



Universidad de Granada

# ENFERMEDAD MENTAL Y ESTIGMA



**TRABAJO FIN DE GRADO**

*Tipología: Investigación educativa*

- Enriqueta Navío Guillén.

EDUCACIÓN SOCIAL

# ÍNDICE

RESUMEN.....	2
<b>1. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>3</b>
<b>2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....</b>	<b>4</b>
<b>2.1 ¿Qué es la enfermedad mental? .....</b>	<b>4</b>
<b>2.2 Exclusión social y salud mental.....</b>	<b>6</b>
<b>2.3 Evolución de la atención a personas con enfermedad mental.....</b>	<b>7</b>
<b>2.4 Enfermedad mental y estigma.....</b>	<b>9</b>
<b>2.5 FAISEM y la lucha contra el estigma.....</b>	<b>13</b>
<b>3. OBJETIVOS DEL ESTUDIO EVALUATIVO.....</b>	<b>14</b>
<b>4. METODOLOGÍA.....</b>	<b>14</b>
<b>4.1 Fuentes de información.....</b>	<b>15</b>
4.1.1 <i>Usuarios de un centro de día.....</i>	<i>15</i>
4.1.2 <i>Profesionales de FAISEM.....</i>	<i>15</i>
4.1.3 <i>Jóvenes universitarios.....</i>	<i>15</i>
<b>4.2 Estrategias de recogida de información.....</b>	<b>16</b>
4.2.1 <i>Entrevista a profesionales de FAISEM.....</i>	<i>16</i>
4.2.2 <i>Cuestionarios a los usuarios.....</i>	<i>17</i>
4.2.3 <i>Cuestionarios a universitarios.....</i>	<i>17</i>
<b>4.3 Procedimientos de análisis de la información.....</b>	<b>18</b>
4.3.1 <i>Análisis de la información recogida a través de las entrevistas.....</i>	<i>18</i>
4.3.2 <i>Análisis de la información recogida a través de los cuestionarios.....</i>	<i>19</i>
<b>5. RESULTADOS Y ANÁLISIS.....</b>	<b>19</b>
<b>6. CONCLUSIONES.....</b>	<b>24</b>
<b>7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>25</b>
<b>8. ANEXOS.....</b>	<b>27</b>
8.1 <i>Entrevista pasada a los profesionales del centro de día, un recurso de FAISEM: ..</i>	<i>27</i>
8.2 <i>Cuestionarios a los usuarios del Centro de Día.....</i>	<i>28</i>
8.3 <i>Cuestionario pasado a jóvenes universitarios de la universidad de Granada.....</i>	<i>30</i>
8.4 <i>Resultados de los cuestionarios.....</i>	<i>31</i>
8.5 <i>Recursos para responder a las necesidades de los enfermos mentales.....</i>	<i>37</i>

## **RESUMEN.**

La atención especializada a personas con un trastorno mental grave ha ido evolucionando con el paso de los años; sin embargo, el concepto que la sociedad tiene hacia ellos sigue siendo negativo. Este estudio se centra en el análisis exploratorio de la opinión estereotipada que sobre estas personas tienen ellas mismas y el colectivo de los jóvenes universitarios de Granada.

Otra fuente de información de interés para este estudio ha sido el colectivo de profesionales de FAISEM (Fundación Pública Andaluza Para la Integración Social de Enfermos Mentales), en Granada, entidad cuyo objetivo se centra en la atención social a los enfermos mentales graves desde hace XXX años y donde he realizado mis prácticas externas.

El marco teórico que justifica este estudio cuenta con una breve introducción al concepto de enfermedad mental, la relación existente entre este término y la exclusión social, el avance conseguido en la atención a este colectivo y por último la relación con el estigma. En este apartado se trata la fundación FAISEM.

Los instrumentos utilizados para la recogida de información han sido la entrevista y el cuestionario.

El análisis de la información obtenida nos ha permitido conocer las opiniones estereotipadas que actualmente todavía existen sobre este colectivo por parte del grupo de universitarios encuestados. Este hecho justifica las propuestas que se establecen en la última parte de este trabajo

**Palabras clave:** Enfermedad mental, estigma, estereotipos, exclusión social.

## 1. INTRODUCCIÓN

*"El primer paso para el cambio es concientización, el segundo es aceptación".*

*Nathaniel Branden.*

Al deterioro mental ocasionado por la misma enfermedad que experimentan las personas que sufren un trastorno mental grave hay que añadirle las consecuencias que conlleva el desconocimiento social acerca de este tema, surgiendo así un estigma considerable y muy perjudicial para la recuperación de estas personas. Una persona que sufre una enfermedad mental cuenta con unas limitaciones en el funcionamiento psicosocial y unas grandes incapacidades que no permiten la integración completa de la persona. La enfermedad mental no es un término que solo influye en la salud, también compete a los servicios sociales, dentro de los ámbitos de una sociedad que por suerte ha superado la antigua mentalidad de los hospitales psiquiátricos.

Con este trabajo se pretende conocer el estigma existente en la sociedad actual hacia personas que sufren un trastorno mental grave, y a su vez, sensibilizar acerca de la integración social de personas que sufren alguna discapacidad.

Está demostrado, que el estigma afecta muchísimo en la rehabilitación de estas personas, desfavoreciendo su desarrollo personal y su integración social.

La idea de realizar esta investigación nace de mi primer contacto con el mundo laboral. La realización de mis prácticas tuvo lugar en FAISEM, una asociación que lucha por la integración social de las personas que sufren un trastorno mental. Allí, he podido ver como la opinión estereotipada que se tiene de este colectivo afecta de una forma directa a su rehabilitación.

El conocimiento y la estancia en este contexto han sido un factor clave a la hora de realizar el estudio.

Considero necesario que se conozca sobre dicho colectivo y se luche por reducir esta opinión que tantísimo puede afectar en su día a día.

## **2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.**

### **2.1 ¿Qué es la enfermedad mental?**

Al grupo de trastornos mentales graves pertenecen personas con parecidas dificultades funcionales. Estas dificultades son producidas por un trastorno mental específico y son resultado de un grupo complejo de factores biológicos, psicológicos y sociales (Ramos Montes, 2013).

Teniendo en cuenta criterios más específicos encontramos la siguiente definición de enfermedad mental (Goldman et al., 1981, citado por Liberman, 1993):

“Un grupo en el que se encuentran las personas que sufren trastornos mentales severos y persistentes en el tiempo, que interfieren sus capacidades funcionales en la vida diaria (higiene personal, autocuidado, las relaciones interpersonales y la actividad laboral o formativa) y que dificultan su integración social de forma normalizada y autónoma.”

Estadísticamente se ha demostrado que entre un 15 y un 20% de la población de las sociedades occidentales padece o padecerá una enfermedad mental. Entre una multitud de enfermedades mentales, las más destacadas son esquizofrenia, trastorno bipolar, trastorno de personalidad, depresión, trastorno obsesivo compulsivo, etc. Es algo evidente, que todas provocan un grave problema en la vida de la persona que la padece. Dicho problema no viene referido únicamente a los síntomas propios de la enfermedad, además, la sociedad que gira entorno a estas personas causa un efecto directo sobre su bienestar (Ramos, 2010).

Dentro de los síntomas más comunes de la enfermedad mental encontramos la alteración del pensamiento, del estado de ánimo, alteraciones neuropsicológicas, pasividad, falta de motivación, etc.

Las personas con trastorno mental grave/severo (en adelante TMS) se ven afectadas por las condiciones sociales que le rodean, por las oportunidades que les ofrece el medio para desarrollarse, el apoyo económico que pueden o no recibir, la discriminación y el rechazo por parte de la sociedad, el acceso a diversos servicios, y sobre todo, por las facilidades para una verdadera integración social. De la misma forma, también influye la edad, el sexo, género, la existencia de otras enfermedades, la clase social a la que la

persona con TMS pertenezca, la educación, los tratamientos recibidos, etc. Todos y cada uno de estos factores influyen en la evolución de la enfermedad (Ramos Montes, 2013).

La definición de salud mental es amplia y variada, no obstante, es interesante poner de manifiesto la definición que establece la OMS:

“La salud mental no es sólo la ausencia de trastornos mentales. Se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (OMS, 2013).

No se puede hablar de salud, o salud mental sin hablar de enfermedad. La enfermedad es un concepto negativo y parcial, porque supone la pérdida de las posibilidades vitales y parciales, que nos puede llevar a consecuencias irreversibles como la muerte.

Como señala Anasaps (2012), cuando hablamos de trastornos mentales, hacemos referencia tanto al pensamiento humano como a cada una de sus funciones. Dichas funciones pueden verse afectadas por diversas enfermedades a lo largo de la vida de una persona. Pueden aparecer en cualquier etapa del ciclo vital, desde la infancia, hasta la vejez. Es importante que la sociedad tenga conciencia de que nadie está a salvo de sufrir una enfermedad mental, ya que ésta no hace diferencias por sexo, etnia, edad, etc., sino que todos podemos llegar a sufrir una, al igual que otro tipo de enfermedad. Es más, una de cada cuatro personas sufre un trastorno mental grave a lo largo de su vida.

Según Prieto (2002), un aspecto importante a considerar es que la salud pública ha contribuido a mejorar la enfermedad física dejando a un lado el componente de salud mental, por ello, en muchas comunidades se ha experimentado un deterioro significativo. Esto supone un grave problema, ya que sesenta millones de personas sufren enfermedades mentales. Por ejemplo, la esquizofrenia es la novena causa de discapacidad en el mundo y con un previsto incremento en los próximos años.

Con el paso del tiempo, la salud mental ha ido adquiriendo importancia. La OMS ha reconocido la salud mental como un aspecto imprescindible del bienestar y el desarrollo de los individuos y las sociedades bajo el eslogan “No hay salud sin salud mental” (OMS, 2013).

Durante el siglo XX, han existido diversos enfoques de salud y enfermedad en el ámbito de la salud pública, correspondiendo cada enfoque a un momento histórico

determinado. En definitiva, el concepto salud mental ha adquirido una función heurística, es decir, se trata de un tema relevante que debe ser objeto de la acción académica, profesional y política. No obstante, su definición no es homogénea y unificada, pues no existe una en concreto para el concepto “salud mental” (Restrepo y Jaramillo, 2012).

## **2.2 Exclusión social y salud mental.**

La exclusión social es un proceso completamente opuesto a la integración social. Una persona que sufre exclusión social se ve privada de diversas áreas que se consideran fundamentales para el desarrollo humano en el plano económico, social y político.

Entre los factores internos que influyen en los procesos de exclusión, encontramos la salud física y psíquica. La salud, concretamente, es un factor vital para la inclusión. La exclusión económica y laboral tiene un fuerte impacto en la salud. El daño a la salud ocasionado por las desventajas sociales y económicas no solo se debe a carencias materiales, sino que tiene alta relación con comportamientos de riesgo, estilos de vida y factores psicológicos que poseen una influencia negativa sobre la salud (Gabaldón y López, 2013).

Al hablar de exclusión social, hacemos referencia a un concepto multidimensional cuyas dimensiones pertenecen a tres áreas: Los recursos económicos, las relaciones laborales y los derechos legales. No tener acceso a los recursos, el desempleo y la inestabilidad económica pertenecen a la primera dimensión. La dimensión social hace referencia a la ruptura de lazos sociales, por lo tanto a la marginación social. Y por último, la dimensión política se expresa en la carencia del poder. Esto conlleva a la escasa participación en las decisiones que afectan a la vida diaria (Agost y Libertad, 2012).

Existe un importante vínculo entre enfermedad mental y exclusión social. Las situaciones difíciles de nuestra vida pueden afectar a nuestra salud mental. Estas situaciones estresantes están ligadas a cambios rápidos en nuestra sociedad que irremediablemente afectan a nuestro estado mental. Sentir que uno no tiene el control sobre su propia vida conduce a no encontrarle sentido a la misma. Las personas que se ven en una de estas circunstancias pueden ir desde una depresión hasta una psicosis, esquizofrenia o trastorno bipolar. Una vez que posees esta enfermedad, entras en el mundo de exclusión social, lo cual empeora la enfermedad y te conduce a un círculo del que es muy difícil salir. En la actualidad y en plena crisis económica, la inestabilidad

económica, el sinhogarismo y la pobreza afectan a la vida de millones de personas que no ven sus necesidades básicas cubiertas (Gabaldón y López, 2013).

### **2.3 Evolución de la atención a personas con enfermedad mental.**

Según FAISEM (2012), la atención a las personas que sufren enfermedades mentales ha avanzado de forma considerada.

Haciendo un breve repaso a la situación internacional podemos ver que existen antecedentes de atención comunitaria en diversos momentos de la historia de Francia, el Reino Unido y USA. Es sobre todo después de la Revolución Francesa cuando empiezan a desarrollarse experiencias de modelo asistencial a enfermos mentales.

El surgimiento de la atención comunitaria está vinculada con Estados Unidos, dónde se producen movimientos más radicales, llegando incluso al cierre de hospitales psiquiátricos. La salida masiva de pacientes en una sociedad con poca protección social y sin sistema público sanitario da lugar a una situación muy diversa, la cual fue repetida a una escala más reducida ya que el cierre de dichos hospitales se vio acompañado por el desarrollo de servicios sanitarios alternativos. El modelo comunitario por lo tanto mostró su efectividad y sigue funcionando 40 años después.

Continuando con el mismo autor, se puede decir que paralelamente pero de forma mucho más lenta, otros países anglosajones y del norte de Europa fueron modificando sus viejas instituciones, cerrando posteriormente muchas de ellas y generando redes sanitarias para la atención comunitaria de personas con TMG.

Por otro lado, tuvo lugar la reforma psiquiátrica italiana, prohibiéndose el ingreso en hospitales psiquiátricos y obligando a las administraciones públicas a desarrollar servicios comunitarios (FAISEM, 2012).

En España, hasta comienzos de los años 70 la seguridad social solo cubría la asistencia ambulatoria a enfermos mentales y su posterior hospitalización psiquiátrica en instituciones llamadas manicomios. Por lo tanto, la reforma psiquiátrica había partido con bastante retraso con respecto a otros países (González, 2000).

Según Ramos (2013), cinco décadas después podemos decir que la atención comunitaria en salud mental es una realidad creciente, extendida en la mayor parte de los países del mundo bajo los auspicios de la OMS.

Continuando con la opinión del mismo autor, hay tres aspectos importantes que destacan en esta evolución. El primero tiene que ver con los movimientos sociales y políticos a favor de la democracia y de los derechos humanos, el segundo, es el papel complejo que jugaron en estos cambios los movimientos de lucha contra los hospitales psiquiátricos, y por último, de acuerdo con la definición de atención comunitaria, los nuevos servicios tienen siempre otras intervenciones que podemos denominar de apoyo social.

Según FAISEM (2012), la importancia de esta desinstitucionalización de manicomios ha cobrado especial importancia en al menos tres sentidos:

- Deshospitalizar o encontrar ubicaciones diferentes para quienes residían en los psiquiátricos.
- La producción de estructuras comunitarias que impiden el uso de los hospitales, utilizando en su lugar diversas redes de servicios.
- Y superar la dependencia institucional de dichas personas, ayudándolas a vivir como ciudadanos y ciudadanas de pleno derecho, a través de la utilización de instituciones siempre y cuando dichas personas no sean anuladas por ellas.

Alcanzar estos resultados ha provocado una fuente insustituible de generación y aprendizaje de procedimientos de rehabilitación y atención comunitaria, dónde lo verdaderamente importante es ayudar a las personas, no esclavizarlas. (FAISEM, 2012)

Según Ramos (2013), en los últimos 30 años, dentro del territorio español, se ha recorrido un importante camino. A pesar de ello, no se ha avanzado mucho en recursos intermediarios y en la conexión con los servicios sociales. Siguen existiendo déficits en la oferta ambulatoria, la integración laboral y social y la integración de servicios entre sí.

El enfoque sanitario tradicional no es suficiente, ya que se limita a atender las necesidades estrictamente clínicas. Sin embargo, la psiquiatría juega un importante papel en el ámbito de la salud mental ya que extiende su objeto a todos los que tienen la necesidad y se preocupa por todas las necesidades no cubiertas por los servicios sanitarios. Son muchas las razones epidemiológicas, sociales, económicas y sanitarias las que explican por qué la psiquiatría sigue siendo un reto en todos los países del mundo (Ramos, 2013).

Nuestra Comunidad Autónoma, Andalucía, ha experimentado un avance con respecto a la atención de personas con TMS.

Según FAISEM (2012), el cierre de los hospitales, la integración de recursos sanitarios en el SAS y el desarrollo de nuevos servicios afectó de manera considerada a los recursos sanitarios. En el caso de los antiguos manicomios, esta consideración solo era parcialmente correcta.

La primera reforma empezó en 1984. Dentro del campo de los servicios sociales surgieron las altas de residentes mayores de 65 años o con discapacidad intelectual, de este modo, cuándo no podían regresar con su familia encontraban un acomodo.

La atención residencial de personas con trastornos mentales graves que no cumplían la edad para acceder a las residencias de mayores empezó a plantear el primer problema, obligando así a buscar soluciones provisionales. Lo mismo sucedió con la necesidad de estructuras ocupacionales y de ocio, que sirviesen tanto de soporte en la vida cotidiana como de complemento a las actividades de rehabilitación. Más tarde se añadió una nueva necesidad tampoco cubierta, el empleo.

Durante un tiempo, estos recursos se intentaron realizar desde los servicios sanitarios bajo una limitada disponibilidad financiera desde el programa de ayudas no periódicas de la conserjería de Servicios Sociales. Esta dificultad creó la obligación de buscar una solución distinta.

A iniciativa de movimientos profesionales y familiares, el Parlamento de Andalucía aprobó, por unanimidad de todas las fuerzas políticas presentes en él, una proposición no de ley que instaba al Consejo de Gobierno a crear una fundación pública con esa finalidad. Esta fundación obtuvo la siguiente denominación: Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental (FAISEM, 2012).

#### **2.4 Enfermedad mental y estigma**

Goffman (1963) define estigma como un “atributo que es profundamente evaluador, el cual degrada y rebaja a la persona portadora del mismo.”; Característica de las personas que resulta contraria a la norma de una unidad social, considerado como “norma” una creencia compartida dirigida a comportarse de una forma determinada en un momento en concreto.

Una definición más reciente es la que hacen Crocker, Major y Steele (1998) en la que dicen que los individuos estigmatizados poseen algún atributo o característica que conlleva una identidad social la cual es devaluada en un contexto social particular.

Según López, et al (2008), con el término estigma nos referimos a un conjunto de actitudes, normalmente negativas, que un grupo social mantiene con otros grupos minoritarios por el hecho de que estos presenten algún rasgo diferencial que permita identificarlos. Por lo tanto, se trata de una desvaloración relacionada con un estereotipo negativo.

Como señalan Mena Jiménez, et al (2010) las personas que sufren un TMS están enfrentadas a diversas formas de discriminación, rechazo social y desprecio. El estigma de la enfermedad mental está originado por la visión influenciada por una serie de mitos, estereotipos y creencias que posee la sociedad. Combatir con este estigma es imprescindible por las consecuencias que puede llegar a tener en la recuperación de las personas que sufren dichas enfermedades mentales. Es una evidencia por la que en los últimos años han mostrado preocupación instituciones como la OMS, la Comisión Europea, el Parlamento europeo, el Ministerio de Sanidad y Política Social e incluso diversas comunidades autónomas.

De acuerdo a López, et al (2008) el estigma hacía las personas con enfermedad mental constituye una barrera para el acceso a unas razonables condiciones de vida y atención en nuestra sociedad. Es evidente, que las personas con TMS se encuentran con dos problemas, en primer lugar los derivados directamente de su enfermedad, que suelen ser, pese a su gravedad, episódicos e intermitentes y en segundo lugar los relacionados con el estigma, los cuales suelen ser mucho más constantes.

En el caso concreto de las actitudes vinculadas al estigma social distinguimos tres términos: Estereotipos, prejuicios y discriminación. Los estereotipos son un conjunto de creencias, normalmente erróneas, que la mayoría de la población mantiene con otro grupo social. Los prejuicios son una serie de predisposiciones emocionales que se experimentan en relación a los miembros de un grupo vinculado a creencias estereotipadas. Y por último, la discriminación es la propensión a desarrollar acciones negativas hacia otros. Estos tres aspectos van unidos y se refuerza de forma mutua. Dicho de otra forma, los estereotipos se aceptan cuándo coinciden con prejuicios emocionales y de esta forma se genera la discriminación.

Estas actitudes negativas son variables según la enfermedad, el problema, el contexto social y cultural y las características individuales de las personas que las expresan.

“Los estereotipos, prejuicios y discriminaciones asociadas a la enfermedad mental pueden privar a quienes la padecen de oportunidades que pueden resultar esenciales para el logro de sus objetivos vitales, especialmente aquellos que tienen que ver con su independencia económica y personal” (Corrigan y Kleinlein, 2005).

“La estigmatización del paciente psiquiátrico es todavía una fuerte barrera para el proceso de integración de estos sujetos en nuestra sociedad” (R. Vezzoli et al., 2002).

En las personas que sufren una enfermedad mental, es importante valorar como se ven afectadas por una defensa grupal, y a ser posible, entender los argumentos que justifican este afecto negativo.

Como muestran López, et al (2008), la actitud cambia según el tipo de enfermedad, por ejemplo, las actitudes sociales hacía las personas que sufren esquizofrenia no es la misma que la relacionada con otro trastorno como es la ansiedad o la depresión. Por otro lado, las referidas a los trastornos mentales graves suelen ser más negativas que las referidas a otros trastornos y enfermedades físicas.

Entrando en actitudes concretas hacía enfermos mentales, los estereotipos más frecuentemente expresados suelen agruparse en: peligrosidad, dificultad de relación, extrañeza, incapacidad para manejar su vida. Todo ello unido a la creencia de incurabilidad y atribución de culpa sobre lo que les sucede. Por ello, los sentimientos que se encuentran relacionados a estos estereotipos son miedo, rechazo y desconfianza hacía esas personas. Y evidentemente, compasión, siempre y cuándo se guarde distancia.

“Parece que en nuestra sociedad existe un miedo manifiesto a que una persona con enfermedad mental se cuele en nuestras vidas. Se comprende que estas personas necesiten tratamiento pero la sociedad no quiere que se haga junto a ellos” (Ramos, 2010)

En los medios de comunicación, las personas que padecen enfermedades mentales aparecen bajo tres visiones prototípicas: la del maníaco homicida que hay que recluir, persona adulta que tiende a realizar conductas infantiles con un necesario control externo y la del espíritu libre que produce admiración. La más frecuente es la

relacionada con la violencia. No obstante, las tres visiones se caracterizan por extremas, situando a las personas afectadas fuera de lo considerado normal.

La asociación de la enfermedad mental con violencia es un tema clave. Los estudios manifiestan que las personas con esquizofrenia u otros trastornos mentales realizan a menudo actos violentos. El hecho de que una persona que padezca cualquier enfermedad mental realice un acto solo acto violento hace que las ideas tradicionales vuelvan a emerger. Los estudios epidemiológicos muestran que las personas con un trastorno mental realizan más actos violentos que las personas que no padecen dichas enfermedades. Estas cifras son altas y totalmente engañosas, ya que cuando se tienen en cuenta otras variables (consumo de alcohol o sustancias, edad, género, etc.) se alcanzan valores iguales o superiores. No hay que olvidar que si hablamos de violencia, a este tipo de personas se le asocia la autoagresión y solo un 5% de los mismos presentan actos de este tipo (López et al., 2008)

El porcentaje de actos violentos atribuibles a patología mental es excepcional en relación a la violencia de la sociedad en general (Ruiz et al., 2012)

Según Ramos, A (2010), no puede hablarse únicamente de los síntomas y efectos que tiene una enfermedad mental. El tratamiento y la rehabilitación deben incluir el estigma como parte de él. Que una persona que sufre un TMS adquiera cierta habilidad para confrontar el estigma puede llegar a ser tan importante como que tome la medicación adecuada. Esto es debido a que el estigma afecta de forma directa al rol social de la persona, al igual que a la integración laboral del individuo. Dicho estigma alimenta las fuentes de infelicidad de la persona que tiene una enfermedad mental.

Tal y como señala el Libro Verde de la Salud Mental en Europa (2005) “Estas personas se topan con el miedo y los prejuicios de los demás, con frecuencia basados en una concepción distorsionada de lo que son las enfermedades mentales. La estigmatización, además de aumentar el sufrimiento personal y la exclusión social, puede impedir el acceso a la vivienda y el empleo, e incluso hacer que la persona afectada no busque ayuda por miedo a que se la etiquete”

Por lo consiguiente, uno de los principales planes de salud mental en los próximos años es luchar contra el estigma, ya que de una forma u otra, afecta a la persona que sufre la enfermedad, a los profesionales que la atienden, a los familiares y a la sociedad en general (Muñoz, et al 2009).

## **2.5 FAISEM y la lucha contra el estigma.**

Dentro de la comunidad autónoma de Andalucía, la atención a las personas que sufren un TMS se lleva a cabo por los servicios sanitarios/sociales y a través de una red de recursos de apoyo social que desarrolla FAISEM. Esta fundación tiene como objetivo primordial el desarrollo y la gestión de recursos de apoyo social a personas con dependencia y discapacidad derivada de padecer trastornos mentales severos.

El estigma es un fenómeno complejo con diversos factores implicados y bastante resistentes a los intentos de modificarlo de forma radical. Las posibilidades de controlar dicho fenómeno y sus nocivos efectos pasa más por intervenciones basadas en combinar la movilización y protesta social, la educación y principalmente la participación y el contacto directo con personas que padecen esta enfermedad y que pueden mostrar facetas de su vida que desmotan las simplificaciones del estigma.

Uno de los objetivos prioritarios de FAISEM es la lucha contra el estigma y la discriminación, considerando la lucha contra este negativo fenómeno social un componente central de los esfuerzos por apoyar la recuperación y ciudadanía de personas que sufren TMS. Por ello, las actividades que gestiona dicha asociación suponen contribuciones a esa lucha.

Esta asociación toma medidas para combatir ante este problema social. Una de ellas es el establecimiento de una red de recursos de apoyo para facilitar la vida en comunidad en áreas básicas como el alojamiento, el empleo y la vida cotidiana. De otra forma, sitúa sus recursos de manera integrada en los entornos sociales, facilitando así la interacción social de estas personas. Además, facilita la visibilidad de ellas en el ejercicio de roles sociales distintos del de enfermo mental, como por ejemplo, el empleo y las actividades culturales o deportivas.

Esta contribución general viene acompañada del desarrollo de actividades dirigidas a la lucha contra el estigma, por un lado, en el sector de la investigación, y por otro, en su integración en programas intersectoriales (FAISEM, 2015).

### **3. OBJETIVOS DEL ESTUDIO EVALUATIVO**

Objetivos generales:

- Evaluar las opiniones estereotipadas hacia enfermos mentales a partir de las opiniones mostradas por profesionales de este ámbito, jóvenes universitarios y enfermos mentales.
- Identificar las necesidades de cambio de la situación actual y proponer sugerencias para su mejora.

Objetivos específicos:

- Contextualizar la enfermedad mental.
- Conocer el avance que ha experimentado la atención a enfermos mentales.
- Comprobar en qué medida FAISEM rompe con los estereotipos hacia personas que sufren un TMS.
- Conocer la relación existente entre personas que sufren trastornos mentales graves y la exclusión social que reciben.

### **4. METODOLOGÍA**

Desde una perspectiva exploratoria, se evalúa el estigma existente en la sociedad hacia las personas que sufren un trastorno mental grave. Este trabajo se ubica en la Investigación evaluativa y por lo tanto en el paradigma para el cambio. La intención no es generalizar los resultados alcanzados, sino mostrar y explorar las opiniones de unos colectivos concretos: universitarios, personas que sufren TMS y profesionales. Se trata de una investigación que se organiza en torno a tres ejes de actuación interrelacionados.

Los instrumentos utilizados han sido la entrevista (Ver Anexo 1) y los cuestionarios (Ver Anexos 2 y 3). La entrevista nos ha permitido acercarnos a la realidad objeto de estudio desde la interpretación de las opiniones de los profesionales. Los cuestionarios, de carácter escalar, nos han permitido describir esta realidad desde la opinión de dos colectivos: universitarios y enfermos mentales usuarios de uno de los servicios de FAISEM.

## **4.1 Fuentes de información.**

### *4.1.1 Usuarios de un centro de día.*

Los participantes en este estudio fueron once usuarios de uno de los centros sociales (Centro de día) de FAISEM en la provincia de Granada. Entre ellos, 6 hombres y 4 mujeres con una edad media comprendida entre los 30 y 45 años.

El proceso de selección estuvo marcado por las capacidades funcionales de cada uno de ellos. El número de usuarios de este servicio es mayor, sin embargo, no todos ellos están capacitados para contestar al cuestionario debido a su enfermedad. Por ello, la educadora del centro, desde el principio consideró la exclusión de este proceso de recogida de información de aquellos que presentaban una patología más grave.

### *4.1.2 Profesionales de FAISEM.*

Los profesionales que han participado en este estudio han sido dos. En concreto, los dos monitores encargados de gestionar el centro social al que asisten los usuarios encuestados y en el que he realizado mis prácticas.

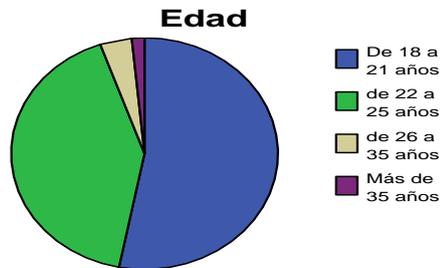
El acceso a los profesionales fue de manera pausada, teniendo en cuenta su disponibilidad. En este caso, la atención fue inmediata por parte de los dos monitores.

Es cierto que a este recurso acuden monitores de apoyo de forma semanal, pero el inconveniente, es que disponen del tiempo justo para dar el taller. Este ha sido el motivo por el cual no han accedido a contestar la entrevista.

### *4.1.3 Jóvenes universitarios.*

Los universitarios que han participado en el estudio son de varias titulaciones; inicialmente se consideró que centraríamos esta parte en la opinión de los estudiantes de Educación Social de la Universidad de Granada, por la importancia, como futuros profesionales, de sus opiniones y creencias sobre las posibilidades del colectivo de enfermos mentales. Sin embargo conforme avanzábamos en el trabajo consideramos la necesidad de incorporar a estudiantes de otros grados. Esto nos permitiría comparar la opinión de los estudiantes de Educación Social con los de otras titulaciones. La muestra

está compuesta por 130 universitarios de la universidad de Granada. El fácil acceso a ellos ha sido el criterio para la formación de esta muestra. El 60% son de Educación Social y el 40% de otras titulaciones. El 30% son hombres y el 70% mujeres y como muestra el siguiente gráfico una gran mayoría se encuentra entre los 18 y 21 años.



## 4.2 Estrategias de recogida de información.

### 4.2.1 Entrevista a profesionales de FAISEM.

Según Fontana y Frey (2005), “La entrevista cualitativa permite la recopilación de información detallada en vista de que la persona que informa comparte oralmente con el investigador aquello concerniente a un tema específico o evento acaecido en su vida”

La entrevista realizada a los profesionales ha sido estructurada.

Llevé a cabo un protocolo de preguntas que seguí con cierta rigidez. En este caso, también se trata de una entrevista grupal, ya que los dos profesionales fueron entrevistados en el mismo momento y la respuesta a cada pregunta fue mutua, es decir, una opinión compartida.

El propósito de esta entrevista ha sido conocer la opinión de los profesionales que trabajan con personas que sufren un trastorno mental grave sobre el estigma que se tiene hacia este colectivo.

La entrevista contiene 6 preguntas. Todas y cada una de ellas abarca el tema del estigma. Su propósito es reflexionar sobre cómo influye este en la rehabilitación, los principales estereotipos y prejuicios existentes, los obstáculos que este colectivo

encuentra a la hora de integrarse, la existencia de un auto estigma y la posible estigmatización de los profesionales.

La entrevista duró aproximadamente una hora. La actitud mostrada por los entrevistados fue muy positiva y colaboradora durante toda la entrevista.

#### *4.2.2 Cuestionarios a los usuarios.*

El cuestionario ha sido pasado a los usuarios del centro de día. Estos usuarios sufren un TMS.

Se trata de un cuestionario de tipo escalar con cuatro opciones que indican su grado de acuerdo con la afirmación expresada.

Esta escala, que recoge información sobre la experiencia subjetiva de estigma o el estigma internalizado por aquellos que padecen una enfermedad mental por el hecho de padecerla, consta de 29 ítems.

Estos ítems han sido clasificados en cinco grupos a través de los cuales se recoge información sobre el grado de acuerdo con una serie de estereotipos comunes, la percepción de la persona sobre el modo en el que es tratado por los demás, el aislamiento social que sufre y la resistencia que tiene hacia el estigma.

#### *4.2.3 Cuestionarios a universitarios.*

El cuestionario consta con 15 ítems, a través de los cuales se pretende conocer de forma directa el estigma que se tiene hacia personas que sufren un TMS. Para ello, las afirmaciones están diseñadas en relación con los estereotipos más comunes.

Estos ítems contienen una escala de cuatro opciones que indican el grado de acuerdo o desacuerdo con la afirmación.

Además, este cuestionario incluye tres variables independientes: edad, sexo y titulación.

En la siguiente tabla se muestran las estrategias de recogida de información, su objetivo, relación con las fuentes de información y una temporalización.

Estrategia	Características	Propósito	Fuente de información	Cronograma
Entrevista a profesionales.	Entrevista estructurada y dirigida.	Percepción de la situación. Opinión sobre el estigma hacia personas con TMS	Profesionales de FAISEM.	Desde el 27/05/2014 hasta el 28/05/2014
Cuestionario a personas con TMS.	Cuestionario escalar.	Caracterizar tanto el estigma como el estigma internalizado que produce una enfermedad mental.	Personas que sufren un TMS del centro social de Atarfe, recurso de FAISEM.	Desde el 11/05/2014 hasta el 12/05/2014
Cuestionario a universitarios.	Cuestionario escalar. Variables independientes: Sexo, edad y titulación.	Conocer la opinión de universitarios y su grado de discriminación.	Universitarios.	Desde el 02/06/2014 Hasta el 09/06/2014

### 4.3 Procedimientos de análisis de la información.

#### 4.3.1 *Análisis de la información recogida a través de las entrevistas.*

Los pasos llevados a cabo son los siguientes para el análisis de la información recogida a través de las entrevistas realizadas a los profesionales de FAISEM, han sido los siguientes:

- 1º Recogida de información.
- 2º Transcripción de las entrevistas.
- 3º Ordenación de la información.
- 4º Agrupar la información obtenida en categorías que concretan las ideas.
- 5º Relacionar las categorías obtenidas en el paso anterior.
- 6º Extracción de conclusiones.

El análisis de la información aportada por los profesionales entrevistados se realizó tomando como dimensiones de análisis las propias preguntas de la entrevista:

- ¿Cómo influye el estigma en la rehabilitación de la personas con enfermedad mental grave y duradera?
- ¿Cuáles son los principales estereotipos sobre las personas con enfermedad mental grave y duradera?
- ¿Cuáles son los prejuicios más frecuentes?
- ¿Son estigmatizadores los profesionales implicados en la atención?
- ¿Cuáles son los principales obstáculos para la integración de las personas con enfermedad mental grave y persistente?
- ¿Cree que existe auto estigma entre las personas con enfermedad mental grave?

#### 4.3.2 *Análisis de la información recogida a través de los cuestionarios.*

Sobre la información recogida a través de los cuestionarios se han realizado análisis estadísticos descriptivos básicos (porcentajes, media, moda y desviación típica). Estos análisis se han apoyado en el programa SPSS v.20.

## **5. RESULTADOS Y ANÁLISIS.**

- *Usuarios del centro de día. (Personas que sufren un TMS):*

Los resultados obtenidos (Ver anexo 4) en este cuestionario están divididos en cinco bloques.

Dentro del primer bloque, tratamos la experiencia subjetiva de sentirse menos que los demás. En este caso:

- Teniendo en cuenta el valor de la moda (1/4) y del porcentaje (63,7%), se puede afirmar que la gran mayoría están completamente en desacuerdo con la afirmación que pone de manifiesto que un enfermo mental se siente fuera de lugar en el mundo por su enfermedad.
- Por otro lado, se observa como el 55% piensa que su enfermedad ha echado a perder su vida.
- Una persona que no sufre un TMS no entiende a las personas que si lo sufren. Esta afirmación cuenta con un 82% de afirmación, puede verse en la moda, siendo el valor más repetido el 3: De acuerdo.

En el segundo bloque se trata el grado de acuerdo con los estereotipos asociados a la enfermedad mental. Los resultados son los siguientes:

- Un 81% no están de acuerdo con la afirmación de que los enfermos mentales suelen ser personas violentas, a su vez, un 73% no están de acuerdo en que no pueden aportar nada bueno a la sociedad.

En un tercer bloque nos encontramos con afirmaciones que evalúan la percepción de cómo se sienten ante los demás. De aquí encontramos las siguientes conclusiones:

- Un 55% piensan que son tratados como niños. Otro 55% opinan que se sienten mal hablando de si mismos, ya que creen ser una carga para los demás.

El cuarto bloque estudia el grado de aislamiento que sufren:

- Según muestra la moda (3/4) y el porcentaje, un 64% se socializa menos que antes de padecer la enfermedad por no quedar mal ante los demás o ser tratado como “raro”.

Por último, he considerado necesario analizar si consiguen resistir a verse afectados por el estigma. En este caso:

- Un 73% se siente cómodo al verse visto en público como una persona que sufre un TMS.
- Un 91% opinan que los enfermos mentales pueden hacer importantes contribuciones en la sociedad.

Como podemos observar, la gran mayoría se entienden entre ellos y dentro de lo normal tienen una autoestima alta. No obstante, cuando salen de su entorno, tienen miedo a ser mal vistos y mal tratados por los demás. Creen no ser entendidos y por ello se socializan lo mínimo. Por otro lado, comparten la idea de no ser violentos, de no sentirse fuera de lugar y a la vez sentirte cómodos al ser vistos como enfermos mentales. Pero eso sí, siempre y cuando sea dentro del mundo en el que ellos se mueven. A la vez, opinan que pueden hacer grandes contribuciones en la sociedad y no se avergüenzan de su enfermedad.

Se deben tener en cuenta en este estudio varias consideraciones. En primer lugar, se cuenta con una muestra reducida, por lo tanto los porcentajes deben ser vistos como algo subjetivo. Por otro lado, se trata de personas que sufren un trastorno mental, por

ello, la autoestima influye bastante. Además, son personas que están acudiendo a un centro social en el cual se lucha en contra de este estigma. Esto se muestra en los resultados obtenidos. Posiblemente si la encuesta la hubiesen realizado personas con un TMS sin recursos, los resultados serían completamente opuestos.

La influencia que pueden tener unos en los otros a la hora de contestar el cuestionario es un factor indispensable.

Otro aspecto a tener en cuenta es la reducida capacidad de atención que acompaña a los síntomas de una persona que sufre un TMS.

- *Profesionales de FAISEM.*

Como anteriormente se explica, el análisis de la información aportada por los profesionales entrevistados se realizó tomando como dimensiones de análisis las propias preguntas de la entrevista. A continuación se presentan los análisis de las respuestas dadas:

**Influencia del estigma en la rehabilitación:**

El concepto rehabilitación es considerado más un concepto clínico. Recuperación, sin embargo, es entendido como un proceso protagonizado y auto-guiado por la persona y le permite llegar a mantener una vida lo más autónoma posible con una integración plena en la sociedad, dotando a su día a día de sentido. “Lógicamente los prejuicios y estereotipos que se mantienen sobre las personas con TMG, son una barrera para esa integración y producen sobre las personas una baja autoestima y bloqueos a la hora de enfrentarse a su integración plena”. (PROF1)

**Estereotipos más frecuentes**

Fundamentalmente los referidos a la peligrosidad de las personas con TMG, su incapacidad para la integración, su poca utilidad social, etc. Eso en cuanto a los negativos, pero también actúan estereotipos positivos como los referidos a la "genialidad", al arte, etc.

**Prejuicios**

Además de los nombrados anteriormente, en el ámbito laboral se considera que van a rendir menos. Por otro lado, se cree que la enfermedad mental es incurable.

### **¿Son estigmatizadores los profesionales implicados en la atención?**

Pueden llegar a serlo. Hay distintos modelos de atención y grandes dificultades para ajustar recursos, necesidades de las personas y modelos de atención. Los problemas son muchos y variados, para empezar, el paradigma de recuperación no está lo suficientemente extendido, desde luego muy insuficientemente a nivel clínico donde la voz del "paciente" es poco escuchada. A nivel de atención psicosocial, la escasez de recursos hace agrupar a personas con muy distintas necesidades y expectativas vitales. El trabajo individualizado es difícil, por lo tanto, muchos recursos corren el riesgo de además de no ser suficientemente eficaces, fomentar el estigma social sobre los usuarios.

### **Principales obstáculos para la integración**

Las enfermedades asociadas al TMG hacen su aparición en un momento clave de la vida de las personas y en la mayoría de los casos con una gran afectación en los proyectos vitales de las mismas. Esta aparición rompe dinámicas de estudio, acceso al mundo laboral, relaciones sociales y afectivas, etc. El proceso de recuperación es muy difícil pues el objetivo es precisamente recuperar en todos estos ámbitos una vida más plena. Los obstáculos son varios, muchos tienen que ver con el propio trastorno, persistencia o no de la sintomatología positiva y/o negativa, afectación cognitiva, afectación somática, etc.

Otro nivel de obstáculos es la propia atención psiquiátrica y atención psicosocial que hay. Por último están los obstáculos sociales que son variados, lógicamente los prejuicios y estereotipos influyen mucho, pero también lo hacen otros factores, por ejemplo el acceso al mundo laboral es muy complicado. Influyen las propias protecciones laborales. Un ejemplo es el modelo laboral estadounidense, donde hay mucha facilidad para acceder a empleos de muy pocas horas semanales y para rotar en los mismos. Se están consiguiendo muy buenas experiencias de integración laboral en personas con TMG. En España, nuestras protecciones laborales impiden afortunadamente ese tipo de contrato, pero a la vez dificultan la integración laboral de personas con TMG, que probablemente, sí se adaptarían al entorno laboral.

También hay que tener en cuenta que los centros de rehabilitación son insuficientes, pues solo hay un 10% de necesidades cubiertas.

### **Autoestima**

Desafortunadamente existe un auto estigma. Este viene reflejado en la baja autoestima y la desesperación, lo cual conduce al suicidio.

“Las personas con un TMS tienen miedo a reconocerse como tales”. (PROF2)

- *Jóvenes universitarios de Granada.*

El análisis de la información aportada por los jóvenes universitarios (Ver Anexo 4.2) a través del cuestionario aplicado y centrándonos solo en algunos ítems, nos lleva a las siguientes consideraciones:

- Según el 77,7% de los universitarios encuestados, la enfermedad mental tan solo afecta a un porcentaje muy bajo de la población. El valor de la media (3) y el de la desviación típica (0,7) indican que la mayoría está de acuerdo con esta afirmación.
- Un 87% de los encuestados opinan que la enfermedad mental es una forma de retardo mental. En esta afirmación, la media ha sido un 3,4 y la desviación típica un 0,7. Con esto se puede afirmar que la gran mayoría han contestado que están de acuerdo.
- Como nos indica el valor de la moda (3) y el valor del porcentaje 85%, la mayoría de los universitarios que han contestado el cuestionario están de acuerdo con la afirmación relativa a que una persona que sufre un TMS tiene doble personalidad.
- Uno de los estereotipos más comunes en la enfermedad mental está altamente relacionado con la violencia. En este caso en concreto, un 90% de los participantes creen que un enfermo mental tiende a ser violento y agresivo.
- Como es evidente y se muestra en el resto de preguntas, el estigma es demasiado alto, por ello, un 65% no estarían dispuestos a contraer matrimonio con un enfermo mental. Esta cifra es algo curiosa, puesto que es relativamente baja en relación con el 90% que relacionan la enfermedad mental con la violencia.
- En relación al valor de la moda (2) y del porcentaje (75%) se puede decir que una alta mayoría no está de acuerdo con la afirmación de que un enfermo mental no podría hacer grandes contribuciones en la sociedad.

En estos resultados podemos observar como la mayoría de los universitarios comparten una ideología estereotipada acerca de las personas que sufren un trastorno mental severo.

## 6. CONCLUSIONES

Los propios enfermos mentales tienen una visión negativa de ellos mismos. Esto ocurre por la visión que la sociedad posee de ellos. Es evidente que ellos son conscientes de que muchas atribuciones que tienen no son para nada reales, tales como la alta relación con la violencia o la incapacitación de llevar una vida normal. Sin embargo, se sienten aislados y discriminados por el resto de la sociedad, algo que influye altamente en su integración social.

Por otro lado, los profesionales de este ámbito comparten la existencia de un estigma generalizado. A pesar de ello luchan por superarlo y conseguir una integración plena.

La opinión de los universitarios es muy negativa. Esto ocurre por la poca implicación que tienen en el tema y por el desconocimiento social acerca de la enfermedad mental.

Consideramos necesario luchar en contra de todas estas opiniones para poder eliminarlas y que una persona que sufre un TMS pueda integrarse plenamente en la sociedad y ser tratado como alguien “normal”. Para ello, sería necesaria una mayor educación e información sobre dicho colectivo, los medios de comunicación deberían estar implicados, debería existir una mayor formación laboral y posibilidad de acceso, y por supuesto, deberían ser integrados en múltiples actividades para que la sociedad deje de verlos como seres “raros”.

Después de toda la implicación en esta investigación, nos atrevemos a decir, que solo cuando estas inmerso en un problema eres capaz de dejar los prejuicios de lado. Para poder hablar, es necesario saber.

Para concluir nos gustaría resaltar la importancia de la Educación Social en este ámbito, ya que detrás del problema clínico, existe un problema social y educativo y éste, sin ayuda, no se rehabilita.

## 7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agost, M. R., & Libertad, A. (2012). Acercamiento al papel de los procesos de exclusión social y su relación con la salud. *Revista Cubana de salud pública*, 38(1).
- FAISEM. (2012). *Soportes para la ciudadanía: los programas de apoyo social a personas con trastornos mentales graves en Andalucía*. Sevilla: Fundación Pública Andaluza para la integración social de personas con enfermedad mental.
- FAISEM. (2015). *Fundación pública andaluza para la integración social de personas con enfermedad mental*. Obtenido de <http://www.faisem.es/index.php/es/programas/lucha-contra-el-estigma>
- Gabaldón, A., & López, D. (2013). Riesgos de la exclusión social. En C. Plumed Moreno, *Ética y modelos de atención a las personas con trastorno mental grave*. (págs. 95-110). Madrid: Universidad Pontificia Comillas: Fundación Juan Ciudad.
- González, E. (2000). De la psiquiatría a la Salud mental. *Revista de la asociación española de neuropsiquiatría*, XX(74), 249-260.
- López, M., Laviana, M., Fernández, L., López, A., Rodríguez, A. M., & Aparicio, A. (2008). La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Revista de Asociación Española de Neuropsiquiatría.*, XXVIII(101), 43-83.
- Mena Jiménez, Á. L., Bono del Trigo, Á., López Pardo, A., & Díaz del Peral, D. (2010). Reflexiones en torno a la sensibilización de medios de comunicación sobre el estigma de enfermedad mental. *Revista de asociación española neuropsiquiatría.*, 30(108), 597-611.
- Muñoz, M., Pérez, E., Crespo, M., & Isabel., G. A. (2009). *Estigma y enfermedad mental. Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental*. Madrid.: Editorial complutense, S.A.
- OMS. (Diciembre de 2013). *Salud mental: un estado de bienestar*. Obtenido de [http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/es/](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/)
- Prieto, A. (2002). Salud mental: situación y tendencias. *Revista de salud pública*, 4(1).
- Ramos Montes, J. (2013). Salud mental, prevención y trastornos mentales graves y persistentes. El concepto de discapacidad. En C. Pumed Moreno, *Ética y modelos de atención a las personas con trastorno mental grave*. (págs. 43-59). Madrid: Universidad Pontificia Comillas: Fundación Juan Ciudad.
- Ramos, A. (2010). *Stop al estigma sobre la enfermedad mental*. Alicante: Editorial club universitario.
- Ramos, J. (2013). La reforma psiquiátrica y la organización asistencial. ¿Hacia dónde vamos? En C. Plumed Moreno, *Ética y modelos de atención a las personas con trastorno mental grave* (págs. 61-68). Madrid: Universidad Pontificia Comillas: Fundación Juan ciudad.
- Restrepo, D. A., & Jaramillo, J. C. (2012). Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública. *Revista facultad nacional de salud pública*, 30(2).

Ruiz, M. Á., Montés, J. M., Correas, J., Álvarez, C., Jorge, M., & 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*, 98-106.

## **8. ANEXOS**

### ***8.1 Entrevista pasada a los profesionales del centro de día, un recurso de FAISEM:***

¿Cómo influye el estigma en la rehabilitación de las personas con enfermedad mental grave y duradera?

¿Cuáles son los principales estereotipos sobre las personas con enfermedad mental grave y duradera?

¿Cuáles son los prejuicios más frecuentes?

¿Son estigmatizadores los profesionales implicados en la atención?

¿Cuáles son los principales obstáculos para la integración de las personas con enfermedad mental grave y persistente?

¿Cree que existe auto estigma entre las personas con enfermedad mental grave?

## 8.2 Cuestionarios a los usuarios del Centro de Día.

Indique su grado de acuerdo con las siguientes afirmaciones; tenga en cuenta que:

1: Muy en desacuerdo, 2: En desacuerdo, 3: De acuerdo, 4: Muy de acuerdo.

	1	2	3	4
Me siento fuera de lugar en el mundo, porque tengo una enfermedad mental.				
Tener una enfermedad mental ha echado a perder mi vida.				
Las personas sin enfermedad mental posiblemente no me entiendan.				
Estoy avergonzado por tener una enfermedad mental.				
Estoy decepcionado de mí mismo por tener una enfermedad mental.				
Me siento inferior ante los que no tienen una enfermedad mental.				
Los estereotipos sobre los enfermos mentales se aplican a mí.				
Solo con verme la gente puede decir que tengo una enfermedad mental.				
Los enfermos mentales tienden a ser violentos				
Por tener una enfermedad mental, necesito a los demás para tomar decisiones.				
Las personas con enfermedad mental no pueden vivir una vida buena y gratificante				
Los enfermos mentales no deberían casarse				
No puedo aportar nada a la sociedad porque tengo una enfermedad mental				
La gente me discrimina por tener una enfermedad mental.				
Los demás piensan que no puedo lograr mucho en la vida solo porque tengo una enfermedad mental.				
La gente me ignora o me toma menos en serio simplemente porque tengo una enfermedad mental.				
La gente a menudo me trata como un niño, sólo porque tengo una enfermedad mental.				
Nadie estaría interesado en acercarse a mí porque tengo una enfermedad mental.				
Yo no hablo de mí mismo porque no quiero ser una carga para los demás con mi enfermedad mental.				
No me socializo tanto como solía porque mi enfermedad podría hacerme quedar mal o comportarme como alguien 'raro'.				
Los estereotipos negativos sobre las enfermedades mentales me mantienen aislado del mundo "normal".				
Me mantengo alejado de situaciones sociales para proteger a mi familia o a mis amigos de la vergüenza que esto pueda causarle.				

Estar rodeado de personas que no tienen una enfermedad mental me hace sentir fuera de lugar.				
Evito acercarme a las personas que no tienen una enfermedad mental para evitar el rechazo.				
Me siento cómodo al ser visto en público como una persona con una enfermedad mental.				
En general, soy capaz de vivir la vida de la manera que quiero				
Yo puedo tener una buena vida a pesar de mi enfermedad mental.				
Las personas con enfermedad mental hacen importantes contribuciones a la sociedad.				
Vivir con una enfermedad mental me ha hecho ser un gran superviviente.				

### 8.3 Cuestionario pasado a jóvenes universitarios de la universidad de Granada.

En mi Trabajo Fin de Grado de Educación Social estoy realizando un estudio sobre las opiniones que los estudiantes universitarios tenemos sobre los enfermos mentales. Por ello te solicito que cumplimentes este cuestionario que no te llevará más de 10 minutos. Muchas gracias.

EDAD: SEXO:TITULACIÓN:

Indica en qué medida estás de acuerdo con las siguientes afirmaciones. Ten en cuenta que:

<b>1</b>	<b>Estoy completamente en desacuerdo</b>
<b>2</b>	<b>En desacuerdo</b>
<b>3</b>	<b>De acuerdo</b>
<b>4</b>	<b>Estoy completamente de acuerdo</b>

	1	2	3	4
1. Las enfermedades mentales interfieren tanto que impiden llevar una vida normal.				
2. Tener un familiar con una enfermedad mental implica una elevada carga familiar.				
3. Las enfermedades mentales afectan a un porcentaje muy bajo de población.				
4. Una enfermedad mental es una forma de retardo mental.				
5. Una persona que padece una enfermedad mental tiene doble personalidad.				
6. Los enfermos mentales son violentos y agresivos.				
7. Una persona que sufre esta enfermedad es impredecible debido a sus alucinaciones.				
8. Los enfermos mentales deben estar hospitalizados.				
9. Una persona con enfermedad mental es vaga.				
10. Solo con el aspecto físico podemos reconocer si una persona sufre una enfermedad mental,				
11. Los enfermos mentales se comportan a menudo como niños pequeños.				
12. Convivir con un enfermo mental me daría miedo.				
13. Pienso que los enfermos mentales pueden hacer grandes aportaciones en la sociedad.				
14. Un enfermo mental debería estar interno para no producir daños en la sociedad.				
15. No me importaría casarme con una persona que sufre alguna enfermedad mental.				

#### 8.4 Resultados de los cuestionarios.

- *Análisis de las respuestas de usuarios.*

Teniendo en cuenta que 1: Muy en desacuerdo y 4: Muy de acuerdo.

	<b>PORCENTAJES (Valores en porcentajes)</b>	1	2	3	4
1	Me siento fuera de lugar en el mundo, porque tengo una enfermedad mental.	45,5	18,2		36,6
2	Tener una enfermedad mental ha echado a perder mi vida.	27,3	18,2	18,2	36,4
3	Las personas sin enfermedad mental posiblemente no me entiendan.	18,2		63,6	18,2
4	Estoy avergonzado por tener una enfermedad mental.	36,6	18,2	18,2	27,3
5	Estoy decepcionado de mí mismo por tener una enfermedad mental.	45,5	9,1	27,3	18,2
6	Me siento inferior ante los que no tienen una enfermedad mental.	36,6	18,2	36,4	9,1
7	Los estereotipos sobre los enfermos mentales se aplican a mí.	9,1	63,6	9,1	18,2
8	Solo con verme la gente puede decir que tengo una enfermedad mental.	45,5	9,1	18,2	27,3
9	Los enfermos mentales tienden a ser violentos	72,7	9,1	9,1	9,1
10	Por tener una enfermedad mental, necesito a los demás para tomar decisiones.	27,3	18,2	27,3	27,3
11	Las personas con enfermedad mental no pueden vivir una vida buena y gratificante	36,4	27,3	18,2	18,2
12	Los enfermos mentales no deberían casarse	27,3	27,3	27,3	18,2
13	No puedo aportar nada a la sociedad porque tengo una enfermedad mental	36,4	36,4	9,1	18,2
14	La gente me discrimina por tener una enfermedad mental.	18,2	27,3	27,3	27,3
15	Los demás piensan que no puedo lograr mucho en la vida solo porque tengo una enfermedad mental.	36,6	18,2	18,2	27,3
16	La gente me ignora o me toma menos en serio simplemente porque tengo una enfermedad mental.	27,3	36,4	9,1	27,3

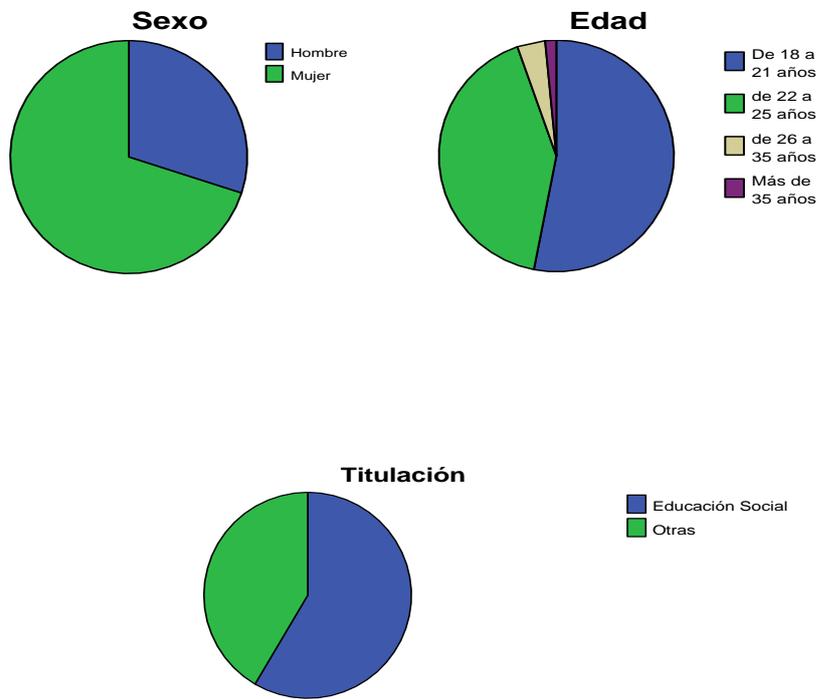
17	La gente a menudo me trata como un niño, sólo porque tengo una enfermedad mental.	36,4	18,2	18,2	27,3
19	Yo no hablo de mí mismo porque no quiero ser una carga para los demás con mi enfermedad mental.	27,3	18,2	45,5	9,1
20	No me socializo tanto como solía porque mi enfermedad podría hacerme quedar mal o comportarme como alguien 'raro'.	18,2	18,2	45,5	18,2
21	Los estereotipos negativos sobre las enfermedades mentales me mantienen aislado del mundo "normal".	9,1	27,3	36,4	27,3
22	Me mantengo alejado de situaciones sociales para proteger a mi familia o a mis amigos de la vergüenza que esto pueda causarle.	18,2	45,5	27,3	9,1
23	Estar rodeado de personas que no tienen una enfermedad mental me hace sentir fuera de lugar.	36,6	27,3	27,3	9,1
24	Evito acercarme a las personas que no tienen una enfermedad mental para evitar el rechazo.	45,5	27,3	18,2	9,1
25	Me siento cómodo al ser visto en público como una persona con una enfermedad mental.	9,1	18,2	36,4	36,4
26	En general, soy capaz de vivir la vida de la manera que quiero	30	20	30	20
27	Yo puedo tener una buena vida a pesar de mi enfermedad mental.	9,1	27,3	45,5	18,2
28	Las personas con enfermedad mental hacen importantes contribuciones a la sociedad.		9,1	45,5	45,5
29	Vivir con una enfermedad mental me ha hecho ser un gran superviviente.	18,2	27,3	36,4	18,2

	<b>Valores de la MODA</b>	1	2	3	4
1	Me siento fuera de lugar en el mundo, porque tengo una enfermedad mental.	X			
2	Tener una enfermedad mental ha echado a perder mi vida.				X
3	Las personas sin enfermedad mental posiblemente no me entiendan.			X	
4	Estoy avergonzado por tener una enfermedad mental.	X			

5	Estoy decepcionado de mí mismo por tener una enfermedad mental.	X			
6	Me siento inferior ante los que no tienen una enfermedad mental.	X			
7	Los estereotipos sobre los enfermos mentales se aplican a mí.		X		
8	Solo con verme la gente puede decir que tengo una enfermedad mental.	X			
9	Los enfermos mentales tienden a ser violentos	X			
10	Por tener una enfermedad mental, necesito a los demás para tomar decisiones.	X			
11	Las personas con enfermedad mental no pueden vivir una vida buena y gratificante	X			
12	Los enfermos mentales no deberían casarse	X			
13	No puedo aportar nada a la sociedad porque tengo una enfermedad mental	X			
14	La gente me discrimina por tener una enfermedad mental.		X		
15	Los demás piensan que no puedo lograr mucho en la vida solo porque tengo una enfermedad mental.	X			
16	La gente me ignora o me toma menos en serio simplemente porque tengo una enfermedad mental		x		
17	La gente a menudo me trata como un niño, sólo porque tengo una enfermedad mental.	X			
18	Nadie estaría interesado en acercarse a mí porque tengo una enfermedad mental.		X		
19	Yo no hablo de mí mismo porque no quiero ser una carga para los demás con mi enfermedad mental.			X	
20	No me socializo tanto como solía porque mi enfermedad podría hacerme quedar mal o comportarme como alguien 'raro'.			X	
21	Los estereotipos negativos sobre las enfermedades mentales me mantienen aislado del mundo "normal".			X	

22	Me mantengo alejado de situaciones sociales para proteger a mi familia o a mis amigos de la vergüenza que esto pueda causarle.		X		
23	Estar rodeado de personas que no tienen una enfermedad mental me hace sentir fuera de lugar.	X			
24	Evito acercarme a las personas que no tienen una enfermedad mental para evitar el rechazo.	X			
25	Me siento cómodo al ser visto en público como una persona con una enfermedad mental.			X	
26	En general, soy capaz de vivir la vida de la manera que quiero	X			
27	Yo puedo tener una buena vida a pesar de mi enfermedad mental.			X	
28	Las personas con enfermedad mental hacen importantes contribuciones a la sociedad.			X	
29	Vivir con una enfermedad mental me ha hecho ser un gran superviviente.			X	

- *Análisis de las respuestas de universitarios.*



<b>PORCENTAJES</b> (Valores en porcentajes)	1	2	3	4
1. Las enfermedades mentales interfieren tanto que impiden llevar una vida normal.	20	23,8	43,8	12,3
2. Tener una enfermedad mental implica una elevada carga familiar.	13,8	45,4	33,8	6,9
3. Las enfermedades mentales afectan a un porcentaje muy bajo de población.	3,1	19,2	50,0	27,7
4. Una enfermedad mental es una forma de retardo mental.	2,3	10	20,8	66,9
5. Una persona que padece una enfermedad mental tiene doble personalidad.		14,6	23,8	61,5
6. Los enfermos mentales son violentos y agresivos.	2,3	6,9	36,9	53,8
7. Una persona que sufre esta enfermedad es impredecible debido a sus alucinaciones.	3,8	18,5	35,4	42,2
8. Los enfermos mentales deben estar hospitalizados.		6,2	40	53,8
9. Una persona con enfermedad mental es vaga, por lo tanto no trabaja.	2,3	1,5	13,1	83,1
10. Solo con el aspecto físico podemos reconocer si una persona sufre una enfermedad mental,	2,3	6,2	21,5	91,5
11. Los enfermos mentales se comportan a menudo como niños pequeños.	3,1	14,6	46,9	35,4
12. Convivir con un enfermo mental me daría miedo.	3,8	9,2	40,8	46,2
13. Pienso que los enfermos mentales pueden hacer grandes aportaciones en la sociedad.	29,2	45,4	20,8	4,6
14. Un enfermo mental debería estar interno para no producir daños en la sociedad.	2,3	2,3	29,2	66,2
15. No me importaría casarme con una persona que sufre alguna enfermedad mental.	5,4	32,2	36,2	26,2

### ***8.5 Recursos para responder a las necesidades de los enfermos mentales.***

La sociedad cuenta con una diversidad de enfoques para trabajar con enfermos mentales graves, destacando los cinco más utilizados y a la vez más importantes: Tratamientos biológicos, Psicoterapia, Aislamiento y contención, terapia ocupacional y cuidados de enfermería. (FAISEM, 2012)

A la introducción de los psicofármacos le siguió un elevado número de fármacos que han ocasionado un aumento en los beneficios, los riesgos y los costes. Dentro de los tratamientos biológicos existen tres utilizados en la actualidad: La psicofarmacología, la terapia electro convulsiva y la psicocirugía.

- Tratamientos psicofarmacológicos: se denomina psicofármaco a toda sustancia química que altera el comportamiento, percepción, humor y funciones mentales por su acción en el Sistema Nervioso Central. Estos han aportado importantes cambios, mejorando la calidad de vida, reduciendo los síntomas, la proporción de recaídas y alargando el periodo de síntomas entre episodios, conduciéndoles así, a una mayor integración en el medio laboral y social.

Antes de iniciar este tratamiento es necesaria la realización de una historia clínica, de un examen físico y de las pruebas de laboratorio necesarias, además, es de vital importancia el consentimiento del paciente tras haberle dado toda la información necesaria.

- La terapia electro convulsiva: en el tratamiento electro convulsionante utilizaron el paso de una corriente eléctrica de 100 voltios entre dos electrodos colocados en las zonas fronto-temporales, durante unas décimas de segundo, logrando así crisis convulsivas que dan lugar a la pérdida de consciencia desde el primer instante. Esta técnica fue denominada electro-choque.

A pesar del avance de distintos tratamientos, es sorprendente que esta siga siendo de utilidad e incluso en determinadas ocasiones sea de elección. Esta terapia ha demostrado ser más eficaz en el tratamiento de trastornos afectivos que en la esquizofrenia.

- Psicocirugía: esta técnica es de uso bastante restringido, con indicaciones precisas y delimitadas. Los pacientes que se benefician padecen trastornos tales como neurosis obsesivo-compulsiva, depresión o ansiedad, anorexia nerviosa...

todos ellos de excepcional gravedad y que no han obtenido mejoría con otro tipo de tratamientos.

Otro tipo de enfoque es la psicoterapia. Se trata de un tratamiento de naturaleza psicológica que, a partir de manifestaciones psíquicas o físicas del malestar humano, promueve un cambio en el comportamiento, la adaptación al entorno, la salud tanto física como psíquica y el bienestar de las personas.

Se trata de un proceso de comunicación entre un psicoterapeuta y la persona que acude a consultarlo. Es una relación asimétrica ya que el profesional aporta sus conocimientos y el paciente su dolor y deseo de cambio.

Aislamiento y contención son otro enfoque a la hora de tratar a enfermos mentales. Estas técnicas se aplican en hospitales psiquiátricos, generalmente en pacientes que presentan conductas heteroagresivas. Son eficaces para prevenir lesiones.

Se entienden por contención física al uso de un dispositivo físico para restringir los movimientos de una parte del cuerpo con el objetivo de prevenir las actividades físicas que pueden poner en situación de riesgo de lesión al paciente o a las personas de su entorno.

Desde un punto de vista ético, se trata de una medida de urgencia que debe utilizarse como último recurso.

Es de elevada importancia además, utilizar la terapia ocupacional, siendo esta una disciplina sociosanitaria que evalúa la capacidad de las personas para desempeñar actividades de la vida cotidiana. Su intervención tiene lugar cuando dicha capacidad está en riesgo por cualquier causa. Mediante esta técnica el paciente adquiere conocimientos, destrezas y actitudes necesarias para desarrollar las tareas cotidianas y alcanza la máxima autonomía posible.

Por último, tratar con enfermos mentales requiere la presencia de cuidados de enfermería. Este personal juega un papel importante debido al contacto tan cercano que tiene con los pacientes y a su elevada capacidad para entrelazar la ciencia con la dimensión humana, con el único fin de servir de una mejor forma al individuo, la familia y a la comunidad. (FAISEM, 2012)