



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

Diseño de un programa de prevención para la
reducción del estigma hacia las enfermedades
mentales en adolescentes

Autor/es

Sara Climent Arroyo

Director/es

Amanda Díaz García

Grado en Psicología
Año 2021



Facultad de
Ciencias Sociales
y Humanas - Teruel
Universidad Zaragoza

“La salud mental necesita una gran cantidad de atención. Es un gran tabú final y tiene que ser encarado y resuelto” - (Ant, 2011)

Índice

1. Resumen.....	1
2. Introducción.....	1
3. Fundamentación teórica.....	3
4. Objetivos.....	6
5. Metodología.....	7
a. Beneficiarios.....	7
b. Instrumentos.....	7
c. Procedimiento.....	8
d. Descripción del programa de prevención.....	9
6. Recursos.....	14
7. Evaluación.....	15
8. Resultados esperados.....	15
9. Conclusiones.....	16
10. Referencias bibliográficas.....	18
11. Anexos.....	22

Resumen

Este documento presenta un programa de prevención sobre la estigmatización y discriminación hacia las enfermedades mentales en alumnos del instituto IES Murillo. Es un tema relevante ya no solo por su actualidad, sino porque esta discriminación afecta a diversas áreas de la vida de las personas con problemas mentales que tratan de esforzarse en ser vistos sin ninguna distinción.

Se medirá y analizará en adolescentes cuál es su grado de estigma social y sus pensamientos y prejuicios hacia personas que tienen algún tipo de enfermedad mental mediante el uso del cuestionario AQ-27. El programa contiene nueve sesiones en las que se trabajarán aspectos como los mitos o etiquetas, falsas creencias, la asociación de violencia y enfermedad difundida por los medios de comunicación y la adopción de estrategias. Con ello, se espera, tras la aplicación del programa, la sensibilización de los adolescentes hacia la enfermedad mental.

Palabras clave: *enfermedad mental, estigma, discriminación, intervención*

Abstract

This work presents a prevention program on stigmatization and discrimination towards mental illnesses in students of the IES Murillo Institute. It is a relevant issue not only because of its topicality, but because this discrimination affects in some parts of people's lives with mental problems who make an effort to be seen without any distinction.

The degree of social stigma and their thoughts and prejudices towards people who have mental illness will be measured and analyzed using the AQ-27 questionnaire. The program contains nine sessions in which aspects such as myths or labels, false beliefs, the association of violence and disease disseminated by the media and the adoption of strategies will be treated. The program is expected to result in more sensitization of adolescents towards mental illness after the application of the program.

Key words: *mental illness, discrimination, intervention*

Introducción

‘Desdoro, afrenta, mala fama’, ‘Lesión orgánica o trastorno funcional que indica enfermedad constitucional y hereditaria’, pero también, ‘Marca impuesta con hierro candente, bien como pena infamante, bien como signo de esclavitud’; de estas maneras define la Real Academia Española la palabra ‘estigma’ (Real Academia Española, sf., definición 2, 6, 4). Aunque siempre ha existido el prejuicio, debido a

los medios de comunicación y al mundo globalizado en el cual vivimos, el estigma social hacia personas con algún trastorno se ha visto incrementado en los últimos años y de una forma compleja y peligrosa.

Ya en 2015, el Libro Verde sobre la Salud Mental de la Unión Europea exponía entre sus más importantes propuestas la completa integración en sociedad de las personas que padecieran alguna enfermedad mental, poniendo la problemática de la estigmatización en el punto de mira mundial.

Puestos de trabajo, círculos sociales, familiares o educativos son distintas áreas donde estas personas luchan por deshacerse de los prejuicios y lograr ser uno más, sin distinciones. La Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad vio la luz en 2006 de la mano de la ONU, siendo un antes y un después en el reconocimiento de la plenitud de derechos de los discapacitados en los distintos aspectos de sus vidas, haciendo especial mención a las barreras de todo tipo a las que se enfrentan cada día.

Los medios de comunicación han contribuido y contribuyen cada día a un seguimiento de dudosa ética en cuanto al tratamiento del tema en cuestión. Una rápida búsqueda en Google noticias con las palabras ‘Esquizofrenia España’ da lugar a los siguientes titulares inmediatos:

‘Juicio a los padres que acabaron con la vida de sus dos niños en un ritual en España’ – Espanadiario.net

‘Casi el 70% de menores entre 14 y 17 años ve muy fácil obtener cannabis’ – Lavanguardia.com

‘Así es la esquizofrenia, el grave trastorno mental del hombre que ha enviado una navaja a Maroto’ – Elespanol.com

Aun con numerosos estudios en este campo de investigación y el ímpetu de muchos estudiosos que buscan hacer frente a esta problemática social que se ve perpetuada por actos y expresiones -con otros sectores dando la espalda- este análisis propone una indagación de respuestas específicas: comprobar en adolescentes cuál es su grado de estigma social hacia personas que tienen algún tipo de enfermedad mental e indagar en sus pensamientos y prejuicios, valorando sus recelos, aprensiones y razonamiento hacia las mismas.

Otros estudios como *Estigma y enfermedad mental* de Ainara Muñoz y José Uriarte (2006), *La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental: Una estrategia compleja basada en la información disponible* de Marcelino López et al.

(2008) o *Estigma hacia los trastornos mentales: características e intervenciones* de Franco Tapia et al. (2015), han intentado dilucidar dudas en esta materia y abrir nuevas sendas de averiguación.

Combatir el estigma con educación, detectar la raíz del problema y situar a las futuras generaciones en el camino adecuado en este sendero es un deber.

Fundamentación teórica

Según la OMS, la salud mental es un estado de bienestar que permite al individuo realizar sus competencias, hacer frente a la presión normal de la vida, trabajar productiva y fructíferamente y realizar contribuciones significativas a sus comunidades.

En el documento de la OMS de 2004 *Invertir en salud mental* se enuncian algunos datos acerca de esta problemática, entre ellos, que cuatrocientas cincuenta millones de personas tienen un trastorno mental o del comportamiento; además de los costos sociales y de salud, donde las personas afectadas por enfermedades mentales son víctimas de la violación de los derechos humanos, la estigmatización y la discriminación dentro y fuera de las instituciones psiquiátricas.

Asimismo, una de cada cuatro personas padecerá un trastorno mental en su vida, según estudios publicados por la OMS en 2021, y se estima que una de cada cuatro familias en el mundo posee un miembro de la misma con algún trastorno mental o del comportamiento (Saraceno, 2004).

La encuesta nacional de salud ENSE, llevada a cabo por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar junto con el Instituto Nacional de Estadística, obtuvo en el año 2017 en España que uno de cada diez adultos y uno de cada cien niños tiene un problema de salud mental.

Estudios como los de Arnaiz y Uriarte (2006), reflejan cómo en los últimos años las actitudes estigmatizadoras hacia las enfermedades mentales han ido creciendo, siendo los medios de comunicación una gran influencia negativa.

Del mismo modo, el estigma percibido por parte de personas con una enfermedad mental es una barrera invisible que influye negativamente en su proceso de recuperación (Cazzaniga y Suso, 2015), y estas tienen que hacer frente a un doble problema, no solo lidiar con los síntomas de la propia enfermedad (como, por ejemplo, la ansiedad), sino también con la discriminación que sufren por parte de la sociedad. Todo esto provoca un efecto negativo, ya que puede generar complicaciones en su recuperación llegando a padecer autoestigma, aceptando los

prejuicios de la gente y perdiendo la confianza en ellos mismos (Rusch et al., 2005), tanto a la hora de encontrar trabajo como de hacer amistades o de recibir ingresos razonables (Corrigan, 2002).

Goffman (2016) define como estigma a un atributo que desacredita severamente a las personas considerándolas casi inhumanas. Las fuentes de estigma hacia las enfermedades mentales se encuentran en la familia, comunidad, amigos, medios de comunicación y profesionales de la salud (Sánchez Castillo, 2016). Con el término estigma nos referimos a un conjunto de actitudes, que suelen ser de carácter negativo, que un determinado grupo social tiene con otro grupo minoritario en referencia de que este último tiene un determinado rasgo o marca el cual los identifica (López et al., 2008)

Heather Stuart contribuyó a realizar un programa para reducir el estigma en 2005, basándose en el programa de anti-estigma de la asociación global de psiquiatría mundial, apoyando la idea de crear programas de diversidad reflejando a las personas con enfermedades mentales como un grupo discriminado (Angermeyer et al., 2005).

No se debe olvidar que los medios de comunicación y las películas llevan implícitos conceptos erróneos sobre las personas con enfermedades mentales, definiéndolos como personas rebeldes o peligrosas por lo que deben ser evitadas (Hyler et al., 1991). Por eso también se pretende en este programa definir de una forma clara y correcta lo que significa tener una enfermedad mental y fomentar el visionado de material que así lo refleje.

Estudios como los de Florez (2003) y Watson, Ottati, Corrigan (2003) reflejan cómo la enfermedad mental está fuertemente asociada a la violencia; de forma que una persona con una enfermedad mental como la esquizofrenia es más probable que realice de forma habitual o eventual actos violentos. Así está presente en los medios de comunicación, los cuales más que informar, utilizan mensajes morbosos y sensacionalistas indicando, si es una noticia de carácter violento, que el autor tiene una enfermedad mental (Rodríguez, 2016).

Rodríguez insiste en “el potencial de los medios para promover la salud mental, mejorando los niveles de educación, sensibilización y conocimiento de la población, es evidente para todos los colectivos involucrados en esta área (Rodríguez, 2016, p. 74).

Manuel Muñoz et al. (2011) concluyeron en su investigación que mientras la prensa escrita cada vez informa de mejor manera los trastornos mentales, la televisión junto con sus programas de sucesos continúa estereotipando el discurso de la peligrosidad e impredecibilidad. La radio, por otro lado, se caracteriza por ofrecer información errónea con matices estigmatizantes.

Además, algunos autores investigaron el uso del término esquizofrenia por parte de la prensa, los cuales muestran como un elevado porcentaje de noticias vincula la esquizofrenia con actos delictivos (Álvarez et al., 2015; Boke et al., 2007).

Lucía Iglesias (2018) resalta en su investigación sobre el tratamiento de los trastornos por parte de los medios que pocas veces estos son utilizados para dar voz a resultados de investigaciones, divulgación científica, tratamientos o noticias positivas, sino todo lo contrario: una tendencia exagerada a contar historias negativas sobre estos, perpetuando la misma concepción errónea.

En el presente estudio, se pretende desarrollar un programa de prevención para la reducción del estigma hacia las enfermedades mentales en adolescentes. Para ello se ha elegido un instituto porque se considera que los adolescentes presentan mayor vulnerabilidad dentro de la población, ya que las actitudes negativas empiezan a ser visibles en esta edad (Brendgen et al., 2002). Es importante intervenir en edades tempranas para que reconozcan de forma clara la enfermedad mental, tratándola objetivamente y sin prejuicios. Se considera por tanto, que este análisis sobre los prejuicios y estigmas de los jóvenes tendrá bastante efectividad en un instituto; así lo reflejan (Devis et al., 2016) en el proyecto “*What’s up! Com vas de salut mental*” de la organización obertament, que mostró tener bastante efectividad a medio y corto plazo en los alumnos de institutos de Cataluña donde se llevaron a cabo las sesiones.

La educación es uno de los campos más importantes en cualquier construcción social. Por ello, concienciar y trabajar con los jóvenes es fundamental para incluir una visión libre de estigmas de la salud mental en sus experiencias educativas (Valdés, 2017).

La web de la Estrategia Andaluza contra el estigma en salud mental, llamada *1 de cada 4*, busca la sensibilización y la lucha contra el estigma, siendo uno de sus principales proyectos *Lo hablamos*. Con él, se pretende sembrar el cambio en

adolescentes para la consecución de una relación y convivencia que se ajuste a los parámetros de la igualdad y sin discriminación.

Jimena Cazzaniga Pesenti y Anabel Suso Araico (2015) reflexionan en su estudio para la Confederación de Salud Mental en España sobre cómo para cada caso de lucha contra estigmas en las diversas áreas se necesita un enfoque diferente, desde actuaciones de carácter político en forma de lobby hasta la formación y educación de las personas.

También hacen referencia a que:

Todas las actuaciones que se planteen para lograr el objetivo de minimizar el estigma y sensibilizar a la sociedad pasa por el empoderamiento de las personas afectadas por un trastorno mental. Hablar en primera persona, que se escuche la voz de los que sufren la discriminación, es la forma más efectiva de sensibilizar y visibilizar el trastorno mental y la realidad de las personas afectadas por un problema de salud mental. Y unido al empoderamiento y a dar voz Estudio “Salud mental e inclusión social. Situación actual y recomendaciones contra el estigma” 101 a las personas con enfermedad mental, está el fomento del contacto social, una estrategia clave de erradicación del estigma. (p.100)

Objetivos

El objetivo general de este programa de prevención es reducir al máximo posible los prejuicios y estereotipos hacia las enfermedades mentales a través de la psicoeducación. La hipótesis que se plantea es que los alumnos que reciban el programa experimenten un cambio de actitudes y una reducción del estigma en comparación con el grupo que no lo recibe. Además, se establecen cinco objetivos específicos:

1. Desmentir mitos sobre las personas con una enfermedad mental
2. Analizar los prejuicios implícitos en los medios de comunicación
3. Dar a conocer la discriminación social y laboral que sufren las personas con una enfermedad mental a través de los testimonios en primera persona
4. Repercusiones emocionales de las dificultades derivadas de la enfermedad y el estigma asociado
5. Establecer pautas de comportamiento preventivo a través de la difusión de carteles por el instituto

Metodología

a. Beneficiarios

La población a la que va dirigida este programa es a los adolescentes del instituto IES Murillo de la localidad de Sevilla, en los cursos de primero y segundo de Bachillerato. El IES Murillo es un centro educativo público bilingüe francés e inglés. El centro oferta estudios de ESO, Bachillerato para jóvenes y para adultos tanto presencial como semipresencial, formación profesional inicial de grado superior de mediación comunicativa y gestión de alojamientos turísticos.

Se trabajará con adolescentes, independientemente de su género, cultura, nacionalidad, condición social y sexual. Además, se estima que se beneficiarán otras personas de forma indirecta, como son los familiares y conocidos de los sujetos y también futuros usuarios.

Como ya he citado previamente, los adolescentes son un grupo vulnerable donde las actitudes discriminatorias comienzan a verse por ello se trabajará con esta población.

Respecto a la localización y ubicación del proyecto, hay que destacar que las sesiones se llevarán a cabo en el salón de actos del Instituto Educación Secundaria IES Murillo.

Como anteriormente se ha mencionado, en este proyecto participarán los adolescentes del Instituto Murillo, de los cursos de primero y segundo de Bachillerato (de las clases A, B, C y D). Los participantes se dividirán en dos grupos, formados por los 8 grupos que conforman los cursos de primero y segundo de bachillerato. Se realizó un sorteo en el cual los grupos seleccionados para ser grupo experimental serán C y D de primero y segundo (cuatro clases) y los grupos seleccionados como control A y B de ambos cursos (otras cuatro clases). Para la ejecución de este proyecto, se separarán a los alumnos de las ocho clases en estos dos grupos para evaluar los resultados:

- Grupo experimental: formado por adolescentes, de primero y segundo de bachillerato, en las cuatro clases correspondientes C y D.

- Grupo control: formado por miembros de primero y segundo de bachillerato de las clases A y B.

b. Instrumentos

Para llevar a cabo este programa, previamente se han recolectado datos de la comunidad científica que aparecen tanto en la justificación teórica como en las

referencias de mi trabajo. Se trabajará tanto con el grupo control como con el experimental. En primer lugar, se pasará a las ocho clases de bachillerato el cuestionario de atribución AQ-27, que se encuentra en el anexo 1, diseñado por (Corrigan et al., 2003) validado y traducido al español (Muñoz et al., 2015), que recogerá las actitudes estigmatizadoras y creencias que tenga el alumnado acerca de una persona que tiene una enfermedad mental, en concreto esquizofrenia, y se analizarán sus respuestas. Este cuestionario usa una escala tipo Likert, con puntuaciones comprendidas entre 1 y 9, donde 1 significa “*En absoluto*” y 9 es “*Muchísimo*”, y contiene 27 ítems que se agrupan en 9 factores, y cada uno de ellos incluye 3 ítems que miden: a) responsabilidad, b) piedad, c) ira, d) peligrosidad, e) miedo, f) ayuda, g) coacción, h) segregación, i) evitación.

Posteriormente, al día siguiente de la última sesión, se volverá a pasar el mismo cuestionario inicial. Llegados a este punto, se podrá comprobar si el objetivo general del programa y la hipótesis planteada se cumple o, sin embargo, debe rechazarse. Como se ha descrito previamente, los alumnos del grupo experimental, que son los que han recibido las sesiones, deberán mostrar más conocimientos del campo y un cambio de actitudes, en comparación con los alumnos que pertenecen al grupo control, que no han recibido el programa de desestigmatización.

Para evaluar la satisfacción relacionada con la visión del programa en general de los adolescentes que han recibido el mismo, se proporcionará el cuestionario de expectativas y satisfacción de Borkovec y Nau (1972), que se encuentra en el anexo 2.

c. Procedimiento

En primer lugar, para llevar a cabo el proyecto se realizará una entrevista con el equipo directivo del instituto y también con el orientador/a del centro. Paralelamente, se comunicará el proyecto de intervención tanto al resto de docentes del centro como a las familias del alumnado para transmitir información sobre las sesiones que se van a desarrollar con el alumno. Además, se requerirá un consentimiento informado por parte de los alumnos del centro que van a participar en el programa.

Resulta fundamental que el profesorado del centro se mantenga informado sobre el tema, para que el impacto de nuestro programa sea efectivo y perdurable a lo largo del tiempo.

Una vez que las partes involucradas han sido informadas, se desarrollarán las distintas sesiones y actividades que forman parte del proyecto. El pre-test será realizado tanto por el grupo control como por el grupo experimental el primer día de implementación del proyecto en el centro. La psicóloga encargada de la realización de las sesiones lo repartirán en la sesión 1 para el grupo experimental. Por otro lado, para el grupo control, serán las orientadoras del centro las encargadas de entregárselo a los alumnos de ese grupo el mismo día. Una vez finalizadas las sesiones del programa, se acudirá al centro al día siguiente de la implementación de este para, como he mencionado antes, repetir el cuestionario inicial a ambos grupos, tanto control como experimental, para así comprobar si el objetivo principal del programa se cumple.

En caso de que el objetivo se verificara, se procedería a la implementación del programa “No soy, yo tengo” al grupo control, es decir, a las cuatro clases restantes.

d. Descripción del programa de prevención

Respecto a la intervención con el alumnado, llevaremos a cabo un módulo psicoeducativo distribuido en 9 sesiones con el nombre “No soy, Yo tengo”, en el que como se ha mencionado anteriormente, participarán los alumnos de primero y segundo de bachillerato del instituto Murillo de la localidad de Sevilla.

En cuanto a la duración de las sesiones, serán de hora y media cada una. Impartiendo dos sesiones por semana, para que la duración aproximada de la intervención sea de cuatro semanas.

A continuación se presentan las sesiones que se llevarán a cabo durante el proyecto:

Desarrollo sesiones

Tabla resumen con el cronograma de las sesiones

Tabla 1

Cronograma de sesiones

Sesiones	Tema	Contenidos
Sesión 1:	Presentación	- Presentación de las

“No soy, yo tengo”	psicólogas - Descripción del programa - Pre- test - Recogida de información
Sesión 2 y 3:	- Testimonios en primera persona de pacientes que han tenido o tienen una enfermedad mental
“Oírlo desde dentro”	- Enfermedad mental - Bases salud mental - Tipos de estigma con salud mental
Sesión 4 y 5:	-Visionado películas sobre enfermedades mentales o personas que padecen una -Se comentarán las películas y se harán recomendaciones
“Ficción o Realidad”	- Análisis titulares de noticias
Sesión 6:	- Debate - Exponer puntos de vistas
“Con respeto”	- Explicación y resolver dudas - Vivencias propias

<p>Sesión 7: “Punto de vista profesional”</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Visita experto clínica salud mental - Valorar consecuencias
<hr/>	
<p>Sesión 8: “Derribando mitos”</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Valorar la falsedad de mitos relacionados con los problemas de salud mental - Difusión de carteles con estrategias por el centro
<hr/>	
<p>Sesión 9. “Final”</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Resolución preguntas iniciales - Resumen -Conclusiones generales -Evaluación del programa- mesa redonda -Contacto -Despedida

SESIÓN 1: “No soy, yo tengo”

Desarrollo de la sesión

Primero se realizará una presentación de los profesionales que llevarán a cabo el proyecto. Seguidamente, se explicará a la clase que va a dar comienzo un curso de desestigmatización y sensibilización de las enfermedades mentales y

presentaremos brevemente todas las sesiones y en qué consistirán cada una de ellas.

Además, antes de empezar con las presentaciones se llevará a cabo un pre-test para examinar las actitudes y creencias que tengan sobre las personas con una enfermedad mental antes del programa, y poder así evaluar la eficacia de este a posteriori. Las orientadoras del centro lo pasarán a su vez a los alumnos del grupo control.

Después, se establecerá un diálogo para conocer lo que ellos/as piensan y desearían saber o sus inquietudes acerca de las enfermedades mentales. Entregaremos unas hojas de papel en blanco a los alumnos/as para que escriban de forma anónima cuál o cuáles son las preguntas que más les inquietan acerca de este tema. Estas hojas las guardaremos y las revisaremos en la última sesión para ver si han adquirido los conocimientos necesarios para saber responderlas.

SESIÓN 2 y 3: “Oírlo desde dentro”

Desarrollo de la sesión:

En estas sesiones, varias personas que han tenido o tienen una enfermedad mental contarán su experiencia en primera persona, facilitando la empatía y la comprensión de la discriminación que sufren en diferentes áreas de sus vidas.

Se hablará de los diferentes tipos de estigma y prejuicios que se presentan a la hora de hablar de enfermedades mentales y se presentarán las bases para una correcta salud mental.

Se explicará normalizando con datos reales la cantidad de personas que padecen una enfermedad mental, se hablará abiertamente de la realidad de hoy en día. Haciéndoles ver que esas personas pueden ser alguien de su entorno e incluso ellos mismos.

SESIÓN 4 y 5: “¿Ficción o Realidad?”

Desarrollo de la sesión

En esta sesión se desmitificarán los principales mitos de las enfermedades mentales, que se pueden observar en algunas películas que tratan sobre estas o sobre personas que padecen una. Estas tienden a idealizar la enfermedad mental como si fuera un super poder y otras en cambio lo

Se analizará el estigma social que películas como Forest Gump (Zemeckis, 1994) y Una mente brillante (Howard, 2002) promueven y se fomentarán aquellas que recojan una visión objetiva y correcta de la enfermedad, como es el caso de El lado bueno de las cosas (Russel, 2013).

A medida que se reproduzcan las películas, se irán comentando y poniendo en común las opiniones de los alumnos.

SESIÓN 6: Con respeto

Desarrollo de la sesión:

Durante el desarrollo de esta sesión se preguntará sobre la opinión de algunas noticias como la de «Un joven esquizofrénico mata a puñaladas a su padre en Barcelona» (2005), «25 años de internamiento para el esquizofrénico que mató a sus padres» (Unidad Editorial Internet, 2012), «La guardia civil abate a un joven esquizofrénico que atacó a un agente con un cuchillo» (P., 2021), en las que exponen a los trastornos mentales como la causa de las conductas delictivas o agresivas que realiza una persona y el uso de términos que emplean para referirse a las personas con trastornos mentales, como “loco”.

Después de que expliquen sus puntos de vista, explicar los diferentes tipos de enfermedades mentales y resolver las dudas o errores que tengan sobre ellas. Además de esto, se explicará la discriminación tanto laboral como social que se ejerce hacia estas personas.

La actividad práctica que se realizará en esta sesión engloba también el planteamiento de un debate, acerca de una noticia en la cual haya un caso de violencia o delito llevado a cabo por una persona con un trastorno mental, se creará una discusión acerca de su opinión de la noticia y la psicóloga hará de mediadora. También se preguntará acerca de vivencias propias o de gente cercana en la que hayan sido discriminados por presentar una enfermedad mental. mirar

SESIÓN 7: Punto de vista profesional

Desarrollo de la sesión:

Un profesional de una clínica de salud mental dará a conocer la influencia del estigma social en personas con trastorno mental.

Como este estigma impide un correcto tratamiento. Hablará de la clínica, de los diferentes recursos que utilizan y del sufrimiento psíquico que sufren sus pacientes.

Además, se dará a conocer las diferentes conductas de riesgo y factores de protección para estas personas.

Se abrirá un espacio a dudas y preguntas al profesional y se animará a participar como voluntario en la clínica

SESIÓN 8: “Derribando mitos”

Desarrollo de la sesión:

En esta sesión se pretende desmontar algunos de los mitos relacionados con las enfermedades mentales y las personas que las padecen a través de una serie de enunciados donde tendrán que decir que es lo que no es cierto de ellos. Estos mitos que se pueden ver en el anexo 3, son mitos interiorizados por la población general y se desmitificaran con información científica y verificada esas ideas erróneas.

La segunda actividad de esta sesión, consistirá en animarles a difundir unas propuestas concretas, a modo de comportamiento preventivo para el resto de alumnos del centro, creadas por la Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y enfermos mentales (FEAFES) que se encuentra en el anexo 4, mediante el uso de cartulinas pegándolas por el instituto.

SESIÓN 9: Final**Desarrollo de la sesión:**

En esta última sesión se dará respuesta a las preguntas que se formularon en la primera sesión (los papeles que nos entregaron). El procedimiento que se va a seguir es en primer lugar, hacer las preguntas de manera aleatoria y que uno a uno las vayan respondiendo. El fin de esta dinámica es que ellos mismos se den cuenta de que han aprendido mediante dinámicas acerca de la salud mental, las causas de tener una enfermedad mental y los riesgos de la estigmatización y discriminación social en el tratamiento de personas con un problema de salud mental, y sobre todo para ver si este programa ha generado algún efecto entre los adolescentes.

Por un lado, los alumnos realizarán un cuestionario en el que valoren la satisfacción acerca del programa. Además, se planteará una mesa redonda en la cual compartan su visión y opiniones acerca del programa en el que han participado.

Por último, se realizará una despedida y el agradecimiento por su involucración en el proyecto.

Recursos

Recursos materiales del proyecto:

Espacios

- Aulas ordinarios
- Salón de actos

Material informático

- Tablets

- Ordenadores
- Proyector
- Impresora
- Pantalla para el proyector
- Altavoces

Materiales consumibles:

- Fotocopias
- Bolígrafos
- Folios

En cuanto a recursos personales contaremos con la presencia de una psicóloga para la implementación del programa, de un profesional de la salud mental, el tutor o tutora responsable del aula, orientadoras del centro, equipo directivo, las familias y el AMPA.

Evaluación

En el proceso de evaluación se llevarán a cabo distintas valoraciones relacionadas con las actitudes estigmatizadoras y prejuicios hacia las enfermedades mentales, y a la satisfacción y adquisición de conocimientos tras el programa. Es decir, se hará antes del programa y tras finalizar el mismo.

Se evaluarán los conocimientos previos que tienen sobre el tema, y se analizarán cuáles son las actitudes estigmatizantes que presentan los alumnos hacia personas con enfermedades mentales, mediante el cuestionario de atribución (Muñoz et al., 2015). Este se pasará como pre-test en la primera sesión del programa, y también como post-test al día siguiente de finalizar la última sesión.

El cuestionario expectativas y satisfacción de Borkovec y Nau (1972), se pasará en la última sesión al grupo experimental para analizar el impacto del programa y el grado de satisfacción que poseen.

Resultados esperados

En cuanto a los resultados esperados, se espera que los alumnos del grupo experimental cambien la forma de ver las enfermedades mentales, con una visión más natural respecto al grupo control. Y también su forma de relacionarse con personas que sufren alguna, ya sea en clase, en actividades lúdicas o en futuros trabajos.

Que sirva de modo de reflexión y de motivación para que quieran ayudar dando visibilización a esta discriminación.

Con el uso de carteles por el centro, se espera que el resto de alumnado se conciencie sobre el tema, y derribe falsas ideas preconcebidas.

En definitiva, lograr la sensibilización y reducción del estigma por parte de los adolescentes, mediante un trato igualitario

Conclusión

Tras esta investigación y al analizar lo que verdaderamente conlleva en sociedad padecer una enfermedad mental, se concluye que sigue siendo un tema tabú, rodeado de prejuicios y estigmas por una gran parte de la población; y no solo en círculos sociales y/o familiares, sino también y especialmente en el ámbito laboral.

La empatía es algo fundamental en la sociedad actual: se demuestra en multitud de ocasiones que hay ciudadanos que no tienen en cuenta las dificultades con las que tienen que cargar las personas que sufren problemas mentales, así como el conflicto interno que supone pedir ayuda, ya que está mal visto, que puede llegar a influir en sus tratamientos rechazándose y discriminándose a sí mismos. Dicho de otra forma, si todos se esforzaran en hablar más abiertamente y de manera natural de la salud mental, se podría llegar a eliminar aquellos tabúes y prejuicios creados socialmente hacia las enfermedades mentales.

Otro gran problema social radica en continuar asociando la violencia y agresividad a las enfermedades mentales, donde cierta parte de culpabilidad la reúnen los medios perpetuando los estigmas, justificando la enfermedad como responsable de actos violentos.

La salud mental y todo lo que implica -que es mucho- debería estar liderando la lista de preocupaciones de toda nación. Una sociedad sana mentalmente prosperará de mejor manera en todos sus ámbitos. Rossi (2005) recuerda que el concepto de salud mental no está ligado a enfermedad mental ni supone la ausencia de síntomas, sino que tendría que asociarse con indicadores positivos.

El hecho de que ir a terapia psicológica aun escandalice a diferentes sectores sociales refleja en qué estado se encuentra este dilema social. Se debería, por tanto, normalizar las enfermedades mentales como se hace con otras afecciones médicas. Es necesario seguir recordando y apuntando que la salud mental y la física tienen la misma importancia, haciendo que el trato hacia ambas no varíe de la manera que lo hace hoy día.

Si bien es cierto que poco a poco se está dando mayor visibilidad a través de redes sociales y medios de comunicación, o mediante personas socialmente influyentes, aún queda camino por recorrer. Mediante el uso de programas como el de este trabajo, la sensibilización para las futuras generaciones hará que la salud mental sea vista como materia importante y necesaria en sociedad. Numerosos estudios reflejan que los jóvenes son las personas adecuadas para ir atajando los problemas sociales ya que no presentan tantos prejuicios, estigmas y estereotipos como generaciones mayores.

Asimismo, también ha favorecido a esta problemática la existencia de federaciones y asociaciones como FEAFES, la “Asociación de Allegados de Enfermos Esquizofrénicos” (ASAENES), y la “Federación Madrileña de Asociaciones de salud mental” (FEMASAM), las cuales ayudan a reivindicar los derechos de las personas con enfermedades mentales, a sensibilizar a la población y a dar una visión positiva. Igualmente, ayudan a mejorar su calidad de vida y a una inserción social efectiva y real.

Siguiendo las propuestas de la Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (2008), habría que facilitar información normalizadora, elevar el conocimiento social, dejar hablar a las personas afectadas, separar los problemas mentales de las crónicas de sucesos, no etiquetar y presentar una imagen real y positiva.

Referencias

- Ant,A. (27 de Febrero 2011) Adam Ant on fame, depression and infamy. (M. Everitt, Entrevistador) BBC Radio. Music 6. Obtenido de
- Angermeyer, M. C., Arboleda-Flórez, J., Baumann, A. E., Bernert, S., Gaebel, W., Hocking, B., ... Schöny, W. (2005). *Schizophrenia - Open the Doors (Training Manual)*. The World Psychiatric Association
- Arboleda-Flórez, J. (2003). Consideraciones sobre el estigma de las enfermedades mentales.
- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M. E., Fleiz-Bautista, C., & Zambrano-Ruiz, J. (2004). La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. *Salud pública de México*, 46(5), 417-424.
- Boke, O., Aker, S., Aker, AA, Sarisoy, G. y Sahin, AR (2007). Esquizofrenia en los periódicos turcos. *Psiquiatría social y epidemiología psiquiátrica* , 42 (6), 457-461.
- Borkovec, T. D. y Nau, S. D. (1972). Credibility of analogue therapy rationales. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 3, 257–260.
- Brendgen, M., Vitaro, F., Turgeon, L., & Poulin, F. (2002). Assessing aggressive and depressed children's social relations with classmates and friends: A matter of perspective. *Journal of abnormal child psychology*, 30(6), 609-624.
- Brescia, M. S., de Mattos, S. N., Porto, V. M., Redes, M. L., & Wschebor, M. (2021). Estigma y enfermedad mental: intervención en estudiantes de Medicina. *Revista Médica del Uruguay*, 37(1).
- Cazzaniga, J., & Suso, A. (2015). *Estudio “Salud mental e inclusión social. Situación actual y recomendaciones contra el estigma.” Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA* (pp. 7–112). Retrieved from <https://consaludmental.org/publicaciones/Salud-Mental-inclusion-social-estigma.pdf>
- Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Enfermos Mentales (FEAFES). *Salud Mental y Medios de Comunicación: Guía de Estilo*, 2008. Disponible en: <http://feafes.org/publicaciones/GUIADEESTILOSEGUNDAEDICION.pdf>

- Corrigan P, Markowitz F, Watson A, Rowan D, Kubiak M. An attribution model of public discrimination towards persons with mental illness. *Journal of Health and Social Behavior*. 2003;44:162– 179.
- Corrigan, PW (2002). Empoderamiento y enfermedades mentales graves: asociaciones de tratamiento y oportunidades comunitarias. *Psychiatric Quarterly* , 73 (3), 217-228.
- Estrategia: Lo hablamos*. (2016, 9 junio). 1 de cada 4. Estrategia Andaluza Contra el Estigma en Salud Mental. <https://www.1decada4.es/mod/page/view.php?id=183>
- Goffman E. Estigma e identidad social. En: Goffman E. *Estigma: la identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 2006:11-55.
- Harding, CM, Brooks, GW, Ashikaga, T., Strauss, JS y Breier, A. (1987). El estudio longitudinal de Vermont de personas con enfermedades mentales graves, II: Resultado a largo plazo de sujetos que cumplieron retrospectivamente los criterios del DSM-III para la esquizofrenia. *Revista estadounidense de psiquiatría* , 144 (6), 727-735.
- Hylar, S. E., Gabbard, G. O., & Schneider, I. (1991). Homicidal maniacs and narcissistic parasites: stigmatization of mentally ill persons in the movies. *Psychiatric Services*, 42(10), 1044-1048.
- Iglesias Bocanegra, L. (2018). Estigma y tratamiento del trastorno mental en los medios de comunicación.
- Lin, KM y Kleinman, AM (1988) Psicopatología y curso clínico de la esquizofrenia: una perspectiva transcultural. *Boletín de esquizofrenia*, 14, 555-567. <http://dx.doi.org/10.1093/schbul/14.4.555>
- 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 la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 28(1), 48-83.

- Luciano Devis, J. V., Feliu Soler, A., Serrano Blanco, A. (2016). Impacto en las actitudes y comportamientos relacionados con la salud mental del proyecto de sensibilización en jóvenes " What ' s up ! Com vas de salut mental ? " Resultados de un estudio controlado no aleatorizado :, 1–9.
- Muñoz, A. A., & Uriarte, J. J. U. (2006). Estigma y enfermedad mental. *Norte de salud mental*, 6(26), 49-59.
- Muñoz M, Guillén A, Pérez-Santos E, Corrigan PW. A structural equation modeling study of the Spanish Mental Illness Stigma Attribution Questionnaire (AQ-27-E) Am J Orthopsychiatry. 2015;85(3):243–9. doi: 10.1037/ort0000059
- Muñoz, M., Pérez-Santos, E., Crespo, M., Guillén, A. I., & Izquierdo, S. (2011). La enfermedad mental en los medios de comunicación: un estudio empírico en prensa escrita, radio y televisión. *Clínica y salud*, 22(2), 157-173.
- P., R. (2021, 12 enero). La Guardia Civil abate a un joven con problemas mentales tras atacar a un agente con un cuchillo. *abc*. https://www.abc.es/espana/aragon/abc-guardia-civil-mata-tiros-joven-sufria-violento-brote-esquizofrenico-202101120726_noticia.html
- Pérez Álvarez, C., Bosqued Molina, L., Nebot Macías, M., Guilabert Vidal, M., Pérez Zaera, J., & Quintanilla López, M. Á. (2015). Esquizofrenia en la prensa:¿ el estigma continúa?. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35(128), 721-730.
- Rodríguez, E. M. (2016). Medios de comunicación. *Investigaciones sociológicas*, 57.
- Rossi, R. R. O. R. (2005). El hombre como ser social y la conceptualización de la salud mental positiva. *Investigación en salud*, 7(2), 105-111
- Rüsch, N., Angermeyer, M. C., & Corrigan, P. W. (2005). Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European psychiatry*, 20(8), 529-539.
- Sánchez Castillo M. Estigma en los profesionales de la salud mental. Valencia: Universitat Jaume, 2016
- Saraceno, B. (2004). Mental health: scarce resources need new paradigms. *World Psychiatry*, 3(1), 3.

- Tapia, F. M., Castro, W. L., Poblete, C. M., & Soza, C. M. (2015). Estigma hacia los trastornos mentales: características e intervenciones. *Salud mental*, 38(1), 53-58.
- Un joven esquizofrénico mata a puñaladas a su padre en Barcelona. (2005, 7 septiembre). *EL PAÍS*.
https://elpais.com/elpais/2005/09/07/actualidad/1126081022_850215.html
- Unidad Editorial Internet. (2012b, enero 23). *25 años de internamiento para el esquizofrénico que mató a sus padres* [Comunicado de prensa].
<https://www.elmundo.es/elmundo/2012/01/23/madrid/1327319282.html>
- Valdés, T. (2017, 31 marzo). *Por qué*. Obertament.
<https://obertament.org/es/educacion/por-que-educacion>
- Watson, AC, Ottati, V. y Corrigan, P. (2003). ¿De dónde viene el estigma de las enfermedades mentales ?. *Revista Internacional de Psiquiatría Social* , 49 (2), 142-157.
- Zemeckis, R. (Director). (1994). *Forrest Gump* [película]. Paramount Pictures

Anexo 1

CUESTIONARIO DE ATRIBUCIÓN 27 (AQ-27)

POR FAVOR, LEA LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ACERCA DE JOSÉ:

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

AHORA CONTESTE CADA UNA DE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SOBRE JOSÉ, RODEE CON UN CÍRCULO EL NÚMERO CON LA RESPUESTA MÁS ADECUADA EN CADA PREGUNTA.

1. Me sentiría violentado a causa de José.

1 2 3 4 5 6 7 8 9

En absoluto Muchísimo

2. Me sentiría inseguro cerca de José.

1 2 3 4 5 6 7 8 9

En absoluto Muchísimo

3. José me aterrará.

1 2 3 4 5 6 7 8 9

En absoluto Muchísimo

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

1 2 3 4 5 6 7 8 9

En absoluto Muchísimo

5. Si estuviera al cargo del tratamiento de José, le exigiría que tome su medicación.

1 2 3 4 5 6 7 8 9

En absoluto Muchísimo

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

1 2 3 4 5 6 7 8 9

En absoluto Muchísimo

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

1 2 3 4 5 6 7 8 9

No es probable Muy probable

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

1 2 3 4 5 6 7 8 9

En absoluto Muchísimo

9. Sentiría pena por José.

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Ninguna en absoluto Muchísima

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

1 2 3 4 5 6 7 8 9

No, en absoluto Si, totalmente

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

1 2 3 4 5 6 7 8 9

No hay ningún control personal Completo bajo control personal

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

1 2 3 4 5 6 7 8 9

En absoluto Muchísimo

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

1 2 3 4 5 6 7 8 9

En absoluto Muchísimo

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

1 2 3 4 5 6 7 8 9

En absoluto Muchísimo

15. Creo que sería mejor para la comunidad que José sea recluido en un hospital psiquiátrico.

1 2 3 4 5 6 7 8 9

En absoluto Muchísimo

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

1 2 3 4 5 6 7 8 9

En absoluto Muchísimo

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

1 2 3 4 5 6 7 8 9

En absoluto Muchísimo

18. Me sentiría amenazado por José.

1 2 3 4 5 6 7 8 9

No, en absoluto Si, muchísimo

19. ¿Hasta qué punto José le asustaría?

1 2 3 4 5 6 7 8 9

En absoluto Muchísimo

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

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Definitivamente no ayudaría Definitivamente ayudaría

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

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Ninguna certeza Absoluta certeza

22. ¿Hasta qué punto comprende a José?

1 2 3 4 5 6 7 8 9

En absoluto Muchísima

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

1 2 3 4 5 6 7 8 9

No es responsable en absoluto Muy responsable

24. ¿Hasta qué punto le aterrorizaría José?

1 2 3 4 5 6 7 8 9

En absoluto Muchísimo

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

1 2 3 4 5 6 7 8 9

En absoluto Muchísimo

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

1 2 3 4 5 6 7 8 9

No es probable Muy probable

27. ¿Cuánta preocupación sentiría por José?

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Ninguno, en absoluto Muchísima

Anexo 2

Therapy Evaluation Form

We would like you to indicate below how much you believe, right now, that the therapy you are receiving will help to improve your lifestyle / functioning. Belief usually has two aspects to it: (1)

what one thinks will happen and (2) what one feels will happen. Sometimes these are similar; sometimes they are different. Please answer the questions below. In the first set, answer in terms of

what you think. In the second set answer in terms of what you really and truly feel. We do not want

your course convenors to ever see these ratings, so please keep the sheet covered when you are done.

Set I

1. At this point, how logical does the course offered to you seem?

1 2 3 4 5 6 7 8 9

not at somewhat logical very

all logical logical

2. At this point, how successfully do you think this course will be in raising the quality of your functioning?

1 2 3 4 5 6 7 8 9

not at somewhat useful very

all useful useful

3. How confident would you be in recommending this course to a friend who experiences similar

problems?

1 2 3 4 5 6 7 8 9

none at Somewhat confident very

all confident confident

4. By the end of the course, how much improvement in your functioning do you think will occur?

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

Set II

For this set, close your eyes for a few moments, and try to identify what you really feel about the

course and its likely success. Then answer the following questions.

1. At this point, how much do you really feel that the course will help you to improve your functioning?

1 2 3 4 5 6 7 8 9

not somewhat very

at all much

2. By the end of the course, how much improvement in your functioning do you really feel will occur?

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

Anexo 3

Mito 1: Los niños no tienen problemas de salud mental.

El 2% de los niños y adolescentes de hasta los 18 años, ha sufrido un episodio de depresión mayor con una media de 7 episodios a lo largo de su vida (Benjet y cols., 2004).

Mito 2: Las personas que padecen problemas de salud mental son violentas e impredecibles.

Menos del 3% de las personas diagnosticadas con esquizofrenia y otras psicosis cometen actos de violencia (Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES), 2008).

Mito 3: No hay esperanzas para personas con problemas mentales. Una vez que un amigo o familiar desarrolla un problema de salud mental, nunca se recuperará.

En las muestras de diversos estudios (Strauss, Carpenter 1977), (Harding et al., 1987), (Lin, Kleinman 1988), se vió que el 67% percibió mejoras notables y que muchas llegaban a la recuperación total.

Mito 4: La enfermedad mental supone menos grado de inteligencia.

“Las personas con enfermedad mental no presentan menor capacidad intelectual”. (Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES), 2008).

Mito 5: Las personas con una enfermedad mental no pueden casarse ni tener trabajo.

“Muchas personas con enfermedad mental trabajan, aunque gran parte del colectivo denuncia discriminación laboral”. (Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES), 2008).

Anexo 4

PROPUESTAS CONCRETAS

SÍ, POR FAVOR

SÍ Referirse a una persona diagnosticada con un trastorno mental como: Persona con enfermedad mental / con problemas de salud mental.

SÍ Referirse a una persona diagnosticada con un trastorno mental específico como: Persona con/que tiene esquizofrenia, depresión, etc.

SÍ Referirse a los centros de atención: Centro de salud mental / centro de día / centro de rehabilitación. SÍ Referirse a los ingresos psiquiátricos como: Ingreso hospitalario en...

SÍ Contenidos que muestren los logros y las capacidades del colectivo: convivencia familiar, relaciones sociales, empleo, proyectos personales, etc.

SÍ Mencionar los problemas de salud mental en la noticia solamente cuando sea necesario para entender correctamente el hecho, especialmente cuando éstos puedan relacionarse con un hecho negativo.

SÍ En noticias relacionadas con sucesos violentos limitarse a describir los hechos directamente observables (sin aventurarse a prejuzgar la causa del hecho a una enfermedad mental) o bien llegar a mostrar las posibles causas y circunstancias, sin destacar la enfermedad como único factor.

SÍ Señalar la falta de recursos y el derecho de las personas con enfermedad mental a recibir una atención adecuada, con la que es posible la recuperación.

SÍ Ilustrar las informaciones sobre salud mental con el material gráfico adecuado: la mayoría de estas enfermedades son invisibles.

SÍ Fuera del contexto de salud, describir situaciones, cosas o personas con adjetivos como: caótico, irracional, extravagante, apasionado, espectacular, triste, etc.

SÍ Contar con la opinión de los afectados, principalmente de las personas con enfermedad mental y familiares. Favoreciendo la presencia de mujeres, migrantes y otros colectivos en situación de exclusión social con enfermedad mental.

NO, GRACIAS

NO Términos ofensivos, inexactos y anticuados que perpetúan la ignorancia y conducen al estigma: enfermo mental, trastornado, perturbado, psicópata, loco.

NO Términos que etiquetan a los individuos sustantivando su condición: esquizofrénico, depresivo, maníaco, anoréxico, psicótico.

NO Términos anticuados u ofensivos: manicomio, psiquiátrico.

NO Términos inadecuados que contribuyen al estigma y la discriminación: reclusión, internamiento, encierro...

NO Incluir sólo noticias sobre salud mental en relación a problemas, actos violentos, y buscando titulares morbosos y extravagantes.

NO Mencionar los problemas de salud mental si éstos no son relevantes para la correcta comprensión del hecho noticioso.

NO Omitir información o proporcionar información sesgada que perpetúe falsos vínculos entre enfermedad mental y conductas violentas o ilegales.

NO Dar por hecho que la enfermedad mental es incurable y obviar la falta de recursos actual para que se produzca la recuperación.

NO Imágenes que transmitan aislamiento social, improductividad o que despierten compasión o rechazo. Imágenes de otro tipo de discapacidades.

NO Usar términos de ámbito médico como adjetivos en otros contextos: esquizofrénico, paranoico, depresivo, anoréxico, etc.

NO Infravalorar el testimonio de las propias personas con enfermedad mental como fuente de información imprescindible en cuestiones de salud mental.