundamental observar y analizar los discursos y prácticas relacionados con la salud mental, prestando especial atención a las dinámicas de discriminación y apoyo social.

Se pone el foco en dos trastornos, la depresión mayor y el trastorno bipolar (tipo I y II). Por un lado, ambas enfermedades son consideradas graves y pueden llegar a ser crónicas (American Psychiatric Association, 2014). Esto provoca que la dimensión social de la enfermedad mental cobre mayor importancia si cabe, que en los trastornos puntuales. Por otro lado, la depresión es una enfermedad que está más presente en el imaginario social que el trastorno bipolar (Ruiz et al., 2012; Comas y Álvarez, 2002) siendo interesante comparar entre ambos trastornos para observar si existen diferencias en el plano social en base a la conciencia colectiva que se tiene de estos.

El estudio se enmarca en la ciudad de Sevilla. Con una prevalencia de casi un 20% de trastornos mentales y una amplia gama de actitudes al respecto (López et al., 2010), Sevilla se presenta como una población pertinente de estudio.

El propósito de esta investigación es estudiar los diferentes discursos y prácticas sociales relacionadas con la salud mental, para observar posteriormente si estos influyen sobre la salud y el bienestar de los sujetos afectados por trastornos mentales. En otras palabras, se indaga en la relación que se establece entre el sujeto con trastorno mental y el contexto social que le rodea observando las consecuencias que dicha relación conlleva para el primero. Cabe mencionar que no se pretende contrastar ninguna hipótesis concreta, sino que se aborda la cuestión desde una perspectiva exploratoria. Partiendo de este objetivo se profundiza sobre las posibles variaciones de los discursos y prácticas según en el contexto en el que se producen y según el tipo de trastorno al que hacen referencia, haciendo especial énfasis en la influencia de las prácticas de discriminación y apoyo social sobre el bienestar psicológico de sujetos afectados por trastornos mentales (depresión o trastorno bipolar).

2. TRASTORNOS MENTALES, DISCRIMINACIÓN Y APOYO SOCIAL

Podría decirse que el estigma y la discriminación dan cuenta de aquellas actitudes y prácticas con una orientación negativa para con los trastornos mentales y que con el apoyo

social se aborda la otra cara de la moneda, aquellas actuaciones con una orientación positiva. Por ello se considera necesario abordar en primer lugar ambos conceptos para luego observar la influencia de estos sobre la salud mental.

El estigma es un tema clásico de la sociología en el sentido de que ha gozado de las atenciones de académicos de reconocido prestigio a lo largo de la historia de esta disciplina. Uno de los trabajos más destacados es la obra de Goffman (1963) titulada *Estigma: La identidad deteriorada*. En ella el estigma se concibe como aquel proceso que deteriora la identidad social de un determinado sujeto. En este sentido podría decirse que los trastornos mentales son notablemente propensos a sufrir procesos de estigmatización (Corrigan y Watson, 2002), de ahí el interés de profundizar en este concepto.

Sintéticamente el estigma puede definirse como un atributo que vincula a una persona con características sociales indeseables (Jones et al., 1984). Se entiende el estigma de los trastornos mentales como un proceso en el que se vinculan unos estereotipos a una serie de características individuales ocasionando prejuicios. Como resultado de esta vinculación pueden aparecer situaciones de discriminación (Dovidio et al., 1996; Ottati et al., 2005; Muñoz et al., 2009; Simpson y Yinger, 2013). Es decir se pueden desarrollar acciones perjudiciales de cara a sujetos y/o colectivos en base a determinadas características (Rabossi, 1990).

Tanto desde la psicología social como desde la sociología se postula un modelo similar, que diferencia entre los agentes estigmatizadores (Corrigan, Markowitz y Watson, 2004; Corrigan y Watson, 2002; Corrigan et al., 2012; 2005; Link y Phelan, 2014; 2001). A través de los puntos en común de estas investigaciones se podría decir que se dan tres tipos de discriminación:

- a) Estructural: producida desde las instituciones sociales hacia el sujeto.
- b) Pública: producida de manera informal en las relaciones sociales.
- c) Autoestigma: se produce cuando es el sujeto el que interioriza los estereotipos y prejuicios circulantes en la sociedad. Es reforzado por la percepción de comportamientos de discriminación recibidos.

Como se ha mencionado, la otra cara de la moneda la representa el apoyo social. Este puede conceptualizarse como todos aquellos recursos que recibe un individuo de su entorno, diferenciándose dos clases de apoyo según las redes sociales desde las que provienen estos recursos: formales (instituciones, servicios de salud etc.) o informales (relaciones personales del sujeto como amigos, familia, compañeros de trabajo etc.) (Rodríguez-Marín et al., 1993). También debe tenerse en cuenta si el apoyo es de carácter instrumental (recursos materiales e informacionales) o expresivo (de tipo afectivo y emocional) (Gracia et al., 1995).

El apoyo social es un fenómeno sumamente complejo. Más aun teniendo en cuenta que a la conceptualización realizada se deben añadir las diferentes funciones que desempeña este apoyo, que pueden ir orientadas hacia la sustentación de la salud (factores que actúan potenciando la salud mental, sin que necesariamente exista ninguna situación de merma de esta) o a la reducción de efectos negativos (actuaciones de cara a situaciones en las que se produce una merma de la salud) (Shumaker y Brownell, 1984).

Cabe resaltar que se puede diferenciar entre apoyo ofrecido por un contexto determinado y apoyo percibido por el sujeto con problemas de salud (Almagiá, 2014). En la presente investigación se tiene en cuenta el posible desfase que puede existir entre apoyo percibido y ofrecido, tratando de contrastar dicha dicotomía teniendo en cuenta tanto la visión del sujeto que recibe el apoyo como la de su contexto.

La bibliografía especializada evidencia que la fuerte estigmatización y discriminación a la que se ven sometidos los sujetos con trastornos mentales puede afectar negativamente a su

salud (Angermeyer et al., 2014; Corrigan et al., 2012; Corrigan, 2000; Farina et al., 1971) así como la influencia positiva que tiene el apoyo social sobre la misma (Hamilton et al., 2016; Ye et al., 2016). Para poder la profundizar en la relación entre discriminación, apoyo social y salud mental es necesario ahondar previamente en la construcción y el significado del último término mencionado.

Tradicionalmente los trastornos mentales han estado vinculado a causas mágicas y religiosas (Castro, 2005) y no es hasta los siglos XVIII/XIX cuando se producen cambios en su conceptualización, tomando la perspectiva explicativa de la época un claro enfoque biologicista y positivista (Peset, 2003).

En el siglo XX comienzan a cambiar lentamente estas tendencias y es precisamente en esta época cuando se producen los debates más intensos en torno a la conceptualización de la salud mental. Se pueden identificar dos perspectivas enfrentadas en el mundo de la academia. En un extremo, una postura biologicista que contempla la enfermedad mental como un fenómeno meramente orgánico, en el otro, una perspectiva social, que entiende que la enfermedad mental se debe a causas sociales (Guimón, 2006).

Del lado biologicista destacan ideas como la asociación de la enfermedad mental a malformaciones del cerebro (Montero, 1989) o la equiparación de dichas enfermedades con males físicos (Esquedo, 1989). Así como la vinculación de la enfermedad mental con el crimen (Montero, 1989).

La corriente de corte más sociológico se caracteriza por su heterogeneidad. Pese a ello, es posible identificar una serie de confluencias que se agrupan bajo el término Antipsiquiatría. Estas tienen una serie de puntos en común: la definición de la locura como un asunto relacional (desadaptación del individuo a la sociedad en la que se encuentra) así como la crítica al poder psiquiátrico como instrumento de dominación (Desviat, 2006). Las ideas foucaultianas de institucionalización de la locura, control y poder psiquiátrico sirvieron de inspiración para las corrientes antipsiquiátricas en las que destacan autores como Laing, Cooper, Szasz y Basaglia (Laing et al., 1962; Cooper, 1972; Basaglia, 1977; 1978; Laing, 1987; Szasz, 1960; 1981).

En la actualidad, podría decirse que la definición más aceptada de salud mental conjuga ideas fundamentales de las dos posturas opuestas que se dieron en el siglo XX, existiendo cierto consenso en torno a la idea de que deben tenerse en cuenta tanto los factores biológicos como sociales (Confederación Salud Mental España, 2018; Rodríguez, 1979) a la hora de abordar el tema tratado.

Los principales organismos internacionales entienden que la salud mental consiste en sentirse bien con uno mismo y con los demás y en ser capaz de resolver las demandas que se van presentando a lo largo de la vida (Confederación Salud Mental España, 2018; APA, 2014). En esta definición se integra una perspectiva subjetiva (sentirse bien consigo mismo y con los demás), con una visión ecológica (ser capaz de resolver demandas cotidianas).

La salud se concibe como un fenómeno multidimensional, procesual y dinámico. Desde esta concepción la enfermedad mental pasa a ser considerada un escollo en el proceso de salud mental, por lo que el calificativo trastorno viene a sustituir al de enfermedad, ya que se adecua más al enfoque teórico adoptado. Entendiendo la salud como un fenómeno multidimensional, el trastorno mental puede definirse como un estado en el que el sujeto expresa subjetivamente un malestar psicológico (ya sea explícita o implícitamente) y este malestar tiene consecuencias sobre el individuo, tanto de carácter social como biológico (OMS, 2018; American Psychiatric Association, 2014; Scott, 1958).

En base a todos los conceptos desarrollados anteriormente se consideran especialmente útiles las teorías del bienestar psicológico de cara a aproximarse al estado de salud mental.

Este constructo se corresponde con el enfoque teórico adoptado, partiendo de una visión positiva y dinámica de la salud mental (Viera et al., 2006).

El bienestar psicológico busca reflejar a través de sus dimensiones los dos puntos fundamentales de la definición de la salud mental empleada en esta investigación: sentirse bien consigo mismo y ser capaz de resolver demandas internas y externas (Confederación Salud Mental España, 2018; OMS, 2018). Por un lado, el hecho de sentirse bien con uno mismo se observa a través de conceptos como los propósitos de vida y la auto-aceptación y, por otro, la capacidad de resolver demandas se aborda con dimensiones como la autonomía y el dominio del entorno (Díaz et al., 2006; Van Dierendonck, 2004)

En la siguiente tabla se detalla el significado de las dimensiones mencionadas

Tabla 1. Dimensiones del Bienestar Psicológico

Autoaceptación	Sentirse bien consigo mismo. Aceptar el trastorno
Relaciones positivas	Relaciones sociales que aporten beneficios afectivos y funcionales
Autonomía	Independencia y capacidad de autorregular su propio comportamiento
Dominio del entorno	Habilidad para adaptarse al entorno satisfaciendo demandas internas y externas
Crecimiento personal	Metas y objetivos a medio-largo plazo

Fuente: Elaboración a partir de Van Dierendonck (2004)

El concepto desarrollado en las líneas anteriores permite indagar en la vivencia subjetiva del trastorno por parte del sujeto en lugar de hacer una recopilación de los síntomas que experimenta el mismo, por lo que resulta especialmente adecuado para el propósito del presente estudio. En síntesis se trata de relacionar dinámicas sociales que afectan a los sujetos con trastornos mentales como la discriminación y el apoyo social con el bienestar psicológico de estos.

3. METODOLOGÍA

El estudio se centra en las clases medias de la ciudad de Sevilla. Para operacionalizar el concepto de clase social se siguen los criterios del CIS que equiparan la clase social a la condición socioeconómica, estudiándose así a sujetos que forman parte de la masa poblacional formada por los trabajadores del sector servicios, técnicos y funcionarios de nivel medio, administrativos y autónomos. Asimismo, se excluye a los menores de edad y las personas de la tercera edad, ya que ambos grupos se caracterizan por una de serie de particularidades en temas de salud mental (Alcalá et al., 2007; Brigeiro, 2005; Fernández et al., 2000), que exigirían un tratamiento propio e individualizado, de manera que su inclusión exigiría una investigación mucho más amplia o, incluso, varias investigaciones diferentes.

Como se ha podido entrever anteriormente en esta investigación se adopta un enfoque metodológico cualitativo. Este parte de dos razones fundamentales. Por un lado, la

adecuación de las técnicas cualitativas con los objetivos de la investigación al profundizar estas en la relación entre discursos y prácticas (Valles, 1997). Por otro lado, la dificultad para localizar datos cuantitativos secundarios relacionados con el objeto de estudio, que unida al coste que implicaría llevar a cabo un estudio basado en un muestreo representativo desde el punto de vista estadístico dificulta en extremo realizar una aproximación cuantitativa.

En coherencia con los objetivos se plantean dos fases principales en el trabajo de campo de la investigación. En la primera se aborda el contexto que rodea al sujeto afectado por depresión o trastorno bipolar y en la segunda las vivencias de dichos sujetos.

En la primera fase se diferencia entre contexto formal (instituciones relacionadas con la salud mental) e informal (relaciones sociales interpersonales). En el plano formal se estudian los sistemas de salud mental público y privado, así como las asociaciones. Se llevan a cabo seis entrevistas semiestructuradas a sujetos con una amplia trayectoria profesional dentro de dichas organizaciones considerándolos como población especializada, en el sentido de que su conocimiento experto de las dinámicas institucionales permite obtener una información muy relevante para con los objetivos de investigación (Valles, 1997). Para analizar la información producida en esta fase se recurre a la *Grounded Theory* (Carrero, Soriano y Trinidad, 2012).

Tabla 2. Muestreo estructural entrevistas

Sistema público de salud mental	Sistema privado de salud mental	Asociaciones salud mental
Enfermera	Psiquiatra	Trabajadora social
Psiquiatra	Gerente centro privado	Coordinador

Fuente: Elaboración propia

En el plano informal se analizan los discursos y prácticas circulantes en la sociedad a través de grupos mixtos, a medio camino entre las características del grupo de discusión y el *focus group*. Con el primero se logra la construcción conjunta de sentido con respecto al tema estudiado, pudiéndose observar los discursos generales en referencia al mismo (Domínguez y Dávila, 2008). Con el segundo se busca obtener información sobre temas concretos que son de interés para la investigación (Merton, 1987). Para conjugar ambas técnicas se deja fluir la conversación grupal sin ningún tipo de dirección durante los primeros 40 minutos de discusión para luego focalizar la atención del grupo con respecto a temas concretos: el estigma, el apoyo social, la depresión y el trastorno bipolar. De esta manera se obtiene el discurso general existente en la sociedad acerca de la salud mental al mismo tiempo que se extrae información de temas concretos relacionados con el fenómeno de estudio. La información producida en dichos grupos se analiza desde la perspectiva del análisis sociológico de discursos empleando herramientas como el estudio de posiciones sociales, posiciones discursivas, configuraciones narrativas y espacios semánticos (Conde, 2009).

Se lleva a cabo un muestreo estructural basado en dos ejes fundamentales. Por un lado, el hecho de ser amigo o familiar de algún sujeto con trastorno mental, ya que la cercanía y el contacto con los mismos influye en las actitudes y prácticas (García-Sílberman, 2002; Ayestarán y Páez, 1986). Por otro, se distingue entre jóvenes (20-35 años) y adultos (35-60 años) atendiendo a los grandes cambios a los que se ha visto sometida la definición de salud mental en los últimos años. Asimismo, se introduce el sexo como criterio de heterogeneidad. Se llevan a cabo tres grupos. Uno con sujetos con edades comprendidas entre los 35 y 60

años sin familiares ni conocidos con trastornos mentales (6 participantes), otro con sujetos de 20 a 35 años sin familiares ni conocidos con trastornos mentales (8 participantes) y un último grupo formado por sujetos (independientemente de su edad) con familiares o amigos con algún trastorno mental (siete participantes).

Una vez observado contexto informal y formal se pone el foco en la situación de los sujetos con trastornos. Esta sería la segunda fase, en la que se lleva a cabo un estudio de casos representativos (Flyvbjerg, 2004). Los casos son definidos según el tipo de trastorno (bipolar-depresión) y según la edad, (adultos mayores de 35 años y jóvenes menores de 35). Asimismo, se trató de que hubiese cierta variabilidad en el sexo de los entrevistados, no encontrando (tras el análisis) grandes diferencias según el mismo.

Tabla 3. Estudio de casos de sujetos con trastornos

	Adulto	Joven
Depresión	2 M	1 H
Trastorno Bipolar	1 M/1 H	-

Fuente: Elaboración propia. Notas- M: Mujer. H: Hombre

Se llevan a cabo entrevistas en profundidad con los sujetos estudiados (una por cada caso). La perspectiva del propio sujeto con trastornos mentales es vital en toda investigación sociológica sobre la salud mental (Goffman, 1970) y, para alcanzarla, la entrevista es una de las técnicas más adecuadas. Estas permiten una mayor introspección y cercanía al discurso e historia personal del individuo que la obtenida a través de las técnicas cuantitativas como la encuesta. En concreto se plantea una entrevista no estandarizada con un nivel de dirección muy bajo, lo que permite que el sujeto se exprese libremente dando importancia a lo que él considere oportuno (Valles, 1997).

También se mantienen entrevistas conversacionales informales (Patton, 1990) con el entorno cercano (familiares y amigos) del entrevistado. Estas conversaciones se plantean como una suerte de observación participante más en línea con la etnografía focalizada (Wall, 2014) que, con la antropología clásica, buscando contrastar la información que arroja el entrevistado con los relatos producidos en su entorno cercano.

4. RESULTADOS

Los resultados obtenidos ponen en relieve la importancia de las prácticas de discriminación y apoyo social sobre el bienestar psicológico de los sujetos afectados por trastornos mentales (depresión o trastorno bipolar). A continuación se exponen los discursos y prácticas hallados en los diferentes contextos sociales analizados (instituciones, población general y población diagnosticada con depresión o trastorno bipolar) para, en el siguiente apartado, relacionar la información extraída en cada contexto.

En lo que respecta al contexto formal (instituciones estudiadas) las entrevistas evidencian que existen grandes diferencias entre las instituciones estudiadas, fundamentalmente entre lo que se refiere a las prácticas de apoyo. En el sistema de salud mental público predomina una orientación asistencial en la que se abordan los trastornos mentales como una problemática ciudadana que debe ser solucionada. Esta orientación, centrada en el tratamiento de los trastornos, implica que las prácticas de apoyo desarrolladas estén enfocadas a la reducción de

los efectos negativos por encima de la prevención. Asimismo, el área de salud mental pública se ve afectada por una carencia de recursos más aguda que en el resto de las áreas del sistema de salud y este hecho se debe, según los entrevistados, existe una situación de estigma estructural dentro del sistema de salud.

Yo desde que empecé he visto que la salud mental ha sido como si dijéramos, la niña fea de la sanidad y yo creo que sigue siéndolo. Enfermera Salud Mental Pública.

Esta situación se traduce en un pobre apoyo expresivo ya que en la mayoría de los casos no se logra un contacto cercano entre especialista y paciente. Asimismo, aunque existe un amplio abanico de posibilidades en cuanto al apoyo instrumental (talleres, hospitalización etc.), el acceso a estas opciones se reserva sobre todo para colectivos en estado especialmente grave, limitándose la mayoría de los tratamientos a la administración de fármacos.

En el sistema de salud mental privado se combina la orientación asistencial con el ánimo de lucro. De nuevo las prácticas de apoyo se centran en la reducción de los efectos negativos de los trastornos. Si bien es cierto que la relación entre especialista y paciente es mucho más cercana, no existen grandes recursos residenciales, de hospitalización, ni tampoco en lo que respecta a talleres, actividades de ocio, etc., por lo que el apoyo expresivo es muy elevado, pero no así el instrumental.

A nivel privado es donde funciona quizás más la relación médico enfermo en cuanto a la confianza en tu facultativo. Psiquiatra Privado.

Las unidades de hospitalización privadas son caras en cualquier residencia, por ejemplo, geriátricas y, en algunas ocasiones, tienen un carácter casi de lujo. Psiquiatra Privado.

Por último, las asociaciones combinan una orientación asistencial con una reivindicativa, en el sentido de que no sólo tratan de solucionar las problemáticas generadas por los trastornos mentales sino también de visibilizarlos frente a la sociedad. Son las únicas instituciones que conjugan una perspectiva de reducción de efectos negativos y de sustentación de la salud. Pese a los pocos recursos económicos en este tipo de instituciones se puede encontrar un apoyo expresivo moderado ya que el sujeto que acude a ellas accede a un entorno donde se establecen numerosos vínculos emocionales gracias a actividades como los grupos de autoayuda y también debido al contacto cercano entre asociados.

Una vez analizadas las características principales de las instituciones abordadas cabe destacar que, aunque se diferencia claramente entre depresión y trastorno bipolar a la hora del tratamiento de dichos trastornos, no se tiene constancia de que, dependiendo de uno u otro, se ofrezca un determinado tipo de apoyo social.

En el contexto informal (población general), puede identificarse una gran variedad de discursos y prácticas diferenciados fundamentalmente por el significado que se le da al término de salud mental. Concretamente se localizan cuatro facciones grupales.

Los adultos sin familiares ni amigos con trastornos mentales y que tienen un nivel de estudios medio entiende que la salud mental está condicionada fundamentalmente por la actitud individual que cada sujeto mantiene en la vida. Sobre la base de este posicionamiento, cobran importancia términos como “fuerza”, “carácter” o “espíritu”, los cuales encuentran sentido en la idea de “capacidad”. La falta de salud mental convierte al sujeto afectado en un individuo “incapaz”, “débil”, “con falta de carácter” ...

El hecho de que el trastorno se entienda como un fallo personal conlleva una elevada estigmatización. Las personas afectadas por trastornos mentales son consideradas incapaces e irresponsables por este colectivo. Estas actitudes pueden llevar a una relativización de los trastornos o al rechazo directo de los que los padecen. Debido a ello las prácticas de apoyo social son prácticamente inexistentes.

Los jóvenes sin familiares ni amigos con trastornos mentales consideran que la base de la

salud mental es el correcto funcionamiento del cerebro. Aunque también conceden importancia al entorno social, este se nombra en un segundo plano. Toman fuerza términos como “conexiones neuronales”, “impulsos químicos”, vocablos que giran en torno a la idea de “cerebro”.

Aquí se atribuye la salud mental a algo que proviene del sujeto, pero de la cual no se puede responsabilizar al mismo, siendo el estigma notablemente reducido en comparación a la facción anterior. El apoyo social se ve fuertemente influenciado por una alta percepción de desconocimiento del tema (al vincular salud mental al complejo funcionamiento cerebral) lo que implica que se dirija fundamentalmente a proporcionar al sujeto el acceso a especialistas.

Desde la posición de los adultos con estudios superiores (independientemente de que tengan contacto cercano o no con sujetos con trastornos) y los adultos con familiares o amigos con trastornos mentales, se entiende la salud mental como la adecuación al entorno social, del cual se dice que puede llegar a ser dañino para la salud. Así “ritmo de vida”, “desfase de expectativas” y “estrés” son términos recurrentes que giran en torno a la idea de “sociedad enferma”. Para la superación del trastorno se pone especial hincapié en el papel del círculo social que rodea al sujeto, aunque también en sus características personales.

Por ello no es de extrañar que coexistan el enfoque hacia la sustentación de la salud con una vertiente instrumental (formar al sujeto para que pueda adaptarse al ritmo de vida) y el de reducción de efectos negativos que, en este caso, combina la dimensión instrumental (acudir al especialista y fomentar hábitos que mejoren la situación del sujeto afectado) y expresiva (apoyar emocionalmente al sujeto afectado), dando lugar a prácticas de apoyo muy intensas.

La última fracción grupal identificada, los jóvenes con familiares o amigos con trastornos mentales, concibe la salud mental como una combinación entre el correcto funcionamiento cerebral y la adecuación al contexto social. Aquí se fusionan los conceptos “cerebro” y “sociedad enferma” cobrando importancia términos que anteriormente aparecían en discursos diferentes “ritmo de vida”, “funcionamiento cerebral”, “química”, “estrés”

Al igual que los jóvenes, que no guardan cercanía con los trastornos, se entiende el cerebro como el “lugar” en el que se “alberga el trastorno mental” y al mismo tiempo coinciden con los adultos con estudios superiores y con cercanía a los trastornos mentales a la hora de afirmar que el entorno social juega un papel fundamental de cara a la salud mental, por lo que las prácticas de apoyo aúnan las acciones descritas en las dos facciones anteriores.

Por último, cabe resaltar que existe un gran consenso sobre el desconocimiento general que se tiene de cara a ambos trastornos. Puede decirse que, aunque se diferencian claramente depresión y trastorno bipolar, los discursos producidos y prácticas de apoyo ofrecidas son las mismas independientemente del trastorno.

Una vez observado el contexto que rodea a los sujetos con trastornos mentales en la ciudad de Sevilla, es necesario profundizar en la situación de estos, para lo que se tiene en cuenta tanto la propia visión del sujeto como la de su entorno más cercano. Las personas con depresión conciben el trastorno como el resultado del ritmo social, el estrés y la forma de vida, aunque también es relacionado con la capacidad interna propia de adaptarse a estos factores mencionados, mientras que las que padecen trastorno bipolar atribuyen el trastorno a causas internas emocionales.

En relación con las prácticas de apoyo en los casos de depresión, cabe destacar el papel del apoyo expresivo formal (cercanía y confianza con el especialista etc.) como factor decisivo a la hora de confiar en los tratamientos psicofarmacéuticos, los cuales también tienen efectos beneficiosos sobre el bienestar psicológico de los sujetos afectados. En cuanto al apoyo informal, destaca el apoyo de hábitos saludables y la comprensión y afecto recibidos durante el trastorno.

En sujetos con trastorno bipolar cobra gran importancia el apoyo instrumental, siendo el tratamiento psicofarmacéutico fundamental para la recuperación del sujeto. Teniendo en cuenta que una de las características de los sujetos entrevistados es no reconocer el trastorno durante las fases de manía, el entorno de éste juega un papel fundamental a la hora de hacer que el sujeto acepte su trastorno y busque un tratamiento permanente. De nuevo el apoyo de los círculos sociales cercanos (tanto expresivo como instrumental) se revela como especialmente importante.

5. DISCUSIÓN

A lo largo de las fases anteriores se han examinado tanto los contextos formal e informal como la visión de los sujetos. En este apartado se sintetizan brevemente los principales resultados de cada fase, relacionándolos entre sí y tratando de responder a los interrogantes planteados en el inicio de la investigación. Para ello se expone primero una visión general de los discursos identificados y posteriormente se reflexiona acerca de la relación de estos con las prácticas sociales identificadas, distinguiendo entre prácticas con una orientación positiva (apoyo social) y negativa (discriminación). Por último, se indaga en el impacto de estas sobre el bienestar psicológico de los sujetos afectados.

En lo que respecta a los discursos, puede decirse que estos se estructuran a partir de conceptos y líneas argumentativas totalmente diferentes según el contexto. En el contexto formal-institucional el eje temático fundamental es la orientación hacia la salud mental, es decir, la forma de entender las actuaciones hacia esta. Así pues, se diferencian entre el polo asistencial, reivindicativo y lucrativo, siendo estos últimos incompatibles entre sí. De las tres instituciones estudiadas, el sistema de salud público se caracteriza por partir únicamente de la orientación asistencial, mientras que el sistema de salud mental privado integra la perspectiva asistencial con la lucrativa y las asociaciones se basan en una orientación reivindicativa acompañada de una asistencial.

En el contexto informal los discursos se diferencian según la definición de salud mental. Se pueden distinguir tres polos fundamentales, la definición de salud mental como un estado ligado a la sociedad que rodea al sujeto, como el resultado del correcto funcionamiento cerebral o como una actitud ante la vida. Este último polo es totalmente incompatible con el resto ya que las posturas que conciben la salud mental como actitud ante la vida parten de la base que el sujeto es responsable directo de su situación.

Se identifican cuatro posiciones grupales que giran en torno a estos polos. Los adultos sin estudios universitarios y sin contacto cercano con los trastornos mentales, los cuales configuran su discurso a partir de la idea de que la salud mental es una actitud de la vida. Los adultos con estudios universitarios o los adultos sin estudios universitarios, pero con familiares/amigos con trastornos mentales, que tienden a atribuir una mayor importancia de la sociedad a la hora de explicar la salud mental, aunque también hacen referencia a causas cerebrales. Los jóvenes sin familiares/amigos con los trastornos mentales, que dan una mayor importancia a las cuestiones cerebrales sin dejar de reconocer la importancia de la sociedad. Por último, los jóvenes con cercanía a los trastornos mentales, facción en la que se consideran por igual los factores sociales y cerebrales a la hora de entender la salud mental.

Existe una alta estigmatización en los adultos sin estudios universitarios y sin contacto con los trastornos mentales que, dependiendo del trastorno, puede derivar en una percepción de incapacidad e irresponsabilidad o descontrol y violencia. En los jóvenes sin cercanía a los trastornos se ha identificado un leve estigma hacia los trastornos más graves, considerando

que los sujetos que los padecen pueden llegar a ser peligrosos. Asimismo, se identifican tendencias a nivel discursivo que deben ser mencionadas para entender mejor las prácticas. Los adultos con estudios universitarios y los adultos cercanos a los trastornos mentales tienen cierta desconfianza hacia los medicamentos, mientras que los jóvenes en general muestran una gran confianza hacia estos. También debe tenerse en cuenta la alta percepción de desconocimiento que manifiestan los jóvenes sin contacto con los trastornos mentales.

En el caso de los sujetos con trastornos mentales los discursos se basan en la concepción del origen del trastorno, pudiéndose entender como un fenómeno que se origina, fundamentalmente a nivel externo, vinculado a la sociedad o una situación surgida por causas internas vinculadas a las emociones.

Una vez observados los discursos circulantes en torno al tema tratado, se analizan las prácticas sociales que llevan a cabo cada uno de los agentes sociales estudiados. En lo que se refiere a las prácticas desfavorecedoras o discriminatorias puede decirse son los sujetos con edades comprendidas entre los 35 y 60 años, sin contacto con los trastornos mentales y con un nivel medio de estudios, el colectivo más proclive a desarrollarlas. Estas acciones varían según se trate de trastorno bipolar (rechazo basado en una estigmatización por peligrosidad y violencia) o depresión (relativización), afectando ambas negativamente al bienestar psicológico de los sujetos.

Existen otras acciones de riesgo que deben ser consideradas. La escasez de recursos de la salud mental pública reduce la intensidad de las prácticas de apoyo ofrecidas por esta institución e implica cierto riesgo de sobremedicación como forma de ahorrar recursos evitando tener que llevar a cabo otras acciones de apoyo más costosas. El elevado desconocimiento por parte de los jóvenes sin contacto con los trastornos mentales se traduce en un riesgo de inacción que afecta fundamentalmente al apoyo expresivo. Además, los adultos con estudios universitarios o con cercanía a los trastornos mentales muestran una desconfianza a los medicamentos que puede tornarse negativa en los casos en los que sea necesario un tratamiento psicofarmacéutico.

Puede observarse que todos los agentes sociales, excepto los adultos sin estudios universitarios ofrecen prácticas de apoyo, aunque estas varían en intensidad y tipo. Tras observar las prácticas identificadas puede afirmarse que estas tienen una gran influencia sobre el bienestar psicológico de los sujetos afectados, así como que varían notablemente según el contexto en el que se ubiquen dichos sujetos. Ha de mencionarse que no se han detectado grandes diferencias entre depresión y trastorno bipolar en cuanto a prácticas de apoyo se refiere, aunque a nivel discursivo sí se observan ciertas variaciones que pueden influir sobre las prácticas de discriminación, pudiéndose intuir que el trastorno bipolar es más proclive a ser estigmatizado que la depresión.

6. CONCLUSIONES

En esta investigación se aborda el fenómeno de la salud mental en la ciudad de Sevilla desde la perspectiva social. Para ello se ha realizado una aproximación a los discursos producidos en el entorno que rodea al sujeto con trastornos y a las prácticas que se llevan a cabo desde este, sin olvidar tener en cuenta la propia perspectiva del sujeto. En pos de una mayor riqueza comparativa se ha diferenciado entre dos tipos de trastornos, la depresión y el trastorno bipolar.

Podría decirse que los resultados de este estudio no hacen sino confirmar la importancia de considerar el entorno y los factores sociales como un elemento indispensable. Destaca la

influencia positiva del apoyo social en todas sus vertientes sobre el bienestar psicológico), no sólo para entender los trastornos mentales, sino también para intervenir sobre estos. También la necesidad de contrarrestar las dinámicas discriminatorias. Asimismo, la heterogeneidad de los discursos y prácticas producidos según el contexto hace patente la gran complejidad del tema tratado.

En síntesis, cabe destacar la importancia del entorno social sobre la salud mental, el enriquecimiento que supone acceder a la propia perspectiva de los sujetos afectados y la necesidad de considerar la variabilidad de los trastornos mentales como elementos cruciales a tener en cuenta a la hora de realizar un abordaje público de los mismos.

7. LIMITACIONES

Cabe mencionar que fue muy difícil contactar con sujetos jóvenes con trastorno bipolar y la entrevista que se planificó en esta categoría resultó inaccesible. Como se observa en los resultados, este hecho puede estar relacionado con la dificultad para diagnosticar el trastorno y para reconocer los propios síntomas. Se considera que el estudio realizado aporta una visión exploratoria a ampliar en futuras investigaciones

BIBLIOGRAFÍA

- Alcalá, V.; Camacho, M. y Giner J. (2007) “Afectos y depresión en la tercera edad”. *Psicothema*, 19(1):49–56.
- Almagiá, E. (2014) “Apoyo social, estrés y salud”. *Psicología y salud*, 14(2):237–243.
- American Psychiatric Association (2014) *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5®: Spanish Edition of the Desk Reference to the Diagnostic Criteria From DSM-5®*. USA: American Psychiatric Pub.
- Angermeyer, M.; Matschinger, H.; Link, B. y Schomerus G. (2014) “Public attitudes regarding individual and structural discrimination: Two sides of the same coin?”. *Social Science & Medicine*, 103:60-66. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.11.014>
- Ayestarán, S. y Páez, D. (1986) “Representación social de la enfermedad mental.” *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 6(16):095–128.
- Basaglia, F. (1977) *¿Qué es la psiquiatría?* España: Guadarrama.
- Basaglia, F. (1978) *Razón, locura y sociedad*. España: Siglo XXI.
- Brigeiro, M. (2005) “Envejecimiento exitoso y tercera edad: Problemas y retos para la promoción de la salud”. *Investigación y educación en enfermería*, 23(1):102–109.
- Carrero, V.; Soriano, R. y Trinidad, A (2012) *Teoría fundamentada Grounded Theory*. Madrid: Centro de investigaciones sociológicas.
- Castro, H. (2005) “Estigma y enfermedad mental: un punto de vista histórico social”. *Revista de Psiquiatría y salud mental “Hermilio Valdizán”*, 6(1):33–42.
- Comas, A. y Álvarez E. (2002) “Conocimiento y percepción de la depresión entre la población española” *Actas Españolas de Psiquiatría*, 32:371–376.
- Conde, F (2009) *Análisis sociológico del sistema de discursos*. Madrid: CIS.
- Confederación Salud Mental España (2018) “Confederación Mundial de la Salud”. *Salud Mental España*. Recuperado 20 de diciembre de 2018 (<https://consaludmental.org/informate/>).
- Cooper, D. (1972) *Psiquiatría y antipsiquiatría*. España: Paidós.
- Corrigan, P. (2000) “Mental health stigma as social attribution: Implications for research methods and attitude change”. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7(1):48–67. DOI: <https://doi.org/10.1093/clipsy.7.1.48>

- Corrigan, P. y Watson, A. (2002) "Understanding the impact of stigma on people with mental illness". *World psychiatry*, 1(1):16.
- Corrigan, P.; Markowitz, F. y Watson, A. (2004) "Structural levels of mental illness stigma and discrimination". *Schizophrenia bulletin*, 30(3):481–491. DOI: <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a007096>
- Corrigan, P.; Scott B.; Patrick J.; Michaels, J. y Rüsck, N. (2012) "Challenging the public stigma of mental illness: a meta-analysis of outcome studies". *Psychiatric services*, 63(10):963–973. DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201100529>
- Corrigan, P.; Watson, A.; Heyrman, M.; Warpinski, A.; Gracia, G.; Slopen, N. y Hall, L. (2005) "Structural stigma in state legislation". *Psychiatric Services*, 56(5): 557–563.
- Desviat, M. (2006) "La antipsiquiatría: crítica a la razón psiquiátrica". *Norte de salud mental*, 6(25):1.
- Díaz, D.; Rodríguez-Carvajal, R.; Blanco, A.; Moreno-Jiménez, B.; Gallardo, I.; Valle, C. y Van Dierendonck, D. (2006) "Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff". *Psicothema*, 18(3):572–577.
- Domínguez, M. y Dávila, A. (2008) "La práctica conversacional del grupo de discusión: jóvenes ciudadana y nuevos derechos". En Gordo, Á., y Serrano, A (eds). *Estrategias y prácticas cualitativas de investigación social* (pp. 97-1124). Madrid: Editorial Pearson Prentice Hall.
- Dovidio, J.; Brigham, J.; Johnson, B. y Gaertner, S. L. (1996) "Stereotyping, prejudice, and discrimination: Another look". *Stereotypes and Stereotyping*, 276, 319.
- Esquerdo, J. (1989) "Preocupaciones reinantes acerca de la locura". *REIS*, (47):301–317.
- Farina, A.; Donald, L.; Bourdreau, J. y Sherman, M. (1971) "Mental illness and the impact of believing others know about it". *Journal of Abnormal Psychology*, 77(1):1. DOI: <https://doi.org/10.1037/h0030496>
- Flyvbjerg, B. (2004) "Cinco malentendidos acerca de la investigación mediante los estudios de caso". *REIS*, 106(1):33–62 DOI: <https://doi.org/10.2307/40184584>
- García-Silberman, S. (2002) "Un modelo explicativo de la conducta hacia la enfermedad mental". *Salud pública de México*, 44(4):289–296. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0036-36342002000400001>
- Goffman, E. (1963) *La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Gracia, E.; Herrero, J. y Musitu, G. (1995) *El apoyo social*. Barcelona: PPU.
- Guimón, J. (2006) "Cuarenta años de crisis en la Psiquiatría". *Avances salud mental relacional*, 5(3):4.
- Hamilton, S.; Pinfold, V.; Cotney, J.; Couperthwaite, L.; Matthews, J.; Barret, K. y Henderson, C. (2016) "Qualitative analysis of mental health service users' reported experiences of discrimination". *Acta Psychiatrica Scandinavica* 134:14–22. DOI: <https://doi.org/10.1111/acps.12611>
- Jones, E.; Farina, A.; Hastorf, A.; Markus, H.; Miller, D. y Scott, R. (1984) *Social stigma: The psychology of marked relationships*. USA: WH Freeman.
- Laing, R. (1987) *Razón, demencia y locura*. España: Crítica.
- Laing, R.; Cooper, C. y Sartre, J. (1962) *Razón y violencia*. España: Paidós.
- Link, B. (2014) "Stigma power". *Social Science y Medicine*, 103: 24–32.
- Link, B. y Phelan, J. (2001) *Conceptualizing stigma*. *Annual Review of Sociology*, 27(1): 363–385.
- López, M.; Fernández, L.; Laviana, M.; Aparicio, A.; Perdiguero, D. y Rodríguez, A. (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 Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 30(2):219–248. DOI: <https://doi.org/10.4321/S0211-57352010000200003>
- Merton, R. (1987) "The focussed interview and focus groups: Continuities and discontinuities". *Public Opinion Quarterly*, 51(4), 550-566.
- Montero, P. (1989) "Errores judiciales: Locos condenados por los Tribunales". *Revista española de investigaciones sociológicas*, (47):263–282.
- Muñoz, M.; Crespo, P. y Guillén. (2009) *Estigma y enfermedad mental: análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental*. España: Editorial Complutense.
- Organización Mundial de la Salud. (2018) "OMS | Salud mental". *WHO*, en http://www.who.int/topics/mental_health/es/ (consulta 6/1/2019)
- Ottati, V.; Bodenhausen, G. y Newman, L. (2005) "Social psychological models of mental illness stigma". *On the stigma of mental illness: Practical strategies for research and change*, 99–128.

- Patton, M. (1990) *Qualitative evaluation and research methods*. USA: SAGE Publications.
- Peset, J. (2003) “La revolución hipocrática de Philippe Pinel”. *Asclepio*, 55(1):263–280. <https://doi.org/10.3989/asclepio.2003.v55.i1.97>
- Rabossi, E. (1990) “Derechos Humanos: El principio de igualdad y la discriminación”. *Revista del Centro de Estudios Constitucionales*, (7):175–192.
- Rodríguez, B. (1979) “Las bases sociales de la enfermedad mental”. *Revista española de investigaciones sociológicas* (6):85–99.
- Rodríguez-Marín, J.; Pastor, M. y López-Roig, S. (1993) “Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad”. *Psicothema*, 5(1): 349-372.
- Ruiz, M.; Montes, J.; Lauffer, J.; Álvarez, C.; Maurino, J. y De Dios Perrino, C. (2012) “Opiniones y creencias sobre las enfermedades mentales graves (esquizofrenia y trastorno bipolar) en la sociedad española”. *Revista de psiquiatría y salud mental*, 5(2):98–106. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2012.01.002>
- Scott, A. (1958) “Social psychological correlates of mental illness and mental health.”. *Psychological Bulletin*, 55(2):65. DOI: <https://doi.org/10.1037/h0045425>
- Shumaker, S. y Brownell, A. (1984) “Toward a theory of social support: Closing conceptual gaps”. *Journal of social issues*, 40(4):11–36. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1984.tb01105.x>
- Simpson, G. y Yinger, J. (2013) *Racial and cultural minorities: An analysis of prejudice and discrimination*. Berlín: Springer Science y Business Media.
- Szasz, T. (1960) “The myth of mental illness.” *American Psychologist*, 15(2):113.
- Szasz, T. (1981) *La fabricación de la locura: estudio comparativo de la Inquisición y el movimiento en defensa de la salud mental*. España: Editorial Kairós.
- Valles, M. (1997) *Técnicas cualitativas de investigación social: reflexión metodológica y práctica profesional*. Síntesis, Madrid.
- Van Dierendonck, D. (2004) “The construct validity of Ryff’s Scales of Psychological Well-being and its extension with spiritual well-being”. *Personality and individual differences*, 36(3):629–643. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(03\)00122-3](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(03)00122-3)
- Viera, A.; López, S. y Barrenechea, A. (2006) “El bienestar psicológico, un indicador positivo de la salud mental”. *Revista Cubana de Salud y Trabajo*, 7(1-2):34–9.
- Wall, S. (2014) “Focused ethnography: A methodological adaption for social research in emerging contexts”. *Forum: Qualitative Social Research*, 16(1).
- Ye, J.; Chen, T.; Paul, D.; McCahon, R.; Shankar, S.; Rosen, A. y O’Reilly, C. (2016) “Stigma and discrimination experienced by people living with severe and persistent mental illness in assertive community treatment settings”. *International Journal of Social Psychiatry*, 62(6):532–541. DOI: <https://doi.org/10.1177/0020764016651459>

Breve currículum:

Álvaro Suárez-Vergne

Grado en Sociología por la Universidad Pablo de Olavide, Máster en Metodología de la investigación en Ciencias Sociales por la Universidad Complutense de Madrid. Actualmente doctorando en Sociología y Antropología en la Universidad de Madrid. Líneas de investigación: sociología de la salud, discriminación y desigualdades sociales, metodología de las ciencias sociales.

Fuentes de financiación: Trabajo desarrollado gracias al disfrute de las ayudas predoctorales FPU (convocatoria de 2017) (FPU17/00335) del Ministerio de Educación.