



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

Proyecto de intervención para reducir el estigma
de la salud mental

Autor/es

Rocío Alonso Villarejo

Director/es

Sergio Siurana López

Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo

Zaragoza, 2016

INDICE DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN.....	5
2. METODOLOGÍA.....	7
3. FUNDAMENTACIÓN	8
3.1. MARCO TEÓRICO.....	8
3.1.1. SALUD MENTAL	8
3.1.2. TRASTORNO MENTAL GRAVE	8
3.1.3. ESTIGMA	10
3.1.4. ESTIGMA Y TRASTORNO MENTAL GRAVE	14
3.1.5. REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL.....	16
3.1.6. LEGISLACIÓN	17
3.2. PROBLEMAS Y NECESIDADES DE LAS PERSONAS QUE PADECEN UN TMG	20
3.3. ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN PARA REDUCIR EL ESTIGMA EN SALUD MENTAL.....	24
3.4. TRABAJO SOCIAL Y SALUD MENTAL.....	26
3.5. EXPERIENCIAS SIMILARES.....	28
3.5.1. 1 DE CADA 4	28
3.5.2. OBERTAMENT.....	29
3.5.3. CENTRO DE REHABILITACIÓN DIURNO LUZ DE LUNA.....	30
3.6. ANÁLISIS DEL CONTEXTO	31
3.6.1. FUNDACIÓN RAMÓN REY ARDID	31
3.6.2. GRUPO SCOUT.....	33
4. DISEÑO DEL PROYECTO DE INTERVENCIÓN.....	35
4.1. OBJETIVOS	35
4.2. DESTINATARIOS Y BENEFICIARIOS DEL PROYECTO	35
4.3. FUNCIONES DEL TRABAJADOR/A SOCIAL	36
4.4. ACCIONES Y METODOLOGÍA.....	37
4.4.1. FASE 1. DAR A CONOCER EL PROYECTO	37
4.4.2. FASE 2. SELECCIÓN DEL GRUPO	37
4.4.3. FASE 3. PRIMERA REUNIÓN.....	38
4.4.4. FASE 4. ACCIONES A DESARROLLAR.....	39
4.4.5. FASE 5. FINALIZACIÓN DEL PROYECTO	46
4.5. CRONOGRAMA.....	47
4.6. RECURSOS HUMANOS Y PRESUPUESTO.....	48

4.6.1. RECURSOS HUMANOS	48
4.6.2. PRESUPUESTO.....	48
4.7. EVALUACIÓN.....	48
5. CONCLUSIONES.....	54
6. BIBLIOGRAFÍA.....	57
7. ANEXOS.....	60
ANEXO 1. DIAGNÓSTICOS CLÍNICOS DEL TRASTORNO MENTAL GRAVE	60
ANEXO 2. LEGISLACIÓN:.....	64
2.1. REFERENCIAS INTERNACIONALES	64
2.2. MARCO NORMATIVO ESPAÑOL	64
2.3. MARCO NORMATIVO AUTONÓMICO	67
ANEXO 3: GRUPOS FOCALES Y DE DISCUSIÓN	70
3.1. GRUPOS FOCALES CON PERSONAS QUE PADECEN UN TMG.....	70
3.2. GRUPO DE DISCUSIÓN CON COMPAÑEROS DEL GRUPO SCOUT	70
ANEXO 4: GUIÓN DE LAS ENTREVISTAS.....	72
4.1. ENTREVISTA TRABAJADORA SOCIAL DEL CLUB SOCIAL DE LA FUNDACIÓN RAMÓN REY ARDID	72
4.2. ENTREVISTA A PERSONA VOLUNTARIA DEL CLUB SOCIAL DE LA FUNDACIÓN RAMÓN REY ARDID	72
4.3. ENTREVISTA A PSIQUIATRA.....	73
ANEXO 5: DESGLOSE PRESUPUESTO TRABAJADOR/A SOCIAL Y RECURSOS MATERIALES...	74
5.1. DESGLOSE HORARIO Y PRESUPUESTO TRABAJADOR/A SOCIAL DEL PROYECTO.....	74
5.2. DESGLOSE PRESUPUESTO RECURSOS MATERIALES:	75
ANEXO 6: ENCUESTAS PARA ANALIZAR LAS SENSACIONES Y PERCEPCIONES DE LOS INTERESADOS SOBRE EL ESTIGMA (PÚBLICO Y AUTOESTIGMA) DE LA SALUD MENTAL	76
6.1. ENCUESTAS A COMPAÑEROS DEL GRUPO SCOUT:	76
6.2. ENCUESTAS A PERSONAS DEL CLUB SOCIAL	77
ANEXO 7: ACTIVIDADES	78
7.1. JUEGO DE CONOCIMIENTO PAREJAS. FASE 3. PRIMERA REUNIÓN.	78
7.2. ACTIVIDADES DE ARTE.....	78
7.3. ACTIVIDAD ISLA DESIERTA.....	79
7.4. JUEGO DE ROLES:	81
7.5. CARTEL CONCURSO DE CORTOS ASDE	83
7.6. ACTIVIDAD DE FINALIZACIÓN DEL PROYECTO.....	83
ANEXO 8. TABLAS DE EVALUACIÓN.	84

ANEXO 9: ENCUESTA GRUPO DE FACEBOOK SOBRE ESTIGMA Y ENFERMEDAD MENTAL....	86
ANEXO 10: EVOLUCIÓN DEL PROYECTO DE INTERVENCIÓN	89

1. INTRODUCCIÓN

El Trabajo de Fin de Grado que a continuación se presenta, pretende abordar la problemática del estigma en salud mental desde la profesión del trabajo social.

Las personas que padecen una enfermedad mental, soportan, además de las dificultades asociadas a la enfermedad, un fuerte sufrimiento provocado por el estigma y la exclusión social que ello conlleva.

El interés por esta problemática me surgió al realizar las prácticas del Practicum de Intervención en Trabajo Social en el Club Social de la Fundación Ramón Rey Ardid. En este recurso estuve cinco meses aprendiendo las funciones de la trabajadora social, trabajando con los monitores y voluntarios de allí y realizando actividades con los usuarios del centro, personas que padecen un trastorno mental grave (TMG).

Yo nunca había tenido contacto con personas de ese perfil, por lo que antes de comenzar las prácticas no sabía muy bien cómo tendría que actuar. No sabía si debería tratarles de alguna manera diferente, si presentarían necesidades muy especializadas que yo no podría cubrir, o si debido a mi inexperiencia en este ámbito podría realmente ayudar de alguna manera.

Sin embargo, poco a poco me fui dando cuenta que no había tantas diferencias entre los usuarios del centro y el resto de personas que no padecen una enfermedad mental. En algunas actividades me sorprendí de los magníficos resultados de muchos de ellos, en muchas ocasiones me ayudaban ellos a mí o a otros les prestaba yo mi ayuda. Es decir, cuanto más conocía a las personas usuarias del recurso, menos entendía el estigma de la salud mental. ¿Por qué habían de estar excluidas personas que, en muchos aspectos, tenían las mismas aptitudes que el resto de la población? ¿Por qué no eran contratadas personas tan motivadas y capaces para obtener un puesto de trabajo? ¿Por qué habían de ser temidas estas personas si no eran violentas, ni mucho menos peligrosas?

Así comenzó mi inquietud por el estigma de la salud mental, y con ello la idea de este proyecto.

Pensé que quienes tienen percepciones equivocadas acerca de las personas que padecen una enfermedad mental, deberían conocerlas para, como me ocurrió a mí, apreciar sus aptitudes y semejanzas. Además de esta manera se podría contribuir a eliminar el estigma y apreciar que no es justificable el trato que reciben en muchas ocasiones.

Así mismo observé que los usuarios del club social en pocas ocasiones se quejaban de las dificultades sociales a las que se enfrentaban, y cuando lo hacían me sorprendía la manera en la que

lo contaban, ya que a pesar de que eran situaciones desagradables, parecía que estuviesen acostumbrados, como si aceptasen ese estigma y no hiciesen nada por combatirlo.

Por ello creo este proyecto, para unir en un grupo a personas que padecen un trastorno mental grave, y personas que nunca hayan tenido contacto con el sector (y por tanto puedan tener ideas estigmatizantes), para a través del mutuo conocimiento derribar el estigma de la salud mental y el autoestigma de las personas afectadas, tratando de mejorar así su calidad de vida, para después luchar juntos en la sensibilización de la reducción del estigma de la salud mental.

Las personas que conformarán el grupo serán por tanto de dos perfiles diferentes, personas que padezcan una enfermedad mental y personas sin contacto con este ámbito. Para el primer perfil utilizaré las personas que conocí en las prácticas, usuarios del Club Social de la Fundación Rey Ardid. Sin embargo, en relación al segundo perfil me fue más difícil pensar qué personas querrían pertenecer a un grupo de reducción del estigma de la salud mental siendo que esta problemática no les afecta en absoluto. Finalmente a raíz de mi experiencia personal como perteneciente a un grupo scout tanto de niña como de monitora, pensé aprovechar los valores educativos del movimiento scout (de igualdad, responsabilidad social, empatía, etc.), para la implicación de sus miembros en el proyecto.

Por todo ello la realización de este proyecto de intervención y del Trabajo de Fin de Grado surge de mi experiencia personal tanto en las prácticas como en el grupo scout, y mi motivación por el tema de la salud mental. El objetivo es poder contribuir en la mejora de la situación de las personas que conocí al realizar las prácticas y en la reducción del estigma de la salud mental, aprovechando los conocimientos adquiridos en la carrera durante estos cuatro años.

2. METODOLOGÍA

Para la realización del presente Trabajo de Fin de Grado, partiendo de la necesidad detectada para intervenir a través del proyecto y enfocándome en los objetivos, se ha empleado la siguiente metodología atendiendo al orden cronológico en la realización del mismo:

- Para acercarme a la realidad en la que quiero intervenir;
 - Documentación bibliográfica específica para obtener un conocimiento base de la realidad,
 - Entrevistas a las personas pertinentes del proyecto (trabajadora social, y voluntaria del Club Social de la fundación Ramón Rey Ardid y psiquiatra).
 - Encuestas sobre el estigma en salud mental a través de la red social Facebook en grupos específicos de la salud mental y el trabajo social.
 - Grupos focales con los usuarios del club social para conocer la propia visión de los destinatarios del proyecto.
 - Grupos de discusión con compañeros del grupo scout santa María 27 para conocer la propia visión de los destinatarios del proyecto.

- Para diseñar el proyecto de intervención
 - Revisión bibliográfica específica.
 - Documentación acerca de experiencias similares.
 - Asistiendo personalmente al curso “Proyectos buenos para la convocatoria de subvenciones” de la coordinadora aragonesa de voluntariado.
 - Documentación acerca de experiencias similares.

3. FUNDAMENTACIÓN

3.1. MARCO TEÓRICO

3.1.1. SALUD MENTAL

En el concepto de salud no debemos centrarnos únicamente en las dolencias o sintomatologías físicas, sino que también debemos atender a aquellas relacionadas con la salubridad mental y social. *“La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”* (OMS, 2006:1).

Así mismo, la Organización Mundial de la Salud, en diciembre de 2013 define la salud mental como *“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)

3.1.2. TRASTORNO MENTAL GRAVE

Debido a que el tema central del trabajo es el estigma en la salud mental, y los destinatarios y beneficiarios del proyecto son personas que padecen un trastorno mental grave, es imprescindible un conocimiento previo de este concepto.

En el DSM- V (2014) se define el Trastorno Mental como:

"Síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental. Habitualmente los trastornos mentales van asociados a un estrés significativo o una discapacidad, ya sea social, laboral o de otras actividades importantes" (Asociación Americana de psiquiatría, 2014: 20)

De acuerdo a la Guía Salud, organismo del Sistema Nacional de Salud (SNS), para que se pueda considerar que una persona padece un Trastorno Mental Grave deben reunirse, al menos, las siguientes tres características:

A. Diagnóstico clínico:

Los diagnósticos clínicos referidos al Trastorno mental grave entran dentro del grupo de trastornos psicóticos.

El término psicótico se ha definido como *“una pérdida de las fronteras del ego o un grave deterioro de la evaluación de la realidad”*. (Asociación Americana de psiquiatría, 1995: 279)

“La definición más restrictiva del término psicótico se refiere a las ideas delirantes y a las alucinaciones manifiestas que son reconocidas como experiencias alucinatorias por el sujeto. Aun más amplia es la definición que incluye otros síntomas positivos de la esquizofrenia (p ej. lenguaje desorganizado, comportamiento gravemente desorganizado o catatónico)”. (Asociación Americana de psiquiatría, 1995: 279)

De acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10, los diagnósticos clínicos que pueden dar lugar a padecer un Trastorno Mental Grave son los siguientes (desarrollados en anexo 1):

- F20. Trastornos esquizofrénicos.
- F21. Trastorno esquizotípico.
- F22. Trastornos delirantes persistentes.
- F24. Trastorno delirante inducido
- F25. Trastornos esquizoafectivos.
- F28 y F29. Otros trastornos psicóticos de origen no orgánico.
- F30. Episodio maníaco.
- F31. Trastorno bipolar.
- F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos
- F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos
- F33.3 Trastorno depresivo recurrente, episodio depresivo grave presente, con síntomas psicóticos
- F60.0 Trastorno paranoide de la personalidad
- F60.1 Trastorno esquizoide de la personalidad
- F 60.3 Trastorno de la personalidad emocionalmente inestable

B. Duración del trastorno:

La evolución del trastorno debe ser mínima de dos años para que pueda ser considerado un trastorno mental o presentar un deterioro perpetuado y gradual con respecto al funcionamiento en los seis últimos meses, habiendo abandonado los roles sociales y mostrando una posible cronicidad. (Guía Salud, 2010)

C. Presencia de discapacidad

La discapacidad reflejará el grado de disfunción personal, social laboral y familiar del paciente. En este caso, para que pueda pertenecer al grupo de personas que padecen un Trastorno Mental Grave, la discapacidad debe suponer graves dificultades en los ámbitos anteriormente nombrados.

Para medir el grado de discapacidad, se pueden utilizar diferentes escalas;

- Según la Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG), se deberán presentar puntuaciones menores que 50.
- Según la escala de evaluación de la discapacidad de la OMS (DAS-I), se deberán presentar puntuaciones menores que tres en todos sus ítems.
- Según el National Institute of Mental Health (1987), citado por la Guía Salud (2010), esta discapacidad producirá, como mínimo dos de los siguientes aspectos:
 - Desempleo, o empleo protegido o apoyado, habilidades claramente limitadas o historia laboral pobre.
 - Necesidad de apoyo económico público para mantenerse fuera del hospital y es posible que precise apoyo para procurarse dicha ayuda.
 - Dificultades para establecer o mantener sistemas de apoyo social personal.
 - Necesidad de ayuda en habilidades de la vida diaria, como higiene, preparación de alimentos o gestión económica.
 - Conducta social inapropiada que determina la intervención del Sistema de Salud Mental o del Sistema Judicial.

3.1.3. ESTIGMA

Tras realizar las prácticas en el Club Social de la Fundación Rey Ardid y conocer y realizar actividades con personas que padecen un TMG, fui consciente del estigma que lleva agregado esta enfermedad, así como de las fuertes problemáticas que acarrea para el colectivo. Por ello considero imprescindible indagar acerca del estigma y su relación con la salud mental, para entender el concepto del que partimos y al que deberemos enfrentarnos mediante el proyecto de intervención.

El origen del término “estigma” proviene de los griegos, quienes lo utilizaban para referirse a las marcas corporales con las que se identificaba a personas que debían evitarse públicamente, como esclavos, criminales o traidores. (Goffman, 1963)

Si buscamos el término estigma en el diccionario, nos damos cuenta que únicamente hace alusión a aspectos físicos; *“huella de las que aparecen en el cuerpo...”* según el diccionario de María

Moliner (1990), o “*marca o señal en el cuerpo*” según el diccionario de la Real Academia española (2014).

Sin embargo actualmente este concepto no es utilizado para referirse a los signos corporales que designan algo negativo, sino que el término estigma ha pasado a relacionarse de manera directa con el mal.

Erving Goffman, pionero en el estudio del estigma, se refirió a este término como “*atributo profundamente desacreditador, el cual degrada y rebaja a la persona portadora del mismo*”. (Goffman, 1963: 13).

Distinguimos entre dos tipos de estigma; el estigma público y el estigma propio o autoestigma.

- Estigma público:

El estigma público es el que manifiestan los miembros de la sociedad hacia un grupo minoritario. “*el estigma público consiste en las reacciones del público general hacia un grupo basadas en el estigma sobre ese grupo*” (Arnaiz y Uriarte, 2006: 50).

La sociedad establece una serie de aspectos o atributos que son aceptados dentro de la sociedad y otros que no lo son. “*Establece los medios para categorizar a las personas y el complemento de atributos que se perciben como corrientes y naturales en los miembros de cada una de esas categorías.*” (Goffman, 1963: 11)

Cuando un atributo genera en los demás una depreciación elevada, pasa a considerarse estigma. Esta evaluación negativa es reconocida por la sociedad, por ello, aquellas personas que tengan alguno de esos atributos no aceptados serán estigmatizados, anulándose el resto de atributos o cualidades de su persona. “*Yo estaba enferma, no hay duda de ello, pero no todo en mí estaba enfermo*”. (Lauveng, 2010:98).

Goffman identifica los símbolos del estigma como “*aquellos signos especialmente efectivos para llamar la atención sobre una degradante incongruencia de la identidad, y capaces de quebrar lo que de otro modo sería una imagen totalmente coherente, disminuyendo de tal suerte nuestra valorización del individuo*”. (Goffman, 1963: 58)

A través del estigma se relaciona directamente a la persona que padece el atributo estigmatizado con alguien indeseable, en lugar de enfocar los atributos personales por separado. Como defiende Adrián Badallo (2013) el estigma clasifica a los individuos en las categorías sociales que se

relacionan de manera directa con aspectos negativos para los estigmatizantes. De esta manera, las personas que posean alguna característica estigmatizante son directamente catalogadas y excluidas, ignorándose muchas otras características de su persona.

Goffman (1963) diferencia entre la identidad social virtual y la identidad social real. La identidad social virtual es aquella que atribuimos a las personas en relación a la apariencia que nos dan. Sin embargo, la identidad social real son la categoría y los atributos que en realidad pertenecen a esa persona. De esta manera podemos decir que el estigma se crea en base a una identidad social virtual, ya que la apariencia percibida proviene del atributo devaluado, y no nos permite apreciar la identidad social real de la persona.

El medio social determina las categorías de personas que le pertenecen. Por ello, los atributos que se consideran válidos para cada categoría social dependen de muchos factores sociales como la cultura, el país, la religión, las clases sociales, el momento histórico...

Es por tanto el estigma una construcción social en la que se establecen dos grupos (estigmatizadores y estigmatizados) en base a una relación de poder. El grupo estigmatizador ejerce su poder sobre el grupo estigmatizado al devaluar a la persona en función de su atributo indeseable. *“El estigma se da de un grupo dominante hacia un grupo marginal. Nunca de modo inverso, puesto que al padecer un estigma provoca una situación de exclusión social”* (Badallo, 2013:102).

“Los sanos o los que se creen sanos siempre tienen que estar por encima de los que tenemos una enfermedad mental” Persona del grupo focal. (Mirar anexo 3.1.).

De acuerdo a diferentes investigaciones acerca del estigma público, se ha establecido que éste se manifiesta en tres dimensiones; los estereotipos, los prejuicios y la discriminación.

“El estigma es como una marca o atributo que vincula a la persona con características indeseables y se manifiesta en tres aspectos del comportamiento: estereotipos, prejuicios y discriminación”. (Badallo, 2013:105)

En la guía para el diseño y la elaboración de planes locales y de sensibilización realizada por el observatorio Español del Racismo y xenofobia se definen estos tres términos de la siguiente manera:

Estereotipo:

“conjunto de creencias, opiniones o ideas simplificadas sobre ciertas personas o miembros de un determinado grupo y que se definen por conferir a éstos unas características particulares que ejercen de modelo para elaborar juicios de valor. La generación de estereotipos obedece tanto a la necesidad de simplificar la realidad como a la dificultad para crear una opinión en función de la experiencia propia (o de un conocimiento directo).” (Marugaz, Díaz, Montero y Bernandez, 2009:173)

Prejuicio: *“Categorización negativa y discriminatoria contra algún elemento apenas conocido o novedoso que suele llevar implícita cierto comportamiento actitudinal. Son tendencias evaluativas dirigidas hacia los grupos sociales y sus miembros”.* (Marguan, Diaz, Montero y Bernandez, 2009:181)

Discriminación:

“Distinción, exclusión, restricción o preferencia basada en criterios étnicos, sociales, culturales, religiosos, de orientación sexual etc... que tenga por objeto o por resultado anular o menoscabar el reconocimiento, goce o ejercicio en condiciones de igualdad de los derechos humanos y libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural o en cualquier otra esfera de la vida pública”. (Marguan, Diaz, Montero y Bernandez, 2009:171)

La psicología social partiendo de una actitud negativa hacia un grupo o categoría social, estudia la relación de estos tres aspectos:

“el estereotipo sería el conjunto de creencias acerca de los atributos asignados al grupo, el prejuicio, el afecto o la evaluación negativa del grupo y la discriminación la conducta parcial o negativa en el tratamiento a las personas en virtud de su pertenencia al grupo o categoría” (Morales y Huici, 2003:75).

Por todo ello, no debemos olvidar que los estereotipos son conocimientos creados socialmente para categorizar a las personas en grupos sociales definidos, es decir, los estereotipos de un grupo social determinado no definen a las personas que pertenecen a él. En consecuencia, las emociones que sentimos al aceptar los estereotipos son los prejuicios, por lo que deberíamos cuestionarnos personalmente si son justificables nuestras emociones o han sido transferidas socialmente, ya que si no, podríamos actuar injustamente con comportamientos discriminatorios.

Cuando esta discriminación es permanente por gran parte de la sociedad, se produce una situación de exclusión social del grupo estigmatizado, generando la marginación social de sus miembros, de la que difícilmente podrán salir.

“Porque ella tenía ganas de estar conmigo de verdad, era alguien que me conocía como Arnhild y no como a un diagnóstico”. (Lauveng, 2010:67)

- Autoestigma:

Cuando las personas estigmatizadas interiorizan respecto de sí mismas esos atributos negativos establecidos por la sociedad, hablamos del concepto de autoestigma.

De este modo no sólo conocen el estigma, sino que también lo asumen, aceptando como ciertos los prejuicios y estereotipos acerca del grupo social al que pertenecen, y por tanto también de sí mismos. *“Las personas que vuelven el prejuicio contra sí mismas aprueban el estereotipo”.* (Arnaiz y Uriarte, 2006: 52)

El autoestigma conlleva algunas consecuencias negativas como la disminución de la autoestima. *“Si consideran que las actitudes estigmatizadoras son legítimas, es más probable que su autoestima y autoeficiencia sean bajas”.* (Arnaiz y Uriarte, 2006: 53).

En la encuesta realizada sobre el estigma y la salud mental (ver anexo 9), un 56,3% consideran que el autoestigma repercute bastante en la enfermedad, un 28,1% consideran que repercute mucho, y un 15,6% consideran que no repercute nada.

“Cuando tienes una enfermedad que está asociada a estereotipos y prejuicios que te enjaulan, puedes llegar a quedarte encerrado por siempre pensando que ese es tu lugar” Psiquiatra entrevistado (Mirar anexo 4.3.)

3.1.4. ESTIGMA Y TRASTORNO MENTAL GRAVE

Las personas que padecen enfermedades mentales son víctimas de este estigma público y en ocasiones, también del autoestigma.

A pesar de que se ha ido avanzando en el tratamiento y la concepción de las personas con enfermedad mental, el estigma público sigue existiendo. *“No conduce sólo a dificultades derivadas de los síntomas de la enfermedad, sino también a desventajas a través de las reacciones de la sociedad, pues los malentendidos de la sociedad sobre los trastornos mentales graves dan como resultado el estigma”.* (Arnaiz y Uriarte, 2006:49)

Al hablar del estigma en los grupos focales realizados con personas que padecen un TMG (Anexo 3.1.), todos los asistentes coincidieron en que la enfermedad mental se enfrenta a un fuerte estigma público. Desde su experiencia personal, todos se habían sentido infravalorados, incomprendidos y rechazados por el hecho de padecer una enfermedad mental.

El estigma hacia las personas que padecen una enfermedad mental repercute negativamente en sus vidas en diferentes ámbitos. Algunos autores han identificado estas consecuencias del estigma. López, Laviana y López, (2006) identifican las siguientes consecuencias del estigma: disminución de la autoestima personal, el favorecimiento del aislamiento, así como el retraso o inhibición de la petición de ayuda y el aumento de dificultades para las relaciones sociales, la vivienda, o la atención sanitaria y social.

Todos estos aspectos producen a su vez un retroceso en la vida de estas personas así como en su recuperación diagnóstica e inclusión social. *“Si la gente rompiera ese prejuicio y se pararan a conocer a la persona estoy segura que no habría ningún problema de inclusión”* Voluntaria entrevistada (anexo 4.2.).

En la encuesta realizada sobre el estigma y la salud mental (ver anexo 9), un 50% de los encuestados consideran que el estigma repercute bastante en la enfermedad mental, un 46,9% considera que repercute mucho y un 3,1% considera que no repercute nada.

A continuación cito algunos autores que coinciden en la idea de que el estigma social repercute en negativamente en la evolución de la enfermedad mental y la calidad de vida de esas personas.

“Las personas con enfermedades mentales con frecuencia experimentan procesos de estigmatización que influyen negativamente sobre su bienestar, recuperación e integración social”. (Muñoz, Guillén y Pérez-Santos, 2013:10)

“El estigma público en la enfermedad mental constituye una barrera para la búsqueda de tratamiento, además favorece las recaídas y que las personas afectadas permanezcan en aislamiento, lo que conduce al desempleo y un deterioro de las condiciones de vida de las familias”. (Mora, Natera, Bautista y Ortega, 2013: 46)

“Las personas afectadas por trastornos mentales graves son las que más sufren los efectos del estigma, lo que se refleja en una disminución de las oportunidades para disfrutar de una vida autónoma e independiente y de calidad, sobre todo para establecer relaciones sociales y de pareja, así como dificultades para tener un empleo, vivienda y acceso a los servicios de salud”. (Mora, Natera, Bautista y Ortega, 2013: 47)

“Se tarda mucho en acudir a pedir ayuda ante un problema de salud mental. Ir al psiquiatra es afirmar el problema, estigmatizado, de la salud mental. Pero todo ese tiempo que se pierde negando el problema, retrasa y dificulta más tarde la recuperación. Es como una bola de nieve, que se hace cada vez más grande”. Psiquiatra entrevistado (mirar anexo 4.3.)

El estigma repercute en la enfermedad mental. “la persona afectada prefiere no expresar su condición por miedo al rechazo, a que se le vea de forma diferente y se le juzgue sólo en base a su enfermedad”. Trabajadora social del Club Social de la fundación Ramón Rey Ardid en la entrevista realizada (Anexo 4.1.)

3.1.5. REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL

Siguiendo a Manuel Moix Martínez (1991), el bienestar social forma un sistema en el que se encuadran ordenadamente todas las instituciones, servicios y programas de un país. La finalidad de este sistema es proteger a la población en aspectos tanto teóricos como prácticos

Además de los problemas psicopatológicos, las enfermedades mentales conllevan otras variaciones funcionales y sociales que dificultan su autonomía personal y el transcurso habitual de sus vidas, generando, como hemos visto en la definición de trastorno mental grave, la discapacidad (medida en su grado de disfunción personal, social laboral y familiar).

Según la Asociación Española de Neuropsiquiatría:

“Las personas que sufren enfermedades mentales graves y crónicas como esquizofrenia u otras psicosis presentan problemas muy complejos que no se reducen a la sintomatología psicopatológica sino que afectan asimismo a otros aspectos como el funcionamiento psicosocial y la integración en la comunidad”. (AEN, 2002:11)

Las dificultades de ejecución de las actividades en los campos laborales, sociales, personales, familiares etc., provocan por consiguiente la exclusión social, ya que la persona que padece la enfermedad no es capaz de desempeñar lo que la sociedad espera de ellas. *“La enfermedad constituye la alteración en el desempeño de las funciones y roles sociales que se esperan del individuo como miembro de la comunidad y perteneciente a un grupo social determinado”* (Miranda, 2015: 100)

Como vemos, una vez más el estigma dificulta la inclusión social de las personas que padecen un TMG, ya que están establecidos los roles sociales que son aceptables y los que no en la sociedad.

“Analizando la influencia de lo socioambiental en los trastornos mentales, se llega a la conclusión de que variables socioestructurales como la intolerancia social, la marginación, el status social bajo y las malas condiciones del hábitat, dificultan enormemente la rehabilitación psicosocial y por ende, hipotecan la normalizada integración sociocomunitaria de aquellos que sufren un trastorno mental severo y crónico.” (Fernández y Sánchez, 2003:7).

Por tanto, la rehabilitación no debe orientar su visión únicamente en los síntomas derivados de la enfermedad, sino mirar más adelante, enfocando también sus intervenciones hacia las consecuencias de las sintomatologías, para tratar de lograr la integración social de las personas que padecen un TMG.

Se debe trabajar a través una intervención que no se enfoque únicamente en los síntomas, sino también en las consecuencias de éstos, mediante una función rehabilitadora. La rehabilitación psicosocial trata de actuar en favor de la persona atendiendo también a su entorno, ayudándole a aprovechar sus capacidades y habilidades para mejorar su autonomía personal y que pueda desempeñar las funciones y roles sociales requeridos, contribuyendo a así a su inclusión social.

“El objetivo general de la rehabilitación psicosocial, es el de facilitar a las personas discapacitadas un mejor uso de su capacidad en el mejor contexto social posible”. (Gómez y Zapata, 2000:329).

Mediante la rehabilitación psicosocial se ayuda a personas que presentan dificultades psíquicas con su entorno a saber emplear por ellas mismas todas sus áreas para favorecer su integración social. (Rodríguez, 1997)

En este aspecto representa un papel fundamental el trabajador social, relacionando a las personas con sus medios sociales para lograr su inclusión social. *“El trabajador social dentro del equipo rehabilitador realizará intervenciones tanto específicamente rehabilitadoras como de integración social, aunque con un mayor peso específico en la segunda”* (Miranda, 2015:105).

3.1.6. LEGISLACIÓN

En este apartado hago una breve referencia a las principales leyes más relevantes en el ámbito de la salud mental. (Desarrolladas más ampliamente en anexo 2).

REFERENCIAS INTERNACIONALES

Naciones Unidas

Resolución 46/119 de 17 de diciembre de 1991. Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental.

Declaración de Luxor de 1989 de los derechos humanos para los enfermos mentales de la Federación Mundial de la Salud Mental

MARCO NORMATIVO ESPAÑOL

Constitución Española

En su Capítulo III del Título I, de los principios rectores de la política social y económica, art. 43. Y art. 49., donde se enmarca algunos preceptos constitucionales que identifican derechos fundamentales a tener en cuenta en el ámbito de la salud mental.

Ley General de Sanidad

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad establece la creación de un Sistema Nacional de Salud como instrumento destinado a hacer efectivo el derecho a la protección de la salud de los ciudadanos, Título Preliminar, Capítulo I.

Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica

Por Orden de 27 de julio de 1983, se creó la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica por parte del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

El reto de esta ley es atender las necesidades de aquellas personas que, por encontrarse en situación de especial vulnerabilidad, requieren apoyos para desarrollar las actividades esenciales de la vida diaria, alcanzar una mayor autonomía personal y poder ejercer plenamente sus derechos de ciudadanía.

Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre

Mediante este decreto se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.

Ley 16/2003 de 28 de Mayo de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

En su exposición de motivos título III, reconoce la atención de la salud mental en sus prestaciones de atención primaria y especializada.

Ley general de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social

Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social.

MARCO NORMATIVO AUTONÓMICO

Estatuto de Autonomía de Aragón

Establece la organización institucional y las competencias que asume la Comunidad Autónoma de Aragón.

Bases para la Reforma Psiquiátrica en la Comunidad Autónoma de Aragón

Se establecen las Bases para la Reforma Psiquiátrica en la Comunidad Autónoma de Aragón, especifica que la salud mental es un componente específico pero inseparable del concepto integral de salud y que los dispositivos de salud mental deberán integrarse en el Servicio Aragonés de Salud.

Ley del Servicio Aragonés de Salud

Crea el Servicio Aragonés de Salud como un instrumento del desarrollo de los principios inspiradores de la reforma sanitaria en el territorio aragonés.

Ley del Instituto Aragonés de Servicios Sociales

Sistema de información asistencial

Se regula el sistema de información asistencial, de ámbito social y sanitario en la Comunidad Autónoma de Aragón.

Ley de Salud de Aragón

Regula las actuaciones que permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Aragón.

3.2. PROBLEMAS Y NECESIDADES DE LAS PERSONAS QUE PADECEN UN TMG

Al haber tenido contacto con personas que padecen un TMG tanto en las prácticas en el Club Social como más adelante en este mismo recurso, he podido contemplar los problemas a los que se enfrentan estas personas así como las necesidades que precisan. A pesar de que cada persona es diferente y por tanto los problemas y necesidades son personales, a continuación desarrollo los más frecuentes entre personas que padecen un TMG.

Siguiendo a Gisbert (2002) los problemas más comunes son los siguientes:

- Mayor vulnerabilidad al estrés, dificultades para afrontar las demandas del ambiente.
- Déficit en sus habilidades y capacidades para manejarse autónomamente.
- Dificultades para interactuar socialmente, pérdida de redes sociales de apoyo que en muchos casos se limitan sólo a su familia y situaciones de aislamiento social.
- Dependencia elevada de otras personas y servicios sanitarios y/o sociales.
- Dificultades para acceder y mantenerse en el mundo laboral.

Sin embargo, las personas que padecen un trastorno mental grave no sufren únicamente dificultades debido a su enfermedad, sino que también se enfrentan a problemas sociales provocados por otros factores que complican su inclusión social.

“La inclusión está relacionada con la integración, la cohesión, la justicia social y consiste en materializar la posibilidad de participación igualitaria de todas las personas de una sociedad en todas las dimensiones sociales (económica, legal, política, cultural, etc.).” (Médicos del mundo. S.f.)

En el Plan Nacional de Acción para la Inclusión Social del reino de España 2013-2016 (2014) introducido por el ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad, se detectan como factores que inciden en la exclusión social el empleo/desempleo, la educación, la vivienda y la salud.

La situación de vulnerabilidad de las personas que padecen un trastorno mental grave, provocada por aspectos como la discapacidad, dependencia, enfermedad, o discriminación y exclusión, y agravada enormemente por el estigma, dificultan una plena inclusión social de estas personas en todos los factores nombrados anteriormente.

En la encuesta realizada sobre el estigma y la salud mental (ver anexo 9), el 37,5% consideran poco posible la inclusión social de las personas que padecen un TMG, el 34,4% lo consideran bastante posible, el 21,9% muy posible, y el 6,2% nada posible. Así mismo, un 68,8% de los

encuestados considera que lo que más necesitan las personas que padecen un TMG es apoyo, respeto e igualdad social, frente al 31,3% que apuestan por una apropiada asistencia sanitaria.

- Empleo/desempleo

El empleo es una de las principales vías de normalización e inclusión social para todas las personas. Sin embargo, según la Fundación de Empleo y Salud Mental (s.f.), aproximadamente un 80% de las personas que padecen una enfermedad mental se encuentran en situación de desempleo.

El empleo, además de suponer independencia económica, puede generar beneficios importantes para las personas que padecen una enfermedad mental, como la mejora de su autoestima, la realización personal, o el aumento de redes sociales, entre otras, lo que puede revertir en la mejora de su salud y bienestar y contribuir al mismo tiempo en la inclusión social.

“El enfermo mental también tiene derecho a un puesto de trabajo, a adquirir las habilidades que le permitan su mantenimiento, a la dignidad que proporciona ganarse la vida por uno mismo, a la satisfacción y el aumento de la autoestima que supone llevar un sueldo a casa”. (Miranda, 2015:163)

Por ello se crean programas y servicios que facilitan el acceso de estas personas al mundo laboral a través de Centros ocupacionales de empleo (programas de necesidades especiales, programas de mantenimiento socio-personal, programas de capacitación pre-laboral y programas de integración laboral), centros especiales de empleo y empleo normalizado.

“Las personas con trastorno mental pueden trabajar y además es beneficioso para su salud mental. El trabajo es un mecanismo de inclusión, ya que facilita el desarrollo de las relaciones sociales, así como la participación en muchos otros aspectos que involucran el ejercicio de derechos de ciudadanía” (Fundación de Empleo y salud mental (s.f.))

Sin embargo, nos encontramos nuevamente con el hándicap del estigma de la salud mental en el área laboral. Al hablar del empleo en los grupos focales (anexo 3.1.), todos los asistentes coincidieron en que no se tienen las mismas oportunidades en el acceso a un puesto de trabajo si se padece una enfermedad mental, que si no se padece. “Si tú vas a una empresa y dices de primeras que tienes una enfermedad mental, despídete del puesto de trabajo” Un participante del grupo focal.

○ Vivienda

Las personas que padecen una enfermedad mental grave encuentran frecuentemente dificultades a la hora de acceder a una vivienda de manera autónoma. Esta situación fomenta su exclusión social, por lo que se crean algunos programas y servicios para facilitar su acceso a la vivienda, como pisos supervisados, residencias o plazas en pensiones supervisadas.

La insuficiente cobertura de estos servicios puede conllevar algunas consecuencias negativas para este colectivo. Gisbert (2002) identifica las siguientes problemáticas derivadas:

- Incremento del fenómeno de la puerta giratoria, al aumentar los reingresos hospitalarios.
- Uso inadecuado de la atención hospitalaria
- Dificultad para la desinstitucionalización de los pacientes que permanecen internados
- Sobrecarga de algunas familias, desbordadas por el cuidado y convivencia con su familiar enfermo.
- Aumento del riesgo de situaciones de marginación sin hogar

En este aspecto, me parece importante destacar la relación existente entre el sinhogarismo y los TMG. Según datos del Instituto Nacional de Estadística, en la encuesta de personas sin hogar del año 2012, un 16,6 % de las personas sin hogar padecían un TMG.

○ Apoyo económico

Debido a la escasa experiencia laboral de la mayoría de personas que padecen un TMG, muchas encuentran dificultades para mantenerse económicamente de manera autosuficiente. Por ello, se crean programas para apoyar económicamente a estas personas que no cuentan con una fuente de ingresos propia y tienen dificultades para obtenerlos debido a su enfermedad y al estigma social que soportan.

A pesar de que lo anteriormente descrito sean situaciones más o menos comunes a todas las personas, cada situación es diferente, por lo que cada caso se debe tratar de manera individualizada, contemplando todos los aspectos de la persona (familiares, económicos, sociales, psicológicos, médicos, etc.).

El Instituto Nacional de la Seguridad Social perteneciente al Ministerio de Empleo y Seguridad Social, se encarga de administrar las prestaciones económicas del sistema de la Seguridad Social. Se establecen dos tipos de pensiones:

A) Pensiones contributivas: Su cuantía se determina en función de las aportaciones efectuadas por el trabajador.

- Incapacidad permanente: Incapacidad permanente parcial para la profesión habitual, total para la profesión habitual, absoluta para todo el trabajo y gran invalidez.
- Subsidios de maternidad y paternidad
- Muerte y supervivencia: pensión de orfandad. pensión de viudedad.
- Jubilación anticipada para personas con discapacidad

B) Pensiones no contributivas: Son prestaciones económicas que se reconocen a aquellos ciudadanos que, encontrándose en situación de necesidad protegible, carezcan de recursos suficientes para su subsistencia.

- Por invalidez: el departamento de ciudadanía y derechos sociales del Gobierno de Aragón establece lo siguiente: Las Pensiones no Contributivas por invalidez se abonan en 12 mensualidades más 2 pagas extraordinarias al año. La cantidad se establece de forma individualizada para cada persona. Para ello, se tiene en cuenta la renta de la persona que lo solicita y la de la unidad económica de convivencia.

Los pensionistas de Invalidez no Contributiva, cuyo grado de discapacidad sea igual o superior al 75% y acrediten la necesidad del concurso de otra persona para garantizar los actos esenciales de la vida, percibirán, además, un complemento del 50% de la renta fijada en cómputo anual.

- Por jubilación: La Pensión no Contributiva de Jubilación van dirigido a personas en situación de jubilación y en estado de necesidad, que no han cotizado o lo hayan hecho de forma insuficiente.

Las personas que padecen un TMG, dada la duración del trastorno y la gravedad de éste, en la mayoría de los casos no han podido acceder a un puesto laboral, o en caso de haberlo hecho, corta ha sido su trayectoria. Al realizar las entrevistas a usuarios en el Prácticum de Intervención en Trabajo Social en el club social, bajo era el porcentaje de personas atendidas que hubiesen trabajado, y las que lo habían hecho, su trayectoria laboral había durado muy poco tiempo. Si la enfermedad aparece en etapas tempranas de la vida (niñez- adolescencia-juventud), se corta o dificulta mucho la formación educacional, laboral o la incorporación al mundo laboral, y

conforme va avanzando la enfermedad y edad de la persona sin formación y previa experiencia, cada vez se va dificultando más su incorporación laboral.

Si a ello le añadimos el estigma social a la hora de contratar a personas que padecen un TMG, todavía se complica más la posibilidad de acceder a un puesto de trabajo (con todo lo que ello conlleva explicado anteriormente), y a la remuneración económica de éste.

Por todo ello, habitualmente las personas que padecen un TMG no tienen o han tenido experiencia laboral, por lo que sus recursos económicos son escasos, ya que dependen de las prestaciones del Estado (generalmente pensiones no contributivas). En este aspecto apreciamos una dificultad más asociada, ya que si la mayoría de estas personas no cuentan con recursos económicos propios y suficientes, se dificulta nuevamente el curso de sus vidas en muchos aspectos (vivienda, ocio, vida social, independencia familiar, autonomía económica...)

3.3. ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN PARA REDUCIR EL ESTIGMA EN SALUD MENTAL

Las estrategias más utilizadas en la reducción del estigma en salud mental suelen ser; la protesta, la educación y el contacto. Corrigan (2012) defiende estas tres estrategias.

1. Protesta

La protesta social se emplea para luchar frente a mensajes estigmatizantes y discriminatorios de los medios públicos, como reportajes, anuncios, declaraciones públicas, etc. Siguiendo a Corrigan (2012) con esta estrategia de protesta se consiguen eliminar comportamientos puntuales estigmatizantes, sin embargo los cambios suelen ser a corto plazo. “*La protesta lleva a la supresión de pensamientos estereotípicos y conducta discriminatoria*”. (Arnaiz y Uriarte, 2006:57).

2. Educación

Mediante la estrategia de educación en la reducción del estigma se proporciona formación e información a diferentes colectivos o personas para eliminar los estereotipos y falsas creencias de la salud mental y alertar así de su estigma. Corrigan (2012) defiende que los cambios positivos en la reducción del estigma de la salud mental son más efectivos con los adolescentes.

En la encuesta realizada sobre el estigma y la salud mental (ver anexo 9), el 78,1% de los encuestados apuestan por la educación como mejor estrategia para combatir el estigma.

3. Contacto

Esta estrategia se basa en el contacto directo y la interacción social de las personas afectadas para cambiar conductas y actitudes estigmatizantes. Mediante el contacto se refuerzan los efectos conseguidos con la estrategia de la educación.

Según diversos autores, como Corrigan (2012), y López (2008), la estrategia del contacto es la más indicada para combatir el estigma de la salud mental. *“La interacción cotidiana con personas afectadas, en contextos reales y en relaciones diferentes de las ligadas al rol de enfermo o enferma, parece ser así la mejor manera de cambiar actitudes y conductas”* (López, Laviana y López, 2006: 193)

En el proyecto de intervención del presente trabajo se utiliza como estrategia para reducir el estigma el contacto entre personas que padecen un TMG y personas que no. En consecuencia, este método también traerá implícita la estrategia de educación, ya que a través del proyecto revertimos en la educación en valores (de igualdad, empatía, responsabilidad social...) de todas las personas implicadas en el proyecto.

“Todas las estrategias tendrán su parte de efectividad, más o menos duradera, pero al final parece que la combinación de ellas, especialmente de la educación y el contacto, será las que mejores resultados obtengan”. (Miranda, 2015: 202)

En la encuesta realizada sobre el estigma y la salud mental (ver anexo 9), el 21,9% de los encuestados apuestan por el contacto como mejor estrategia para combatir el estigma.

“Con el contacto directo te olvidas de ver a esa persona como una persona enferma y la ves como un igual, cuando entré de voluntaria los miraba pero los miraba de lejos, es decir sin conocerlos ahora los miro como si mirara a un amigo, un conocido un vecino” Voluntaria del Club Social entrevistada (anexo 4.2.)

“No juzgues a una persona hasta que no la conozcas. Si nos conocieran se darían cuenta de que somos iguales”. Persona del grupo focal (Anexo 3.1.)

3.4. TRABAJO SOCIAL Y SALUD MENTAL

La International Federation of Social Workers (IFSW) (s.f.), en su propuesta de definición global del trabajo social define éste como una *“profesión basada en la práctica y una disciplina académica que promueve el cambio y el desarrollo social, la cohesión social, y el fortalecimiento y la liberación de las personas”*.

Así mismo, la IFSW reconoce como fundamentales en el trabajo social los principios de la justicia social, los derechos humanos, la responsabilidad colectiva y el respeto a la diversidad.

Como hemos podido observar, en el ámbito de la salud mental los principios anteriormente nombrados no se practican. Es por ello que el trabajador social debe intervenir en este aspecto, procurando el cambio social para paliar las carencias de estos principios y aminorar las barreras sociales que aíslan a las personas que padecen una enfermedad mental.

Según la IFSW (s.f.):

“El deber de cambio social se basa en la premisa de que la intervención del trabajo social se lleva a cabo cuando en la situación actual, sea a nivel individual, familiar, grupal, comunitario o social, se considera que hay una necesidad de cambio y desarrollo. Es impulsado por la necesidad de cuestionar y cambiar las condiciones estructurales que contribuyen a la marginación, la exclusión social y la opresión”.

Las personas que padecen una enfermedad mental, consideradas como una parte vulnerable de la sociedad, requieren de la intervención de los profesionales del trabajo social como parte de su recuperación.

Debido a que todas las personas somos seres sociales, necesitamos de la interacción social, la convivencia, la aceptación de los demás, la integración social, etc.

Como hemos visto anteriormente, las personas que padecen un TMG carecen de la socialización en la mayoría de los aspectos de su vida (debido a su enfermedad, su escasa red social, situación de desempleo...), lo que según muchos autores repercute negativamente en su proceso de recuperación.

Gómez y Zapata (2000) y Colom (2008) coinciden con esta idea:

“La enfermedad mental, cualquiera que sea su etiología o naturaleza, constituye siempre en su efecto y en sus síntomas un problema esencialmente social”. (Gómez y Zapata, 2000:15)

“La enfermedad es una circunstancia, temporal o indefinida, de la persona pero sigue siendo una circunstancia que cabe amortiguar reforzando a la persona y sus redes sociales”. (Colom, 2008:166)

“La actitud que la sociedad en general, adopta ante el enfermo mental, acaba teniendo una importancia decisiva en el curso, evolución e incluso el pronóstico de la enfermedad”. (Gómez y Zapata, 2000:18)

El trabajo social en salud mental debe ayudar a la integración del paciente en la comunidad, identificando los factores sociales que afectan a la enfermedad mental y trabajando en el acercamiento, tanto de la persona hacia la sociedad como de la sociedad hacia la persona o el colectivo. Para ello, se crean programas y servicios de ayuda y se trabaja en red con otros profesionales, con el objetivo común de mejorar la situación de la persona que padece un trastorno mental grave.

“El trabajador social sanitario estudia, identifica, trata y atiende los problemas sociales de las personas enfermas”. (Colom, 2008:159)

Siguiendo a Gómez Lavín (2000), en cualquier tratamiento psiquiátrico es imprescindible la reestructuración de la red social del enfermo. Por ello son los trabajadores sociales los encargados de intervenir en la mejora de sus relaciones sociales, procurando la reinserción del paciente en los diferentes ámbitos que le rodean (familiar, laboral y social).

Partiendo de las posibilidades de la persona, conociendo sus limitaciones y atendiendo a su entorno, el trabajador social (junto al resto de profesionales) pretenderá mejorar la situación de la persona, aumentando su autonomía e incluyéndola en el proceso, para que poco a poco vaya disminuyendo su dependencia de los profesionales y recursos y logre por si misma mejorar su calidad de vida.

“En salud mental, el trabajo debe organizarse a través de equipos Interdisciplinares, es decir, por profesionales diferentes encargados por un objetivo común, igualados en el momento de hacer sus aportaciones, pero diferenciados en el tipo de información y de intervención que pueden hacer, y capacitados para organizar sus actuaciones de acuerdo con las características y las prioridades del problema”. (Colom y Miranda, 1998:79)

“La salud mental es el sustrato de cualquier actividad comunitaria y social. No pueden darse la educación, el trabajo, las relaciones interpersonales positivas, la productividad y la felicidad sin la salud mental; no sólo de unos cuantos individuos, sino del conjunto social”. (Rozanes, 2015)

3.5. EXPERIENCIAS SIMILARES

3.5.1. 1 DE CADA 4

“1 de cada 4” es una iniciativa de la Junta de Andalucía de sensibilización sobre la enfermedad mental y las personas que la padecen. El objetivo de esta iniciativa es reducir el estigma y la discriminación social, identificados como los principales obstáculos para la recuperación.

Esta iniciativa engloba actuaciones tanto para la población general como a determinados grupos específicos, importantes para invertir los procesos de discriminación social a favor de la recuperación.

A continuación explico algunas de sus actuaciones.

Cine Mental. Festival de cortos y salud mental



Asaenes

Festival de cortos para desestigmatizar por medio de visiones positivas y desconocidas de las personas usuarias y sus familiares.

Compartiendo historias de vida



SAPAME

Apoyo desde una asociación para la recuperación y la construcción de un proyecto vital con sentido y satisfacción para la persona.

Encuentros provinciales



FAISEM

Encuentros de Personas con Trastorno Mental Grave usuarias de Faisem, familiares y profesionales del entorno de Salud Mental.

Sensibilización social



AFESOL

Programa que promueve la sensibilización y formación en salud mental de la comunidad a través de actividades socioculturales en la provincia de Málaga

3.5.2. OBERTAMENT

Obertament (Abiertamente) es un proyecto que nace para luchar contra el estigma y la discriminación que sufren las personas por razón de tener alguna problemática de salud mental, haciendo que se conviertan en protagonistas del cambio. Se ha constituido como una plataforma de participación de la sociedad en la modificación de las creencias, las reacciones emocionales y las conductas discriminatorias hacia las personas que viven algún trastorno mental, además de promover un tratamiento más normalizado de las mismas, favoreciendo su participación en los diferentes espacios comunitarios, laborales y de ciudadanía.

Este modelo defiende que con campañas de comunicación, sensibilizando colectivos específicos, dando respuesta a mensajes y prácticas discriminatorias, y promocionando el contacto social, se pueden conseguir a medio plazo cambios en actitudes y comportamientos que lleven a una disminución de situaciones discriminatorias vividas por las personas con problemas de salud mental. Apuesta por que las personas con problemática de salud mental sean el motor del cambio para potenciar su inclusión social.

3.5.3. CENTRO DE REHABILITACIÓN DIURNO LUZ DE LUNA

El centro de rehabilitación diurno Luz de luna, de la ciudad de Talcahuano en la región de Biobío en Chile, organizó unas jornadas antiestigma con el objetivo de generar un espacio de reflexión, encuentros de experiencias y desarrollar alianzas para buscar mecanismos que faciliten la inclusión social de las personas con diagnóstico psiquiátrico.

El equipo gestor realizó las jornadas para aminorar la discriminación y el estigma de la salud mental, potenciando el diálogo y la interrelación, lo que favoreció la implicación y participación de personas referentes en salud mental, proyectos sociales y personas interesadas. La confianza e interrelación que se logró potenció la disminución del estigma, mediante la defensa de los derechos de las personas con enfermedad mental.

Estas jornadas lograron que la enfermedad mental y el estigma se puedan abordar, debatir y enseñar en diferentes espacios y medios.

3.6. ANÁLISIS DEL CONTEXTO

En este apartado voy a situar a las personas que desarrollarán el proyecto de intervención en su contexto. Por un lado, con respecto a las personas que padecen un TMG, son usuarias del Club Social de la Fundación Ramón Rey Ardid, por lo que a continuación realizo un análisis de este sector. Por otro lado también llevarán a cabo el proyecto de intervención chicos y chicas de la rama “compañeros” del grupo scout Santa María 27, por lo que también explico este ámbito a continuación.

3.6.1. FUNDACIÓN RAMÓN REY ARDID

Esta fundación fue creada en Aragón en el año 1991 en honor al ilustre catedrático de psiquiatría Ramón Rey Ardid.

Es una entidad de carácter no lucrativo cuyo objetivo es proporcionar apoyo y ayuda a personas con dificultades de integración social y/o laboral así como a sus familiares, mejorando su calidad de vida y tratando de cubrir sus necesidades.

Para ello establecen programas para el desarrollo de actividades de asistencia, prevención, rehabilitación, integración socio-laboral y formación o realizando directamente estas funciones.

La fundación Ramón Rey Ardid divide sus actuaciones en las siguientes áreas: salud mental, mayores, menores, formación, integración y empleo y empresas sociales. En todas ellas trabaja ubicando a la persona en el centro de sus actuaciones y gestionando de manera eficaz los recursos disponibles.

El grupo Rey Ardid trabaja de manera coordinada con administraciones y entidades con objetivos similares a los suyos, siendo precursor de programas y servicios enfocados a la inclusión de personas vulnerables o en riesgo de exclusión social.

Los valores primordiales de la fundación Rey Ardid, en torno a los que centran todas sus actuaciones son la ética, la transparencia y la responsabilidad social.

Área de salud mental de la Fundación Ramón Rey Ardid:

Centrándonos en el área de la salud mental, la fundación Ramón Rey Ardid tiene como objetivo atender a las personas que padecen un trastorno mental grave interviniendo en el ámbito social y en el sanitario de manera complementaria.

Para ello desarrolla actividades, programas y servicios enfocados en los ámbitos médicos, psicológicos, conductuales y psicopatológicos, además de sociales, ocupacionales, vida doméstica, y ocio y tiempo libre.

CLUB SOCIAL

En el Club Social se pretende entrenar las habilidades sociales, de comunicación y motivaciones de las personas con Trastorno Mental Grave y fomentar la inclusión social de estas personas, ofreciendo el Club Social como un medio y no como un fin.

El objetivo del club Social es proporcionar un espacio de socialización a través de la realización de actividades de carácter lúdico, cultural y de ocio a personas que padecen un Trastorno Mental Grave. Estas actividades se realizan dentro de diferentes programas para favorecer la integración social de personas con enfermedad mental.

Los programas que contempla el Club Social los siguientes:

1) Programa de Ocio y Tiempo Libre:

Se realizan actividades lúdicas (dirigidas a personas adultas y con contenidos normalizados) en horario de tarde. El hecho de que los usuarios adquieran un compromiso de asistencia y una constancia, les ayuda a tener su vida ordenada, romper con la monotonía, entrenar habilidades sociales, de comunicación, motivacionales, configurar una nueva red social... y en cualquier caso, acabar con el aislamiento que algunas personas han podido estar sufriendo.

Los usuarios llegan al Club Social por derivaciones de otros centros o por voluntad propia. A partir de entonces, tienen una entrevista con la trabajadora social que les explica el funcionamiento del programa y les pregunta acerca de sus motivaciones y aptitudes. Después la trabajadora social realiza la valoración del usuario, determinando si puede acceder o no al Club Social. En algunos casos esta valoración la hace en coordinación con los psiquiatras y otros profesionales, para conocer más al usuario y sus necesidades.

Una vez que el usuario entra en el Club Social, decide en qué actividades le gustaría participar, y si hay plazas se inscribe en éstas. La trabajadora social lleva a cabo entrevistas de seguimiento de los usuarios y se mantiene en coordinación constante con los recursos sociosanitarios y la familia del usuario si es preciso.

2) Programa de actividades vacacionales

Cada año se desarrolla un Campamento de verano y un Viaje a la Playa. En el año 2012 el Viaje a la Playa se llevó a cabo del 31 de mayo al 5 de junio. El Campamento se realizó del 18 al 24 de junio.

3) Programa de Voluntariado local y europeo

En las actividades semanales, así como en las vacacionales, colaboran jóvenes voluntarios pertenecientes a la Sección Juvenil y de Voluntariado que han decidido ocupar parte de su tiempo libre ofreciendo sus capacidades, habilidades y formación a personas afectadas por problemas de salud mental.

4) Programa de Sensibilización “Sensibles a una vida mentalmente sana”

Este programa cuenta con tres sesiones con diferentes contenidos relacionados con la eliminación del estigma que recae sobre la enfermedad mental, los factores protectores de la salud mental y las alternativas de ocio saludables.

En el club social, la población atendida es la siguiente:

- Adultos que padecen un trastorno mental, que una vez cumplida la etapa en un Centro de Rehabilitación Psicosocial, necesitan temporalmente de un recurso de ocio protegido para completar su inserción social.
- Adultos que padecen un trastorno mental, que en un principio no necesitan rehabilitación, pero sí un lugar de referencia para aumentar su red social, aumentar sus recursos personales, organizarse, tener una motivación y utilizar, de manera beneficiosa, su tiempo libre.

3.6.2. GRUPO SCOUT.

El movimiento scout fue fundado en Inglaterra en el año 1907 por Robert Baden Powell.

Los objetivos de esta organización son la educación integral y la implicación social de sus miembros, favoreciendo un papel activo y constructivo en la sociedad.

El proyecto educativo de este movimiento se desarrolla durante la infancia, adolescencia y juventud, dividiendo estas edades en cinco etapas diferentes. El movimiento scout basa su educación en valores como la libertad, la justicia, la autonomía, la solidaridad y la responsabilidad personal y comunitaria, en el marco de la convivencia, el respeto y el servicio. Para ello, impulsa la comprensión y el desarrollo en nuestra sociedad, promoviendo el cuidado y defensa del Medio Ambiente y estimulando acciones de cooperación, servicio y voluntariado hacia los demás.

ETAPA COMPAÑEROS

La última etapa educativa se denomina etapa del Clan, Rover o Comunidad de Compañeros, y está formada por jóvenes a partir de diecisiete años. En este periodo, los jóvenes se comprometen de manera individual y colectiva en acciones de cambio social, proyectándose hacia los demás para cumplir el lema que rige su etapa: “servir”.

“Se trata de desarrollar un espíritu de servicio, el servir de nuestro lema, desde que el otro, cualquier otro, nos merece y que parte de reconocer sus derechos y atender a sus necesidades, cultivando una actitud de escucha que mejore la sensibilidad ante las demandas ajenas y que suponga una apertura solidaria y generosa que permita al Compañero salir de la generalizada actitud indiferencia y falta de implicación, un servicio desde la empatía”. (ASDE, 2009:39)

Para llevar a cabo este compromiso social comunitario que caracteriza la etapa de Clan en el movimiento scout, desarrollan un proyecto del Clan (también llamado reto o descubierta). Mediante este proyecto, los compañeros tratan de conocer la realidad social que les rodea, involucrándose colectivamente en acciones de cambio.

Según el cuaderno de progresión del compromiso de ser compañero, elaborado por la Asociación Scout de España (ASDE) y Scout de Aragón, el proyecto del clan crea una toma de contacto con realidades no cotidianas que sirven para vivir la necesidad del servicio, suponiendo un trabajo y esfuerzo colectivo para su realización.

4. DISEÑO DEL PROYECTO DE INTERVENCIÓN

4.1. OBJETIVOS

Objetivo general:

1. Mejorar la calidad de vida de personas que padecen un Trastorno Mental Grave

Objetivos específicos:

- 1.1. Posibilitar la interrelación entre personas que padecen un trastorno mental grave y personas que no lo padecen.
- 1.2. Reducir los prejuicios en un grupo de jóvenes sobre el trastorno mental grave.
- 1.3. Ayudar a personas que padecen un trastorno mental grave a reducir su propio estigma.
- 1.4. Sensibilizar a la sociedad sobre las capacidades de las personas que padecen un trastorno mental grave.
- 1.5. Facilitar la inclusión social de personas que padecen un trastorno mental grave.
- 1.6. Reducir el estigma de la salud mental en los grupos cercanos a los destinatarios del proyecto

4.2. DESTINATARIOS Y BENEFICIARIOS DEL PROYECTO

Destinatarios del proyecto: Grupo motor, formado por los usuarios del Club Social de la Fundación Ramón Rey Ardid y los compañeros del grupo scout.

Para el correcto desarrollo del proyecto, el número de participantes del grupo motor estará comprendido entre 10 y 15 personas, ya que, “en grupos numerosos no se logra una positiva interacción y en los pequeños no hay estímulo para la productividad”. (Contreras de Wilhelm, 1979:47)

Beneficiarios del proyecto: los beneficiarios del proyecto de intervención serán, tanto los integrantes del grupo motor, como el trabajador social/a que lo coordina, como el resto de población que reciba las actuaciones de éste para la reducción del estigma de la salud mental.

Evolución del proyecto (Ver anexo 10).

4.3. FUNCIONES DEL TRABAJADOR/A SOCIAL

Basándome en Zastrow (2008) y la Asociación para el Fomento del Trabajo Social con Grupos (2006), desarrollo las funciones que desarrollará el trabajador/a social en el proyecto.

- Función informativa y explicativa: El trabajador/a social será el encargado de divulgar el proyecto en sus inicios (tanto en el Club Social como en el Grupo Scout), informando a los interesados de los aspectos relativos a éste. Una vez seleccionado el grupo motor, el trabajador/a social se encargará de explicar a los participantes las actividades y acciones a realizar en el proyecto.

- Planificación: Para el correcto funcionamiento del grupo, el trabajador/a social será el encargado de planificar todas sus intervenciones, acciones y actividades a desarrollar por el grupo motor. En este aspecto será imprescindible una acción preventiva del trabajador/a social, que se anticipe a los posibles problemas del grupo y se adapte a su ritmo de trabajo. A pesar de que todas las acciones a desarrollar por el grupo motor serán previamente planificadas por el profesional, en este proyecto se procurará que sean los propios participantes quienes ideen y planifiquen sus acciones (con la ayuda y supervisión del profesional), favoreciendo una mayor motivación e involucración de los participantes en el proyecto.

- Función facilitadora: El trabajador/a social no se involucrará en las actividades como participante, para tratar de conseguir la mayor objetividad posible en los resultados. Para ello el profesional promoverá la autonomía del grupo (tanto a nivel individual como grupal), apoyándoles para que desarrollen sus capacidades, seleccionen los medios adecuados, articulen sus necesidades, identifiquen y resuelvan sus problemas de la mejor manera posible, etc. Es decir, el trabajador/a social actuará como un ayudante para guiar al grupo motor y que sea éste quien desarrolle las actividades en beneficio de los objetivos propuestos.

- Mediación: Si surgen conflictos en el grupo motor, el trabajador/a social será el encargado de intervenir en las disputas de manera neutral, escuchando a los participantes y acercando sus posturas para que ellos mismos creen acuerdos y solucionen los problemas para seguir avanzando como un grupo unido.

- Coordinación: El trabajador/a social será el encargado de coordinarse con los diferentes recursos y profesionales que colaboren en el proyecto.

- Evaluación: El trabajador/a social, será el encargado de realizar las evaluaciones del proyecto para comprobar si se han cumplido los objetivos propuestos.

4.4. ACCIONES Y METODOLOGÍA

FASES:

4.4.1. FASE 1. DAR A CONOCER EL PROYECTO

El primer paso será dar a conocer el proyecto que se quiere desarrollar para que se conozcan y las personas interesadas puedan apuntarse.

Actividades:

- Asamblea con los usuarios del club social. En esta reunión el trabajador/a social les explicará en qué consiste el proyecto que se quiere desarrollar, y en caso de que estén interesados cual será la siguiente fase (selección).
- Reunión con el coordinador del grupo scout Santa María 27 y con los monitores de los compañeros. En esta reunión se les presentará el proyecto que se quiere desarrollar y se establecerá una fecha para la reunión con los compañeros.
- Reunión con los compañeros del grupo scout Sana María 27. En esta reunión se les explicará en qué consiste el proyecto que se quiere desarrollar, y en caso de que estén interesados cual será la siguiente fase (selección).

Lugar: Las reuniones con las personas relacionadas con el grupo scout se realizarán en su local. Las reuniones con las personas del club social se realizarán en el Centro de Rehabilitación y Apoyo Psicosocial de la Fundación Ramón Rey Ardid (C.R.A.P. Actur).

Material: papel, bolígrafo y ordenador.

4.4.2. FASE 2. SELECCIÓN DEL GRUPO

Para seleccionar los miembros que conformarán el grupo motor, el trabajador social tendrá entrevistas personales con los compañeros del grupo scout y con los usuarios del club social.

En estas entrevistas el trabajador/a social podrá conocer a los interesados para saber qué actividades les gusta realizar o les interesan, así como su disponibilidad de tiempo, para después poder ajustar el calendario de actividades, ya que cuanto mayor sea la implicación de sus miembros, mejores resultados se obtendrán en el proyecto.

Tras la entrevista con las personas interesadas, el trabajador social/a pasará unas encuestas para analizar las sensaciones y percepciones de los interesados sobre el estigma (público y autoestigma) de la salud mental (anexo 6), y poderlas utilizar en la evaluación final más adelante.

El grupo seleccionado finalmente estará formado por un número de entre 10 y 15 personas.

Lugar: Las entrevistas a las personas del grupo scout se realizarán en su local. Las entrevistas a las personas del club social se realizarán en el C.R.A.P. Actur.

Material: Papel y bolígrafo y encuestas sobre el estigma de la salud mental.

4.4.3. FASE 3. PRIMERA REUNIÓN.

El trabajador/a social llamará a las personas seleccionadas para desarrollar el proyecto y les citará para una reunión inicial en la que explicará en que va a consistir el proyecto. Será importante explicarlo de manera clara y atrayente, ya que es la primera toma de contacto.

También se hablará de las normas que deben cumplir los miembros del grupo, así como de lo que se espera de ellos, y se presentará el calendario de actividades.

Por último, y para fomentar la participación desde el primer momento, se pasará el turno de palabra (voluntaria) a los participantes.

- Comenzaremos con dinámicas grupales de conocimiento: ronda de nombres para conocernos todos y ponernos cara. Quien quiera puede añadir algo sobre él para conocernos un poco mejor.
- Preguntas a los participantes: qué esperan del proyecto en sí y qué esperan recibir de él tanto a nivel personal como grupal, qué creen que pueden aportar al grupo y al proyecto, qué les gustaría hacer en el proyecto (si tienen alguna inquietud personal relacionada con el tema, alguna petición de actividad para realizar...).

A continuación haremos un juego de conocimiento “parejas” (desarrollado Anexo 7.1).

Por último pondremos un vídeo para finalizar la sesión. <https://www.youtube.com/watch?v=fH1-jelS55I>

Tras finalizar la reunión, el trabajador/a social realizará un acta de lo ocurrido en ésta. Estas actas se realizarán en todas las sesiones, que además de ser recogidas por el trabajador/a social, serán más adelante los propios participantes los encargados de hacer las memorias de las reuniones, para repartir las responsabilidades del grupo y conseguir mayor implicación de sus miembros.

Lugar: C.R.A.P. Actur.

Material: papel y bolígrafos, ordenador, rotuladores, cámara de fotos, proyector y sillas.

4.4.4. FASE 4. ACCIONES A DESARROLLAR

Las acciones que se desarrollarán estarán divididas en dos bloques; el primero será en el que se desarrollarán las actividades de ocio propias del proyecto, y el otro bloque estará dirigido a la sensibilización y difusión del proyecto en relación con la reducción del estigma de la salud mental.

BLOQUE 1. ACTIVIDADES DE OCIO

Con estas actividades se pretenderán conseguir los objetivos planteados 1.1., 1.2., 1.3., 1.5.

Video fórum

En cada sesión de video fórum se realizará el visionado de una película o vídeo que después será comentado por los miembros del grupo. Con esta actividad se tratará de encontrar los puntos comunes entre personas que padecen una enfermedad mental y personas que no, potenciando las similitudes entre ambas (no hace falta que estén todos de acuerdo en las opiniones, con apreciar que no hay diferencias en las capacidades de opinar y valorar una película o vídeo se concebirá como conseguido el objetivo). Las tres primeras películas serán preparadas por el trabajador/a social, y las siguientes serán pensadas por los participantes que se ofrezcan voluntariamente a pensar en alguna película adecuada para las sesiones. La propuesta será valorada por el trabajador/a social y el resto de participantes para incluirla en las sesiones. *“Tenemos que dejar de decirles a las personas lo que deben hacer y empezar a darles apoyo para que elijan”* (Anne Cooke, 2014:123)

Las películas que se verán serán las siguientes:

- En busca de la felicidad (Gabriele Muccino): con esta película se creará el debate para hablar sobre las diferentes maneras que tienen los personajes de afrontar un problema.
- Criadas y señoras (Tate Taylor): Identificación de actitudes estigmatizantes en la película y reflexión sobre si son razonables o no.
- Yo soy Sam (Jessie Nelson): a través de esta película se creará el debate para hablar de si las actitudes de los personajes hacia Sam están teniendo en cuenta sus verdaderas capacidades en el tema en cuestión (hacerse cargo de su hija).

En caso de que no haya propuestas se verán las siguientes películas:

- Billy Eliot (Stephen Daldry): Mediante el debate de esta película se intentará que los participantes identifiquen las dificultades y los mecanismos de afirmación personal y de autoestima para avanzar hacia los propios deseos.

- Cadena de favores (Mimi Leder): El debate de esta película se abrirá con lo que le dice el protagonista a otro personaje “creo que hay personas que tienen miedo... el mundo es duro para los que se dan por vencidos. Hay que cuidar más a la gente, quererla y protegerla”.
- Shrek (Andrew Adamson y Vicky Jensen): Con el debate de esta película se pretenderá que los participantes comparen la sociedad de la película con la nuestra. ¿Por qué actúa Shrek de esa manera? ¿Es así el, o es como otros esperan que sea?

Al finalizar cada sesión nos quedaremos unos 20 minutos para hablar de cómo ha ido, como nos hemos sentido etc, y reflexionar todos juntos. La persona encargada de realizar la memoria de la sesión podrá apuntar ideas que vayan diciendo los compañeros.

Lugar: C.R.A.P. Actur

Material: Ordenador, proyector, películas, sillas, cámara de fotos, papel y bolígrafo.

Artes

En las sesiones de arte los participantes realizarán diferentes actividades como (manualidades, dibujo, pintura...). El objetivo de las actividades de arte no es que consigan realizar la actividad en cuestión, sino que se relacionen entre ellos y se ayuden unos a otros. Las actividades serán la “excusa” para lograr la interrelación entre ambos colectivos. Las dinámicas han sido extraídas del canal de youtube “manualidades para todos”.

Las tres primeras sesiones estarán pensadas por el trabajador/a social, sin embargo las siguientes serán preparadas por los participantes que voluntariamente quieran hacerlo (contarán siempre con la ayuda y apoyo del trabajador/a social si la precisan). Los participantes que se ofrezcan voluntarios para preparar estas sesiones serán previamente responsabilizados de ello, como mínimo dos sesiones antes.

Al finalizar cada sesión nos quedaremos unos 15 minutos para hablar de cómo ha ido, como nos hemos sentido etc, y reflexionar todos juntos. La persona encargada de realizar la memoria de la sesión podrá apuntar ideas que vayan diciendo los compañeros.

Lugar: C.R.A.P. Actur.

Actividades:

- Actividad de arte 1: Rosetones de papel (Desarrollada anexo 7.2.)

Materiales: 100 hojas de colores, 5 reglas, 5 lápices, 5 pegamentos de barra.

- Actividad de arte 2: Zampoñas (Desarrollada en anexo 7.2.)

Materiales: 30 cañas de bambú, 5 rollos de lana de colores, 50 gomas de colores, 5 reglas, un cuchillo de sierra.

- Actividad de arte 3: Preparar el cartel para las jornadas finales “Gritando también tenemos corazón los desafinados”

Materiales: 10 Cartulinas grandes, 20 folios, 30 rotuladores de colores, 30 pinturas de palo, 5 rotuladores permanentes, 10 lápices, 5 gomas de borrar.

Las siguientes actividades de arte deberán ser preparadas por los propios participantes, sin embargo a continuación se proponen algunas por si no hubiese voluntarios.

- Actividad de arte 4: Bolas de malabarismo (Desarrollada anexo 7.2.)

Materiales: 5 botellas de plástico, 40 globos, 5 tijeras, 4 kg de arroz.

- Actividad de arte 5: Espejo personalizado, (Desarrollada anexo 7.2.)

Materiales: 15 espejos (10 cm x 10 cm), 15 cartones (15 cm x 15 cm), 30 rotuladores de colores, 15 pinceles, lápices de colores, 5 rotuladores permanentes, 5 tijeras, 3 botes de pegamento fuerte.

- Actividad de arte 6: Portalápices, (Desarrollada anexo 7.2.)

Material: 100 palos de madera de médico, 2 rollos de celo transparente, acuarelas de colores, 5 celos de colores, 20 vasos de plástico.

Audiovisual

Entre todos los participantes se realizará un vídeo para después difundirlo y reducir el estigma de la salud mental. El objetivo de esta actividad será crear juntos un vídeo en el que todos sean protagonistas y se sientan involucrados por igual, además de utilizarlo después para la difusión y sensibilización del proyecto. Los participantes serán quienes decidan y organicen la manera en que quieren hacer el vídeo, para conseguir que se sientan protagonistas del proceso, y aumentar así su implicación y motivación en éste.

Al finalizar cada sesión nos quedaremos unos 15 minutos para hablar de cómo ha ido, como nos hemos sentido etc., y reflexionar todos juntos. La persona encargada de realizar la memoria de la sesión podrá apuntar ideas que vayan diciendo los compañeros.

Lugar: Local del grupo scout Santa María 27.

Material: papel y bolígrafo cámara de fotos y cámara de vídeo, (el resto de materiales como disfraces, música etc., serán pensados por los participantes en la preparación inicial del video).

Reuniones de equipo

En estas reuniones se hablará entre todos los participantes de cómo está funcionando el grupo, como nos estamos sintiendo, cosas que nos están gustando, cosas que no, ideas nuevas... El trabajador/a social será quien lleve las riendas de las reuniones y quien realice el acta de éstas al finalizar

Por otro lado estas reuniones servirán para preparar el siguiente bloque de sensibilización y difusión del proyecto. Qué es lo que queremos hacer, de qué manera, dónde, con quién contamos, reparto de responsabilidades, etc.

Lugar: Local del grupo scout Santa María 27.

Material: papel y bolígrafos, cámara de fotos, sillas, y mesa.

BLOQUE 2. SENSIBILIZACIÓN Y DIFUSIÓN DEL PROYECTO

Este bloque tratará de difundir el proyecto realizado entre los grupos cercanos de los participantes, y sensibilizar a la población con respecto a la reducción del estigma de la salud mental. La expansión se realizará por dos vías, por un lado la vía relacionada con el grupo scout, y por otro lado la que mantiene relación con el club social, para después unirse todos en unas jornadas finales.

Los objetivos que se pretenderán obtener con este bloque serán: 1.1., 1.3., 1.4., 1.5.

Actividades en el grupo Scout:

En relación al entorno del grupo scout, se tratará de dar a conocer el proyecto realizado tanto en el grupo al que pertenecen los compañeros del proyecto (Santa María 27), como al resto de grupos scout de Aragón y de España, procurando sensibilizar a la población con respecto a la disminución del estigma de la salud mental. Para ello se realizarán las siguientes actividades:

A) Actividades en el Grupo scout Santa María 27

Para conseguir el objetivo propuesto se utilizará el “día de grupo” marcado en el calendario del grupo scout Santa María 27. Es un día en el que todo el grupo scout, se reúnen y realizan

actividades en relación a algún tema. Nuestro equipo del proyecto preparará las siguientes actividades en este día:

- Proyección del vídeo audiovisual para todo el grupo scout.
- Explicación para todo el grupo scout del proyecto realizado.
- Andada de 30 minutos por la zona todo el grupo scout Santa María 27 junto con el grupo motor.
- Actividad de sensibilización sobre la reducción del estigma en salud mental. Esta actividad será preparada por el grupo motor en las reuniones, sin embargo desarrollo un ejemplo de actividad que se podría realizar por si no surgiesen ideas en la reunión.

Actividad Isla desierta (Desarrollada anexo 7.3.)

En este caso, la memoria de la actividad la deberán realizar todos los integrantes del grupo motor, en la que escribirán cómo se han sentido en el día, si se han ido relacionando con personas nuevas en la andada, si se han sentido integrados, qué les ha parecido la actividad de la isla desierta... Además el trabajador/a social realizará el acta de las actividades realizadas.

Lugar: será decidido por el coordinador y los monitores del grupo scout.

Material: proyector, cámara de fotos, 100 folios, 30 bolígrafos, celo.

B) Difusión compañeros grupos scout de Aragón:

Para la difusión con los compañeros del resto de grupos scout Aragón se utilizará el día de “inter-compañeros”. El día de San Jorge se reúnen todos los scouts de Aragón y realizan actividades divididos por secciones (en relación a grupos de edad). Nuestro equipo del proyecto se encargará de preparar la actividad para la rama de compañeros de todos los grupos scout de Aragón (ya que los integrantes del grupo motor del grupo scout son de esa rama).

La actividad a realizar será preparada por el grupo motor en las reuniones establecidas para ello, sin embargo a continuación desarrollo un ejemplo de actividad por si no saliesen ideas para preparar en esas reuniones.

Ejemplo actividad: Juego de roles. (Desarrollada anexo 7.4.)

Lugar: será decidido por la asociación Scout de Aragón (SDA)

Material: cámara de fotos, papel y bolígrafos, una mesa y tres sillas, guión del juego.

- Actividades a nivel de ASDE (Asociación Scout de España)

Participación en el concurso de cortos de cada año de ASDE, una iniciativa que combina la creatividad con los contenidos educativos y valores Scouts. Se presentará el vídeo realizado por el equipo del proyecto en la actividad de audiovisual. (Cartel del concurso de cortos ASDE anexo 7.5.)

Lugar: online.

Material: vídeo de la actividad de audiovisual y ordenador.

Club social de la fundación Ramón Rey Ardid:

En el ámbito de la salud mental en relación con el Club Social se realizarán las siguientes actividades:

- Difusión del proyecto en el programa de radio del área de salud mental de la Fundación Rey Ardid “Gritando en voz baja”.
- Difusión del proyecto en el Blog del área de la salud mental de la Fundación Rey Ardid “Gritando en blog baja”.
- Charla participativa con los usuarios del centro de día y del club social del CRAP Actur. El objetivo de esta charla será reducir el autoestigma de las personas que padecen un TMG y resaltar las ventajas vividas por sus propios compañeros al realizar actividades fuera de los centros específicos de salud mental. En esta charla se realizarán las siguientes actividades:
 - Grupo de discusión para hablar sobre el estigma de la salud mental.
 - Explicación por el grupo motor del proyecto realizado y ronda de preguntas.
 - Proyección del vídeo preparado por el grupo motor en audiovisuales.

En este caso, la memoria de la sesión será realizada por todos los participantes del grupo motor. En ella deberán reflejar lo que les ha parecido la sesión, si creen que su experiencia ha podido ayudar a otras personas, si piensan que se ha podido reducir el autoestigma de los oyentes...

Lugar: Centro cultural Ibercaja Actur.

Material: papel y bolígrafos, sillas, cámara de fotos y proyector.

Jornadas “Gritando también tenemos corazón los desafinados”

Se realizarán unas jornadas con todas las personas interesadas del ámbito de la salud mental y de los grupos scout. Para ello, se invitará a todos los centros de salud mental de Zaragoza (usuarios, profesionales, voluntarios, familiares, amigos...) así como a todas las personas interesadas de los grupos scout de Zaragoza. Previamente a las jornadas se deberán inscribir las personas interesadas

en asistir a través del blog del área de salud mental de la Fundación Rey Ardid “Gritando en blog baja”.

Se comenzará con una presentación del día impartida por el trabajador/a social. Tras ello, se dividirá a los asistentes en pequeños grupos (anteriormente establecidos a partir de las inscripciones), mezclando a personas de todos los ámbitos. En cada grupo habrá dos personas del grupo motor que harán de moderadores (una perteneciente al grupo scout y otra al club social) para dirigir las dinámicas e ir tomando nota de lo que se hace y dice en ellas. El trabajador/a social del proyecto estará pasando por todos los grupos para resolver dudas y ayudar a los participantes.

Las actividades a desarrollar en los grupos pequeños serán las siguientes:

- Grupos de discusión para hablar del estigma de la salud mental. Se hablará (de manera voluntaria) de las experiencias vividas en relación al estigma. De las causas que piensan que lo provoca, de las actitudes que se toman personalmente para afrontarlo (si es que se afronta), de las opiniones acerca de cómo se podría luchar contra el estigma, y de todos los aspectos que vayan surgiendo y se consideren relativos al tema. En cada grupo se elegirá a un portavoz para que salga después a contar al resto de grupos lo que se ha hablado en el suyo.

- Actividad para potenciar las similitudes: A continuación todas las personas del grupo cerrarán los ojos, y los moderadores irán leyendo una serie de situaciones. Las personas que se hayan encontrado alguna vez en esa situación deberán levantar la mano, y después abrirán todos los ojos para observar si otras personas se han encontrado en la misma situación alguna vez. Si alguna persona del grupo quiere, podrá aportar alguna situación. El objetivo será resaltar los puntos comunes entre las personas del grupo (independientemente de que padezcan o no una enfermedad mental). Las situaciones que leerán los moderadores serán las siguientes:

- Yo alguna vez me he sentido solo.
- Yo alguna vez he necesitado ayuda.
- Yo me preocupo por los demás.
- A mí me gusta que se preocupen por mí.
- A mí me gusta que me presten atención.

Si algún miembro del grupo quiere aportar alguna situación más podrá hacerlo voluntariamente. Tras ello se disolverán los grupos y se volverá al sitio inicial. A continuación los portavoces de cada grupo saldrán para contar cómo se ha desarrollado la dinámica en su grupo.

Finalmente saldrá el grupo motor a contar su experiencia del proyecto y a resolver dudas de los interesados. Para cerrar las jornadas, se proyectará el video preparado en audiovisuales por el grupo motor.

En este caso, todos los integrantes del grupo motor deberán realizar la memoria de la sesión a través de las anotaciones que hayan ido cogiendo en sus grupos y los sentimientos y opiniones personales de las jornadas.

Lugar: Patio de la Infanta (Ibercaja)

Material: papel y bolígrafos, cámara de fotos, proyector.

4.4.5. FASE 5. FINALIZACIÓN DEL PROYECTO

Reunión de equipo

Al finalizar el proyecto se hará una reunión de equipo para evaluar el proyecto completo. Se reunirá todo el equipo y hablarán del proceso del proyecto. Las dificultades que han encontrado, las facilidades, los logros grupales y personales, los sentimientos finales, los cambios personales con vistas de futuro...

El trabajador/a social irá recogiendo todo lo que vayan aportando los participantes y realizará después el acta de la sesión.

Para finalizar la reunión el trabajador/a social volverá a pasar la encuesta inicial a los participantes sobre el estigma de la salud mental (Anexo 6). Con ello podrá evaluar el cambio conseguido en los participantes mediante el proyecto.

Tras la reunión, realizarán una actividad para dar por finalizado el proyecto (desarrollada anexo 7.6.)

Lugar: C.R.A.P. Actur.

Material: papel y bolígrafo, celo, sala, sillas y mesas, encuestas del estigma.

4.5. CRONOGRAMA

SEPTIEMBRE 2016

L	M	M	J	V	S	D
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30		

OCTUBRE 2016

L	M	M	J	V	S	D
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30
31						

NOVIEMBRE 2016

L	M	M	J	V	S	D
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30				

DICIEMBRE 2016

L	M	M	J	V	S	D
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30	31	

ENERO 2017

L	M	M	J	V	S	D
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30	31					

FEBRERO 2017

L	M	M	J	V	S	D
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28					

MARZO 2017

L	M	M	J	V	S	D
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30	31		

ABRIL 2017

L	M	M	J	V	S	D
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30
31						

MAYO 2017

L	M	M	J	V	S	D
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				



JUNIO 2017

L	M	M	J	V	S	D
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30		

Dar a conocer el proyecto

Selección del grupo

Primera reunión

Actividades de video
fórum(17-19 pm)

Actividades de artes (17-19
pm)

Reuniones de equipo (10-
12 am)

Actividad de audiovisuales
(12:30-14:30)

Actividad en el grupo scout
Santa María 27

Actividad grupos scout de
Aragón

Actividad de difusión
con el resto de usuarios
del Club Social

Jornadas "Gritando
también tenemos
corazón los desafinados

Reunión final

4.6. RECURSOS HUMANOS Y PRESUPUESTO

4.6.1. RECURSOS HUMANOS

- Trabajador/a social que coordina el proyecto
- Grupo motor: formado por usuarios del Club Social de la Fundación Ramón Rey Ardid y chicos y chicas en la etapa de compañeros del Grupo Scout Santa María 27.

4.6.2. PRESUPUESTO

- Trabajadora social. 1.116 € Salario total (124 horas trabajadas). (Desglose de horas de la trabajadora social anexo 5.1.).
- Recursos materiales: 998 € (Desglose de los materiales anexo 5.2.)
- Total presupuesto del proyecto: $1116€ + 998€ = 2114 €$

4.7. EVALUACIÓN

Para evaluar el proyecto, se llevarán a cabo tres tipos de evaluaciones en función del momento en que se realicen: evaluación inicial, evaluación continua y evaluación final.

Evaluación inicial

Mediante este tipo de evaluación se revisará los elementos del proyecto para ver si son o no idóneos para los problemas que queremos resolver y los objetivos planteados. En este caso, la evaluación inicial será llevada a cabo por el trabajador/a social del proyecto, quien realizará un análisis bibliográfico para acercarse a la realidad y poder establecer los elementos más adecuados.

Por otro lado, para evaluar el interés de las personas que se involucrarán en el proyecto y conformarán el grupo motor, llevará a cabo entrevistas grupales (fase 1 del proyecto) y personales (Fases 2 del proyecto) con todos ellos.

EVALUACIÓN FASE 1. DAR A CONOCER EL PROYECTO: La evaluación de esta actividad se llevará a cabo mediante el acta de la reunión realizada por el trabajador social, en la que se utilizarán los siguientes indicadores:

- Número de asistentes a las reuniones: La asistencia se evaluará según la tabla 1 del anexo 8.

- Número de personas que han manifestado su interés por el proyecto tras esta primera reunión: El éxito se evaluará según la tabla 2 del anexo 8.

EVALUACIÓN FASE 2, SELECCIÓN DEL GRUPO: La evaluación de esta fase se realizará mediante las encuestas y las entrevistas realizadas. A través de las encuestas entregadas a los participantes, podrá evaluar si son las personas adecuadas para formar el grupo motor y apreciar el punto de partida del proyecto para, una vez finalizado éste, observar y evaluar sus cambios.

- Entrevistas con los usuarios del Club Social: En estas entrevistas los indicadores de evaluación que se valorarán como positivos serán los siguientes aspectos:

- Que estén interesados en pertenecer al proyecto y quieran comprometerse con él.
- Que muestren un interés por la problemática del estigma de la salud mental.
- Que no cuenten con una red social muy extensa.
- Que no tengan una edad muy elevada, para que el grupo sea lo más homogéneo posible y facilitar así su desarrollo.
- Que presenten capacidad y motivación para relacionarse y realizar actividades de ocio fuera de los establecimientos específicos de salud mental.

- Entrevistas con los miembros del grupo scout En estas entrevistas los indicadores de evaluación que se valorarán como positivos serán los siguientes aspectos:

- Que estén interesados en pertenecer al proyecto y quieran comprometerse con él.
- Que no tengan o hayan tenido contacto anteriormente con personas que padecen un trastorno mental grave.
- Que muestren compromiso con el grupo scout, así como con la etapa de compañeros y el proyecto del clan.
- Que muestren compromiso e interés social.

Evaluación continuada.

Para el correcto desarrollo del proyecto será precisa una evaluación constante del proyecto y de las actividades que se vayan realizando en éste.

A continuación detallo la manera de evaluar de todas las sesiones:

EVALUACIÓN FASE 3. PRIMERA REUNIÓN: La evaluación de esta sesión se llevará a cabo mediante la observación del trabajador/a social y el acta de la reunión realizada por el trabajador social, en la que se utilizarán los siguientes indicadores:

- Asistencia: número de asistentes a la reunión: Se evaluará según la tabla 1 del anexo 8.
- Número de personas que participan voluntariamente en las preguntas o aspectos a comentar de la primera reunión: El éxito se evaluará según la tabla 3 del anexo 8.

EVALUACIÓN FASE 4. ACCIONES A DESARROLLAR:

Bloque 1. Actividades de ocio. Video fórum: La evaluación de esta actividad se llevará a cabo mediante las memorias de los participantes, las observaciones del trabajador/a social y las actas de las sesiones realizadas por éste, en las que se utilizarán los siguientes indicadores:

- Asistencia. Número de asistentes a la actividad: Se evaluará según la tabla 1 del anexo 8.
- Número de personas que participan voluntariamente en el coloquio de la película. El éxito se evaluará según la siguiente tabla
- Diferencias en las opiniones entre usuarios del Club Social y compañeros del grupo scout. Se considerará éxito que no haya diferencias en la manera de opinar en el coloquio, se considerará fracaso que se muestren diferencias en la manera de opinar entre ambos colectivos, tal y como se muestra en el gráfico 1 del anexo 8.

Bloque 1. Actividades de ocio. Artes: Las evaluaciones de las actividades de arte se realizarán por medio de las memorias de los participantes, la observación del trabajador/a social y las actas de cada sesión. En estas actas, los indicadores de evaluación serán los siguientes:

- Asistencia. Número de asistentes a la actividad: se evaluará según la tabla 1 del anexo 8.
- Ayuda que se prestan unos participantes a otros en el desarrollo de las actividades de arte.
- Conversaciones que van surgiendo mientras se realizan las actividades de arte.

Bloque 1. Actividades de ocio. Audiovisual: Las evaluaciones de esta actividad de audiovisual se realizarán mediante las memorias de los participantes, la observación del trabajador/a social y las actas de éste. En estas actas, los indicadores de evaluación serán los siguientes:

- Asistencia. Número de asistentes en cada sesión de la actividad: se evaluará según la tabla 1 del anexo 8.
- Participación de los participantes: cuanto más similar sea la implicación de ambos colectivos, mayor será el éxito del proyecto. Así mismo, a mayor participación de los

usuarios, mayor será el éxito de la actividad. Tal y como se muestra en los gráficos 2 y 3 del anexo 8.

- Reparto de responsabilidades: A mayor igualdad en el reparto de responsabilidades entre ambos colectivos mayor será el éxito de la actividad. Tal y como se muestra en el gráfico 1 del anexo 8.

Bloque 1. Actividades de ocio. Reuniones de equipo: Para la evaluación de las reuniones se utilizarán las actas del trabajador/a social en éstas. Los indicadores de evaluación de estas actas serán los siguientes:

- Asistencia. Número de asistentes en cada reunión: Se evaluará según la tabla 1 del anexo 8.
- Número de personas que participan voluntariamente en las preguntas o aspectos a comentar de las reuniones. El éxito se evaluará según la tabla 4 del anexo 8
- Satisfacción de los participantes: se obtendrá por medio de los comentarios que éstos vayan haciendo. Cuanto más positivos sean los comentarios de los participantes, mayor será el éxito del proyecto.

Bloque 2. Sensibilización y difusión del proyecto. Actividades en el grupo scout Santa María 27: La evaluación de esta actividad se realizará mediante la observación del trabajador/a social, las memorias de todos los integrantes del grupo motor, y el acta del trabajador social. Los indicadores de evaluación del acta serán los siguientes:

- Relaciones surgidas en el día de grupo durante la andada entre personas que padecen un TMG y personas que no.
- Número de personas que realizan preguntas y muestran interés en el proyecto una vez explicado éste. El éxito se evaluará según la tabla 5 del anexo 8.
- Número de personas que participan voluntariamente en el coloquio de la actividad de la isla desierta. El éxito se evaluará según la tabla 3 del anexo 8.
- Satisfacción de los participantes con la actividad de la isla desierta: se obtendrá por medio de los comentarios que éstos vayan haciendo. Cuanto más positivos sean los comentarios de los participantes, mayor será el éxito del proyecto

Bloque 2. Sensibilización y difusión del proyecto. Actividad compañeros grupos scout de Aragón:

La evaluación de esta actividad se realizará mediante las memorias de los participantes del grupo motor, la observación del trabajador/a social y las actas que éste realice. Los indicadores de evaluación de estas actas serán los siguientes:

- Satisfacción de los participantes con la actividad de juego de roles: se obtendrá por medio de los comentarios que éstos vayan haciendo. Cuanto más positivos sean los comentarios de los participantes, mayor será el éxito del proyecto.
- Manera en que van modificando la interpretación de los personajes. Cuanto más se vaya reduciendo el estigma con la interpretación de los personajes, mayor será el éxito de la actividad.

Bloque 2. Sensibilización y difusión del proyecto. Concurso de cortos ASDE (Asociación Scouts de España):

Para la evaluación de esta actividad únicamente se valorará que se haya presentado el vídeo de la actividad de audiovisual al concurso de cortos, ya que no se busca ganar el concurso sino únicamente la difusión del proyecto.

Bloque 2. Sensibilización y difusión del proyecto. Club Social de la Fundación Ramón Rey Ardid:

Para la evaluación de esta actividad se utilizará el programa de radio en el que se hable del proyecto y la entrada del blog en la que se publique contenido del proyecto. También se utilizarán las memorias de los participantes y la observación del trabajador/a social, así como su acta. Los indicadores de evaluación que se utilizarán en el acta serán los siguientes:

- Número de personas que realizan preguntas y muestran interés en el proyecto una vez explicado éste. El éxito se evaluará según la tabla 5 del anexo 8.
- Satisfacción de los participantes: se obtendrá por medio de los comentarios que éstos vayan haciendo. Cuanto más positivos sean los comentarios de los participantes, mayor será el éxito del proyecto.

Bloque 2. Sensibilización y difusión del proyecto. Jornadas “Gritando también tenemos corazón los desafinados”

- Número de personas que realizan preguntas y muestran interés en el proyecto una vez explicado éste. El éxito se evaluará según la tabla 5 del anexo 8.
- Satisfacción de los participantes: se obtendrá por medio de los comentarios que éstos vayan haciendo. Cuanto más positivos sean los comentarios de los participantes, mayor será el éxito del proyecto.

Evaluación final

Con la evaluación final se observarán en qué medida se han cumplido los objetivos propuestos del proyecto.

EVALUACIÓN FASE 5. FINALIZACIÓN DEL PROYECTO: Mediante la reunión final se evaluará el proyecto de manera conjunta entre el grupo motor y el trabajador/a social. Así mismo, se realizará la evaluación por medio de la observación del trabajador/a social y su acta de la sesión. Los indicadores de evaluación del acta serán los siguientes:

- Satisfacción de los participantes: se obtendrá por medio de los comentarios que éstos vayan haciendo. Cuanto más positivos sean los comentarios de los participantes, mayor será el éxito del proyecto.
- Frases y adjetivos escritos en las espaldas de cada participante.

Para esta evaluación final, el trabajador/a social pasará de nuevo las encuestas iniciales a los participantes, para observar el cambio obtenido una vez finalizado el proyecto.

Con estos tres tipos de evaluación se podrá evaluar el proyecto en profundidad y comprobar si se han cumplido los objetivos marcados del proyecto.

Además, una vez finalizado el proyecto, podremos apreciar su impacto observando si se siguen manteniendo las relaciones entre los participantes del grupo motor, si las personas que padecen un TMG y que han sido beneficiarias del proyecto comienzan a realizar actividades de ocio fuera de los centros específicos de salud mental, observando si se realizan actividades similares entre las personas beneficiarias del proyecto... Es decir, una vez finalizado el proyecto, no se pretende que se cierre al completo, sino que comience la expansión a partir de destinatarios y beneficiarios del proyecto sobre la reducción del estigma en salud mental.

5. CONCLUSIONES

Como hemos podido apreciar a lo largo del trabajo, muchas son las evidencias de la existencia del estigma en salud mental, así como de su perjudicial repercusión en el desarrollo de la enfermedad y los problemas ocasionados en las personas afectadas. Parece algo incuestionable y sin embargo, me da la sensación de que a apenas nadie le importa. La sociedad sigue avanzando cada vez más rápido y cada vez más individualmente. No somos conscientes del daño que causa el estigma en las personas que padecen una enfermedad mental, ¿o quizá sea que no queremos ser conscientes...?

Si a ello le añadimos que las personas que padecen una enfermedad mental no suelen combatir el estigma, ya que además de rechazo o miedo, provoca en las personas afectadas vergüenza y ocultamiento, todavía se disimula y camufla más el estigma, por lo que el resto de la sociedad puede seguir desentendiéndose del problema y justificando sus prejuicios con casos aislados, ya que como dijo Thomas Jefferson, indudablemente nadie se ocupa de quien no se ocupa nadie.

Hoy en día nos parece horrible la exclusión visible que se hacía a las personas que padecían una enfermedad mental, encerrándolas y apartándolas físicamente del resto de la sociedad, así como el maltrato físico que se ejercía sobre estas personas, ¿Pero acaso no es peor la exclusión social y el dolor psicológico que sufren hoy?

De cualquier modo, considero que hay un sufrimiento muy grande que se está ignorando y es responsabilidad de toda la sociedad intentar acabar con él, ya que además, creo que es la sociedad la única causante y por tanto “salvadora” (junto con las personas afectadas) del estigma de la salud mental.

No obstante, como la reducción del estigma de la salud mental considero que es un camino largo por recorrer, no podemos abarcarla a gran escala, por ello se diseñó el proyecto de intervención en un pequeño grupo. La sociedad está formada por pequeños grupos que se van haciendo cada vez más grandes; personas, familias, grupos de amigos, barrios, ciudades... De la misma manera se ha planteado el proyecto. Comenzando en un pequeño grupo, para ir expandiéndose por sus entornos más cercanos y poco a poco irlos ampliando. Si conseguimos éxito en el proyecto a pequeña escala consiguiendo los objetivos del proyecto, será más fácil ir consiguiéndolos a gran escala.

Veamos si los objetivos planteados se conseguirían por medio del proyecto.

Con respecto al objetivo general, se había planteado mejorar la calidad de vida de las personas que padecen un TMG. En este aspecto, a través de la realización de las actividades del proyecto, se conseguiría el objetivo de posibilitar la interrelación entre personas que padecen un TMG y

personas que no. De esta manera, las personas que padecen un TMG mejorarían sus relaciones personales y aumentarían su red y apoyo social. Además se verían inmersas en acciones y actividades en las que ellos serían los protagonistas (en lugar de papeles secundarios), tendrían poder de decisión (en vez de ser lo que otros deciden por ellos), sus opiniones serían escuchadas y valoradas (en lugar de ignoradas o infravaloradas), conducirían ellos las acciones (en lugar de ser conducidos o dejarse conducir por la rutina o la corriente) y serían el ejemplo de otras personas con los mismos problemas (en lugar de seguir siempre ejemplos de superación y metas de otros). Con todo ello, aumentarían su motivación y con ello su autoestima, por lo que consideraríamos logrado el objetivo, ya que como hemos visto a lo largo del trabajo, todos estos aspectos repercuten en la calidad de vida de las personas que padecen un TMG. En consecuencia, habríamos contribuido a lograr el objetivo marcado de ayudar a personas que padecen un TMG a reducir su propio estigma.

Con todas las acciones descritas en el proyecto se facilitará la integración de estas personas que padecen un TMG, ya que se ayudará a crear redes sociales y de apoyo fuera de los centros específicos de salud mental y se resaltarán las similitudes de ambos colectivos. Además, si hemos conseguido el objetivo de aminorar el estigma propio de la salud mental, será también más fácil que estas personas luchen por su inclusión social y por derribar el estigma de la salud mental, así como las personas beneficiarias del proyecto del bloque de sensibilización y difusión del proyecto. Con respecto a ese bloque, nos permitirá la consecución del objetivo de reducir el estigma de la salud mental en los grupos cercanos a los destinatarios del proyecto. Por todo lo anterior descrito, daremos por conseguido el objetivo de facilitar la inclusión social de personas que padecen un TMG.

Por último, trabajando a través del proyecto y sus acciones en las similitudes entre las personas que no padecen un TMG y las que sí, así como en sus aptitudes, conseguiremos derribar tabúes y mitos de la enfermedad mental a través de la propia experiencia. Con ello, podremos dar como conseguidos los objetivos de reducir los prejuicios en un grupo de jóvenes sobre el TMG y de sensibilizar sobre las capacidades de estos a la sociedad.

Una de las dificultades que encontré en la realización del trabajo, fue pensar un colectivo que pudiese encajar en el tipo de proyecto que quería diseñar. Tenía que ser un colectivo que no tuviese ni hubiese tenido nunca contacto con personas que padecen un TMG, para que pudiesen ser portadoras del estigma. Por otro lado tampoco podían sacar provecho personal extra del proyecto, ni tampoco servían personas sin motivación para realizarlo. Esto fue algo que me dificultó el empujón de salida, ya que ninguno de los grupos que iba pensando terminaba de convencerme del todo.

¿Quién podía tener interés en realizar algo por amor al arte y no sacar nada (aparentemente) de provecho? Debido a mi experiencia personal de voluntaria tantos años invirtiendo ganas, tiempo e ilusión por amor al arte, y llevándome cosas muchísimo más provechosas que de cualquier otra forma, finalmente decidí aprovechar mi experiencia personal también en ese ámbito y utilizar para el proyecto a los compañeros del grupo scout al que había pertenecido tantos años y del que había sido monitora.

Otra de las dificultades que he encontrado al realizar el presente trabajo, y sin duda a nivel personal la más difícil ha sido sentir la impotencia del estigma de la salud mental en primera persona. Al realizar los grupos focales con usuarios del club social, personas que conozco y con las que sigo manteniendo el contacto, y escuchar sus vivencias personales del estigma, observar sus caras o sus actitudes ante ello, me provocaba una impotencia tremenda debido a la complejidad de mejora del tema que se está tratando, el estigma de la salud mental. No obstante, por otra parte, todos aquellos comentarios todavía me estimulaban más las ganas de realizar el presente trabajo. A decir verdad, creo que ellos han sido la mayor fuente de inspiración y motivación del proyecto y Trabajo de Fin de Grado.

Finalmente, con vistas de futuro, debido a que el éxito de este proyecto se basa principalmente en cómo se vaya desarrollando el grupo, en las relaciones que se creen y las experiencias personales vividas (algo que en la vida se va forjando con el tiempo) considero que el presente proyecto debe realizarse poco a poco, asentando cada paso para poder dar el siguiente. Por ello también considero fundamentales en el proyecto las ganas e ilusión que en éste inviertan todos los participantes. Cuantas más ganas se tengan de llevarlo adelante, mejores ideas irán surgiendo y más motivación de cambio se podrá ir propagando. Es por ello que también es un proyecto abierto a la implicación de los participantes, para aumentar su motivación y ganas y con ello el éxito del proyecto y posible futuro de la problemática en general.

6. BIBLIOGRAFÍA

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anne Cooke. (2014). *Comprender la psicosis y la esquizofrenia*. United kingdom: British Psychological Society
- Arnaiz, A y Uriarte, J. (2006) *Estigma y enfermedad mental*. España: Norte de salud mental
- ASDE (2009). *Rovers y copmañeros manual del ecuador y cuaderno de ruta. Serie metodológica scout*. España: ASDE
- Asociación Americana de Psiquiatría (APA) (1995). *DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. España: S.A. Masson
- Asociación Americana de Psiquiatría (APA) (2014). *DSM V. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. España y Latinoamérica: Panamericana.
- Asociación Española de Neuropsiquiatría (2002). *Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo Situación actual y recomendaciones*. Madrid. Cuadernos técnicos 6.
- Asociación para el Fomento del Trabajo Social con Grupos. (2006). *Estándares para la práctica del trabajo social con grupos*. España
- Badallo, A. (2013). *Estigma y salud mental*. España: Editorial grupo 5.
- Colom, D (2008). *El trabajo social sanitario. Atención primaria y atención especializada. Teoría y práctica*. España: S.A. Siglo XXI.
- Colom, D y Miranda, M (1998). *Organizaciones del bienestar*. España: Mira editores S.A.
- Contreras, Y. (1979). *Trabajo social de grupos*. México D.F: Editorial Pax
- Gisbert. C, (2002). *Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo. Situación actual y recomendaciones*. Cuaderno técnico nº6. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN).
- Goffman, E. (1963). *Estigma. Estigma: la identidad deteriorada*. Argentina: Amorrortu Editores.
- Gómez, C y Zapata, R. (2000). *Psiquiatría, salud mental y trabajo social*. España: Eunate.
- Lauveng, A (2010). *El País De Los Bosques De Hierro: Mi regreso de la esquizofrenia*. Noruega: Ediciones Puente Al Norte.
- López, M. (2008) *La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible*. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría. Vol 28, 101; 43-86.
- López, M, Laviana, M y López, M (2006). *Estigma social, violencia y personas con trastornos mentales graves*. España

- Marugan, N, Diaz, N, Montero, R, y Bernandez, J (2009). *Guía para el diseño y la elaboración de planes locales y de sensibilización*. España: Ministerio de trabajo e Inmigración.
- Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad (2014). *Plan Nacional de Acción para la Inclusión Social del reino de España 2013-2016*. Madrid.
- Miranda,M. (2015). *Lo social en la salud mental. Trabajo social en psiquiatría*. España:Prensas de la universidad de Zaragoza
- Moix, M (1991). *Introducción al Trabajo social*. España:S.A. Trivium
- Mora, J, Natera, G, Bautista, N y Ortega, M. (2013).*Estigma público y enfermedad mental. Una aproximación desde la teoría de las representaciones sociales*. Instituto Nacional de psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.
- Morales, F y Huici, C (2003). *Psicología social*. España: Mc Graw Hill
- Muñoz, M, Guillen, A-I, y Pérez-Santos, E (2013). *La lucha contra el estigma de la enfermedad mental: razones para la esperanza*. España: Universidad complutense
- Organización Mundial de la Salud (2006). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*.
- Real Academia española (2014). *Diccionario de la lengua española*. España.
- Rodríguez, A (1997). *Rehabilitación Psicosocial de Personas con Trastornos Mentales*. España: Crónicos. Pirámide, S.A.
- Zastrow, C (2008). *Trabajo social con grupos*. España:Paraninfo S.A.

REFERENCIAS ELECTRÓNICAS

- Fundación empleo y salud mental (s.f.). *Nace la Fundación Empleo y Salud Mental con el objetivo de mejorar la empleabilidad de las personas con enfermedad mental*. En línea, recuperado el 1 de abril de 2016 de: <http://www.empleoysaludmental.org/>
- Guía Salud. (2010). *Guía de práctica clínica de intervenciones psicosociales en el Trastorno Mental Grave*. En línea, recuperado el 12 de marzo de 2016 de: <http://www.guiasalud.es/egpc/tmg/resumida/index.html>
- Instituto Nacional de Empleo (2012). *Personas sin hogar con alguna enfermedad grave o crónica por tipo de enfermedad y sexo*. En línea, recuperado el 3 de abril de 2016 de: <http://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t25/p454/e02/a2012/l0/&file=05006.px>

- International Federation of Social Workers (IFSW) (s.f.). *Propuesta de definición global del trabajo social*. En línea, recuperado el 26 de mayo de 2016 de: <http://ifsw.org/propuesta-de-definicion-global-del-trabajo-social/>
- Médicos del mundo (s.f.). *Nuestro trabajo en inclusión social*. En línea, recuperado el 1 de abril de 2016 de: <http://www.medicosdelmundo.org/index.php/mod.sedes/mem.listado/menu.1/relcategoria.631/reلمenu.113>
- Organización Mundial de la Salud (2013). *Salud mental: un estado de bienestar*. En línea, recuperado el 18 de marzo de 2016 de: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
- Rozanes, M (2015). *Enfermos mentales, la parte más vulnerable de nuestra sociedad. El economista*. En línea, recuperado el 20 de mayo de 2016 de: <http://eleconomista.com.mx/entretenimiento/2015/05/13/enfermos-mentales-parte-mas-vulnerable-nuestra-sociedad>

7. ANEXOS

ANEXO 1. DIAGNÓSTICOS CLÍNICOS DEL TRASTORNO MENTAL GRAVE

Diagnósticos clínicos del Trastorno Mental Grave según lo establecido en el CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades).

- Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes (F 20, F21, F24, F25, F28 Y 29)

Este trastorno se caracteriza por distorsiones fundamentales y típicas de la percepción, del pensamiento y de las emociones, estas últimas en forma de embotamiento o falta de adecuación de las mismas. En general, se conservan tanto la claridad de la conciencia como la capacidad intelectual, aunque con el paso del tiempo pueden presentarse déficits cognoscitivos. El trastorno compromete las funciones esenciales que dan a la persona normal la vivencia de su individualidad, singularidad y dominio de sí misma. El enfermo cree que sus pensamientos, sentimientos y actos más íntimos son conocidos o compartidos por otros y pueden presentarse ideas delirantes en torno a la existencia de fuerzas naturales o sobrenaturales capaces de influir, de forma a menudo bizarra, en los actos y pensamientos del individuo afectado. Este se siente el centro de todo lo que sucede.

- Episodio maníaco (F30)

Se especifican aquí tres niveles de gravedad que comparten la exaltación del humor, y el aumento de la cantidad y velocidad de la actividad física y mental propias del individuo. Todas las subdivisiones de esta categoría deben utilizarse sólo para episodios maníacos aislados. En el caso de que haya episodios del trastorno del humor (afectivos) anteriores o posteriores, ya sean depresivos, maníacos o hipomaníacos, debe recurrirse al trastorno bipolar (F31.)

- Trastorno bipolar (F31)

Trastorno caracterizado por la presencia de episodios reiterados (es decir, al menos dos) en los que el estado de ánimo y los niveles de actividad del enfermo están profundamente alterados, de forma que en ocasiones la alteración consiste en una exaltación del estado de ánimo y un aumento de la vitalidad y del nivel de actividad (manía o hipomanía) y en otras, en una disminución del estado de ánimo y un descenso de la vitalidad y de la actividad (depresión). Lo característico es que se produzca una recuperación completa entre los episodios aislados. A diferencia de otros trastornos del humor (afectivos) la incidencia en ambos sexos es aproximadamente la misma.

- Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos (F32.2)

Durante un episodio depresivo grave, el enfermo suele presentar una considerable angustia o agitación, a menos que la inhibición sea una característica marcada. Es probable que la pérdida de estimación de sí mismo, los sentimientos de inutilidad o de culpa sean importantes, y el riesgo de suicidio es importante en los casos particularmente graves. Se presupone que los síntomas somáticos están presentes casi siempre durante un episodio depresivo grave.

- Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos (F32.3)

Episodio depresivo grave que satisface las pautas establecidas en F32.2, y en el cual están presentes además ideas delirantes, alucinaciones o estupor depresivo. Las ideas delirantes suelen incluir temas de pecado, de ruina o de catástrofes inminentes de los que el enfermo se siente responsable. Las alucinaciones auditivas u olfatorias suelen ser en forma de voces difamatorias o acusatorias o de olores a podrido o carne en descomposición. La inhibición psicomotriz grave puede progresar hasta el estupor. Las alucinaciones o ideas delirantes pueden especificarse como congruentes o no congruentes con el estado de ánimo

- Trastorno paranoide de la personalidad (F60.0)

Es un trastorno de personalidad caracterizado por:

- a) Sensibilidad excesiva a los contratiempos y desaires.
- b) Incapacidad para perdonar agravios o perjuicios y predisposición a rencores persistentes.
- c) Susplicia y tendencia generalizada a distorsionar las experiencias propias interpretando las manifestaciones neutrales o amistosas de los demás como hostiles o despectivas.
- d) Sentido combativo y tenaz de los propios derechos al margen de la realidad.
- e) Predisposición a los celos patológicos.
- f) Predisposición a sentirse excesivamente importante, puesta de manifestado por una actitud autorreferencial constante.
- g) Preocupación por "conspiraciones" sin fundamento de acontecimientos del entorno inmediato o del mundo en general.

Incluye:

- Personalidad expansiva.
- Personalidad paranoide.
- Personalidad sensitiva paranoide.

- Personalidad querellante.
- Trastorno expansivo de la personalidad.
- Trastorno sensitivo paranoide de la personalidad.
- Trastorno querellante de la personalidad.

Excluye:

- Esquizofrenia (F20).
- Trastorno de ideas delirantes (F22.)
- Trastorno esquizoide de la personalidad (F60.1)

Se trata de un trastorno de la personalidad caracterizado por:

- a) Incapacidad para sentir placer (anhedonia).
- b) Frialidad emocional, despego o embotamiento afectivo.
- c) Incapacidad para expresar sentimientos de simpatía y ternura o de ira a los demás.
- d) Respuesta pobre a los elogios o las críticas.
- e) Poco interés por relaciones sexuales con otras personas (teniendo en cuenta la edad).
- f) Actividades solitarias acompañadas de una actitud de reserva.
- g) Marcada preferencia por devaneos fantásticos, por actividades solitarias acompañada de una actitud de reserva y de introspección.
- h) Ausencia de relaciones personales íntimas y de mutua confianza, las que se limitan a una sola persona o el deseo de poder tenerlas.
- i) Marcada dificultad para reconocer y cumplir las normas sociales, lo que da lugar a un comportamiento excéntrico.

Excluye:

- Esquizofrenia (F20.).
- Trastorno esquizotípico (F21).
- Síndrome de Asperger (F84.5).
- Trastorno de ideas delirantes (F22.0).
- Trastorno esquizoide de la infancia (F84.5).
- Trastorno de la personalidad emocionalmente inestable (F 60.3)

Trastorno de personalidad en el que existe una marcada predisposición a actuar de un modo impulsivo sin tener en cuenta las consecuencias, junto a un ánimo inestable y caprichoso. La

capacidad de planificación es mínima y es frecuente que intensos arrebatos de ira conduzcan a actitudes violentas o a manifestaciones explosivas; éstas son fácilmente provocadas al recibir críticas o al ser frustrados en sus actos impulsivos. Se diferencian dos variantes de este trastorno de personalidad que comparten estos aspectos generales de impulsividad y falta de control de sí mismo.

ANEXO 2. LEGISLACIÓN:

2.1. REFERENCIAS INTERNACIONALES

Naciones Unidas

Resolución 46/119 de 17 de diciembre de 1991. Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental. En esta resolución se reconoce el derecho a la no discriminación en el ámbito laboral, sanitario, institucional y social de las personas que padecen enfermedad mental.

Declaración de Luxor de 1989 de los derechos humanos para los enfermos mentales de la Federación Mundial de la Salud Mental que, en síntesis, recoge la responsabilidad gubernamental y social en la atención a los grupos vulnerables y a la promoción de la igualdad de derechos del enfermo; el interés central del mismo -y no de la familia, el profesional o la comunidad- en los tratamientos, y su orientación hacia la obtención del mayor grado posible de autodeterminación y responsabilidad personal.

El **Libro Blanco** del Comité de Bioética del Consejo de Europa sobre **Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad de las personas con trastorno mental**, ingresadas involuntariamente en establecimientos psiquiátricos, de febrero de 2000, en el que se abordan las condiciones y procedimientos de ingreso involuntario, los límites éticos al tratamiento, la prevención y control de hipotéticos abusos de la psiquiatría y las garantías para los enfermos mentales encarcelados.

2.2. MARCO NORMATIVO ESPAÑOL

Constitución Española

En su Capítulo III del Título I, de los principios rectores de la política social y económica, se enmarca algunos preceptos constitucionales que identifican derechos fundamentales que hay que tener en cuenta en el ámbito de la salud mental. Éstos son:

- Art. 43. Se reconoce el derecho a la protección de la salud y la obligación de los poderes públicos de organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios.
- Art. 49. Los poderes públicos realizarán una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, psíquicos y sensoriales a los que se prestarán la atención sanitaria que requieran y los ampararán especialmente para el disfrute de los derechos que el Título I otorga a todos los ciudadanos.

En su capítulo III del Título VIII, de la organización territorial del Estado, se explicita las competencias fundamentales de Comunidades Autónomas y del Estado. Destacan así:

- Art. 148. Las Comunidades Autónomas podrán asumir competencias en asistencia social) y en sanidad e higiene
- Art. 149. El Estado se reserva la competencia exclusiva en las bases y coordinación general de la sanidad (n.º 16).

Ley General de Sanidad

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad establece la creación de un Sistema Nacional de Salud como instrumento destinado a hacer efectivo el derecho a la protección de la salud de los ciudadanos, Título Preliminar, Capítulo I.

Entre sus principios generales, Capítulo I del Título I, destacan la extensión de la asistencia sanitaria a toda la población, el acceso a los servicios sanitarios en condiciones de igualdad efectiva, la participación comunitaria, la atención integral a la salud y la integración de todos los recursos en un dispositivo único.

El Capítulo III del Título I, destinado íntegramente a la salud mental, establece la plena integración de las actuaciones relativas a la salud mental en el sistema sanitario general y la equiparación del enfermo mental a las demás personas. Especifica también que la atención a la salud mental se realizará en el ámbito comunitario, la hospitalización en las unidades psiquiátricas de los hospitales generales, la necesidad del desarrollo de servicios de rehabilitación y reinserción social y la coordinación con los servicios sociales. Considera de modo especial los problemas referentes a la psiquiatría infantil y psicogeriatría.

En la Ley, Título III Capítulo III, se establece que serán las Áreas de Salud las estructuras fundamentales del sistema sanitario de las Comunidades Autónomas, de manera que sea posible ofrecer desde ellas todas las prestaciones propias del sistema sanitario.

Además, contempla la posibilidad de establecer conciertos para la prestación de servicios sanitarios con medios ajenos, Título IV Capítulo II.

Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica

Por Orden de 27 de julio de 1983, se creó la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica por parte del Ministerio de Sanidad y Consumo. Se trataba de ofrecer de forma coherente y ordenada las

líneas generales de un cambio en la salud mental. En este informe se delimita la responsabilidad de las Administraciones Públicas en la atención y protección de la salud mental, aporta los criterios para un modelo integrado de servicios de salud mental y los principios que deben regir un Plan de Salud Mental.

Termina con una serie de recomendaciones y propuestas para llevar a cabo la reforma de la salud mental en nuestro país, entre las que cabe destacar la integración de la asistencia psiquiátrica en el sistema sanitario general, la prioridad de la atención no hospitalaria, las responsabilidades respectivas de los equipos de Atención Primaria y los de Salud Mental, las alternativas sociosanitarias a la externalización de los pacientes, el trabajo por programas, etc. Este documento ha servido de base y guía para la reforma impulsada desde distintas Comunidades Autónomas.

Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

El reto de esta ley es atender las necesidades de aquellas personas que, por encontrarse en situación de especial vulnerabilidad, requieren apoyos para desarrollar las actividades esenciales de la vida diaria, alcanzar una mayor autonomía personal y poder ejercer plenamente sus derechos de ciudadanía.

Artículo 1, pto 1, establece que el objeto de la ley es regular las condiciones básicas que garanticen la igualdad en el ejercicio del derecho subjetivo de ciudadanía a la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, en los términos establecidos en las leyes, mediante la creación de un Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, con la colaboración y participación de todas las Administraciones Públicas y la garantía por la Administración General del Estado de un contenido mínimo común de derechos para todos los ciudadanos en cualquier parte del territorio del Estado español.

Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre

Mediante este decreto se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.

El fin de este decreto es garantizar la equidad y la accesibilidad a una adecuada atención sanitaria en el Sistema Nacional de Salud.

En el art.1 pto. 1, se presenta como objeto de la norma establecer el contenido de la cartera de servicios comunes de las prestaciones sanitarias de salud pública, atención primaria, atención

especializada, atención de urgencia, prestación farmacéutica, ortoprotésica, de productos dietéticos y de transporte sanitario.

En el art. 2 se presenta la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud.

Ley 16/2003 de 28 de Mayo de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

En su exposición de motivos título III, reconoce la atención de la salud mental en sus prestaciones de atención primaria y especializada.

En su art. 12 Prestación de atención primaria, pto 2, apartado h, especifica la atención a la salud mental, en coordinación con los servicios de atención especializada.

En su art. 13 Prestación de atención especializada, pto2, apartado g, especifica la atención a la salud mental.

Ley general de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social

Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social.

Esta ley reconoce a las personas con discapacidad como titulares de una serie de derechos y a los poderes públicos como los garantes del ejercicio real y efectivo de esos derechos, de acuerdo con lo previsto en la Convención Internacional de los derechos de las personas con discapacidad. Y establece el régimen de infracciones y sanciones que garantizan las condiciones básicas en materia de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad.

En su capítulo II Derecho a la protección de la salud, art. 10, pto 1, establece que las personas con discapacidad tienen derecho a la protección de la salud, incluyendo la prevención de la enfermedad y la protección, promoción y recuperación de la salud, sin discriminación por motivo o por razón de discapacidad, prestando especial atención a la salud mental y a la salud.

2.3. MARCO NORMATIVO AUTONÓMICO

Estatuto de Autonomía de Aragón

La Ley Orgánica 5/1996, de 30 de diciembre, sobre la reforma del Estatuto de Autonomía de Aragón, aprobado por la Ley Orgánica 8/1982, de 10 de agosto, modificada por la Ley Orgánica

6/1994, de 24 de marzo, establece la organización institucional y las competencias que asume la Comunidad Autónoma de Aragón.

En su Título II art. 35 pto. 1 establece las competencias que corresponden en exclusiva a la Comunidad Autónoma de Aragón, entre las que se encuentra la Sanidad e Higiene.

En el art. 39 pto. 1 amplía las competencias sanitarias al atribuir la legislación general del Estado la potestad legislativa, la reglamentaria y la función ejecutiva en materia de gestión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social.

Bases para la Reforma Psiquiátrica en la Comunidad Autónoma de Aragón

El acuerdo de 26 de junio de 1986, de la Diputación General de Aragón, por el que se establecen las Bases para la Reforma Psiquiátrica en la Comunidad Autónoma de Aragón, especifica que la salud mental es un componente específico pero inseparable del concepto integral de salud y que los dispositivos de salud mental deberán integrarse en el Servicio Aragonés de Salud. Los recursos destinados a asistencia psiquiátrica y salud mental tendrán una distribución acorde con las Áreas de Salud y quedarán integrados en la Atención Primaria y especializada; la atención en Salud Mental se realizará preferentemente fuera del ámbito hospitalario a través de estructuras ambulatorias y se desarrollará una política de progresiva transformación de las actuales instituciones hospitalarias psiquiátricas, fomentando sistemas alternativos comunitarios.

Ley del Servicio Aragonés de Salud

La ley 2/1989, de 21 de abril, del Servicio Aragonés de Salud, modificada por Ley 8/1999, de 9 de abril, crea el Servicio Aragonés de Salud como un instrumento del desarrollo de los principios inspiradores de la reforma sanitaria en el territorio aragonés.

El art. 6 pto. 1 incluye entre sus funciones la promoción y mejora de la salud mental y la prestación de asistencia psiquiátrica. En su art. 10 pto. 1 se señala que le Servicio Aragonés de Salud ejecutará la política sanitaria cuya definición corresponde al Departamento de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, hoy Departamento de Salud, Consumo y Servicios Sociales.

Ley del Instituto Aragonés de Servicios Sociales

Corresponde al Instituto Aragonés de Servicios Sociales, de acuerdo al art. 9 de la Ley 4/1996 de creación del Instituto, entre otras, las siguientes funciones:

- La gestión de prestaciones de la Ley de Integración Social del Minusválido

- La gestión del Ingreso Aragonés de Inserción.
- La gestión de proyectos de inserción socio-laboral.
- La gestión de prestaciones económicas en materia de acción social y las ayudas a discapacitados.
- El programa de Servicios Sociales y el de mantenimiento de Centros de Disminuidos y Centros Ocupacionales.

Sistema de información asistencial

El Decreto 164/2000, de 5 de septiembre, del Gobierno de Aragón, por el que se regula el sistema de información asistencial, de ámbito social y sanitario en la Comunidad Autónoma de Aragón incluye en su art. 3 como uno de los subsistemas del sistema de información asistencial el sistema de información de salud mental.

Ley de Salud de Aragón

La Ley 6/2002, de 15 de abril, de Salud de Aragón, que regula las actuaciones que permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Aragón, establece en su art. 4 derechos específicos –además de los generales para las personas que padecen enfermedad mental.

En su art. 30 contempla la atención, promoción, protección y mejora de la salud mental como parte de la asistencia sanitaria.

Por otro lado, en su art. 49, crea la Atención a la salud mental como una estructura operativa con la finalidad de garantizar una prestación sanitaria integral y coordinada.

Finalmente, el art. 53 establece que la atención a los problemas de salud mental se realizará en el ámbito de la comunidad, potenciando los recursos asistenciales de carácter ambulatorio, los sistemas de hospitalización breve, la atención a domicilio y la coordinación con los servicios sociales.

ANEXO 3: GRUPOS FOCALES Y DE DISCUSIÓN

3.1. GRUPOS FOCALES CON PERSONAS QUE PADECEN UN TMG

Se realizó dos grupos focales con personas que padecen un TMG pertenecientes al Club Social para hablar del estigma en la salud mental. Las coincidencias entre ambos grupos fueron las siguientes:

- La enfermedad mental lleva un fuerte estigma
- Sentimientos de rechazo, marginación, infravaloraciones e incompreensión.
- Situaciones de distinción entre las personas que padecen una enfermedad mental y las que no. Las personas “sanas” están siempre por encima.
- Hay muchas etiquetas. “Loco”, “Colgado”, “No sabe lo que hace”...
- Dentro de las enfermedades, algunas están peor vistas que otras. La enfermedad mental es la que peor.
- Hay mucho desconocimiento acerca de las enfermedades mentales, mucha ignorancia, y por eso hay estigma.
- Las personas que padecen una enfermedad mental no tienen las mismas oportunidades que las que no.
- Hay aprovechamiento de las personas que padecen una enfermedad mental.
- No es justificable que te traten peor por padecer una enfermedad mental.
- Con el conocimiento se eliminan muchas ideas preconcebidas.

3.2. GRUPO DE DISCUSIÓN CON COMPAÑEROS DEL GRUPO SCOUT

Se realizó un grupo de discusión con compañeros del grupo scout para hablar de las enfermedades mentales y apreciar si existe estigma. Las conclusiones fueron las siguientes:

- Los enfermos mentales puedes resultar peligrosos porque no saben lo que hacen.
- No todos los enfermos mentales tienen que ser peligrosos.
- Es aconsejable que los enfermos mentales estén en centros de salud mental para que estén controlados por si pasa algo.
- Los enfermos mentales puede ser que puedan hacer ocio igual que los demás pero quizá necesiten ayuda en muchas ocasiones.
- Nunca puedes razonar igual con una persona que tiene una enfermedad mental que con otra que es “normal”.

- Suponen que en la relación con enfermos mentales sería como con cualquier otra persona, pero adaptándose un poco a ellos.
- Todos se sentirían un poco inseguros con personas que padecen una enfermedad mental por si les diese un brote y pudiesen hacerles algo o tener algún comportamiento extraño.

ANEXO 4: GUIÓN DE LAS ENTREVISTAS

4.1. ENTREVISTA TRABAJADORA SOCIAL DEL CLUB SOCIAL DE LA FUNDACIÓN RAMÓN REY ARDID

1. ¿Cómo considera que son vistas las personas que padecen una enfermedad mental por el resto de la sociedad?
2. ¿Considera que la enfermedad mental está peor vista que otras enfermedades?
3. ¿Desde su experiencia, ha observado estereotipos y/o prejuicios asociados a personas que padecen una enfermedad mental?
4. ¿Considera que el estigma repercute en la evolución de la enfermedad mental? ¿De qué manera?
5. ¿Cree que existe el auto-estigma entre las personas del recurso que lleva, o en el resto de personas que padecen una enfermedad mental? ¿A qué cree que se debe?
6. ¿Cuáles considera que serían los obstáculos que más dificultan la inclusión social de las personas que padecen una enfermedad mental?
7. ¿Considera que el contacto directo con personas que padecen una enfermedad mental puede reducir el estigma y el auto-estigma? ¿De qué manera?
8. ¿Considera que el ocio normalizado es positivo para las personas que padecen una enfermedad mental? ¿En qué sentido?
9. ¿Considera importante que las propias personas que padecen una enfermedad mental se involucren en su rehabilitación?
10. ¿Considera que es importante que se impliquen en la lucha contra el estigma en salud mental las propias personas afectadas?

4.2. ENTREVISTA A PERSONA VOLUNTARIA DEL CLUB SOCIAL DE LA FUNDACIÓN RAMÓN REY ARDID

1. ¿Cómo considera que son vistas las personas que padecen una enfermedad mental por el resto de la sociedad?
2. ¿Considera que la enfermedad mental está peor vista que otras enfermedades?
3. De las personas que usted lleva en su actividad, ¿Considera que podrían realizar ocio fuera de los centros específicos de salud mental? ¿A qué cree que se debe que la mayoría de estos usuarios únicamente realicen ocio en centros específicos de salud mental?
4. ¿Considera que el ocio normalizado es positivo para las personas que padecen una enfermedad mental? ¿En qué sentido?

5. ¿Cuáles considera que serían los obstáculos que más dificultan la inclusión social de las personas que padecen una enfermedad mental?
6. ¿Considera que el contacto directo con personas que padecen una enfermedad mental puede reducir el estigma de la salud mental? ¿De qué manera?

4.3. ENTREVISTA A PSIQUIATRA

1. ¿Cómo considera que son vistas las personas que padecen una enfermedad mental por el resto de la sociedad?
2. ¿Considera que la enfermedad mental está peor vista que otras enfermedades?
3. ¿Desde su experiencia, ha observado dolencias psicológicas en los pacientes derivadas del estigma?
4. ¿Cree que existe el auto-estigma entre las personas que usted lleva, o en el resto de personas que padecen una enfermedad mental? ¿A qué cree que se debe?
5. ¿Considera que hay personas que tardan en pedir ayuda psiquiátrica debido al estigma público que hay sobre las enfermedades mentales?
6. ¿Cree que hay vergüenza y ocultamiento de las enfermedades mentales debido al estigma? ¿Dificulta ello la evolución de la enfermedad?
7. ¿Cuáles considera que serían los obstáculos que más dificultan la inclusión social de las personas que padecen una enfermedad mental?
8. ¿Considera que el contacto directo con personas que padecen una enfermedad mental puede reducir el estigma? ¿De qué manera?
9. ¿Considera importante que las propias personas que padecen una enfermedad mental se involucren en su rehabilitación y en la lucha contra el estigma de la salud mental?
10. ¿Considera que el ocio normalizado es positivo para las personas que padecen una enfermedad mental? ¿En qué sentido?

ANEXO 5: DESGLOSE PRESUPUESTO TRABAJADOR/A SOCIAL Y RECURSOS
MATERIALES

5.1. DESGLOSE HORARIO Y PRESUPUESTO TRABAJADOR/A SOCIAL DEL PROYECTO

FASES	HORAS EMPLEADAS	SALARIO (9 €/hora)
Fase 1. Dar a conocer el proyecto	4 horas	36 €
Fase 2. Selección del grupo	7,5 horas (30' x 15 pers.)	67,5 €
Fase 3. Primera reunión	2 horas	18 €
Fase 4. Acciones:		909 €
Video fórum	12 h. (6 sesiones x 2h.)	
Artes	12 h. (6 sesiones x 2h.)	
Audiovisual	22 h. (11 sesiones x 2h.)	
Reuniones de equipo	32 h. (16 sesiones x 2h.)	
Sensibilización GS27	8 h. (1 sesión x 8h.)	
Sensibilización compañeros Aragón	8 h. (1 sesión x 8h.)	
Sensibilización ASDE	0 h. (Colgar vídeo online)	
Sensibilización Club Social	3h. (0,5h. blog + 1h radio + 1'5 h charla)	
Jornadas	4 horas	
Fase 5. Finalización	1,5 horas	13,5 €
Evaluación del proyecto	8 horas	72 €
Total presupuesto Trabajador/a social		1116 €

5.2. DESGLOSE PRESUPUESTO RECURSOS MATERIALES:

MATERIAL	CANTIDAD	PRECIO
Folios	300	15 €
Bolígrafos	100	10€
Ordenador	1	400 €
Rotuladores	50	10 €
Cámara de fotos/vídeo	1	100 €
Proyector	1	350 €
Sillas	Proporcionadas por las salas que usemos	0
Mesa	Proporcionada por las salas que usemos	0
Películas	Alquiladas de la biblioteca	0
Hojas de colores	100	4 €
Reglas	5	5 €
Lápices	30	3 €
Pegamentos de barra	15	10 €
Cañas de bambú	30	0 € (recogidas del canal)
Rollos de lana	5	2 €
Gomas de colores	50	3 €
Cuchillo de sierra	1	1 €
Cartulinas grandes	10	10 €
Pinturas de palo	30	7 €
Rotuladores permanentes	10	15 €
Tijeras	5	5 €
Pegamento fuerte	3	5 €
Botellas de plástico	5	0 (cogidas por los participantes)
Arroz	4 kg	4 €
Globos	40	3 €
Gomas de borrar	5	2 €
Espejos	15	5 €
Cartones	15	0 (cogidos por los participantes)
Pinceles	15	3 €
Palos de madera de médico	100	5 €
Celo transparente	2	2 €
Acuarelas	1 caja	5 €
Celos de colores	2	2 €
Vasos de colores	20	12 €
Total presupuesto materiales		998 €

ANEXO 6: ENCUESTAS PARA ANALIZAR LAS SENSACIONES Y PERCEPCIONES DE LOS INTERESADOS SOBRE EL ESTIGMA (PÚBLICO Y AUTOESTIGMA) DE LA SALUD MENTAL

6.1. ENCUESTAS A COMPAÑEROS DEL GRUPO SCOUT:

¿Tiene o ha tenido alguna vez relación con personas que padecen un Trastorno Mental Grave?

☐ Sí ☐ No

En caso de marcar la casilla SI, indique de que tipo:

Lea el siguiente supuesto y a continuación indique su grado de acuerdo/ desacuerdo con las siguientes preguntas (1 muy en desacuerdo, 5 totalmente de acuerdo).

María es una mujer de 47 años. Es madre soltera desde hace 10 años. A los 23 años fue diagnosticada de esquizofrenia. Dos años después perdió su trabajo, cuando su jefe se enteró de la enfermedad que padecía la despidió. Actualmente va a un centro de salud mental en el que hace actividades de ocio como pintura, radio, círculo literario... desde hace 15 años.

1. María podría ser una persona peligrosa para la población debido a su enfermedad.
1 2 3 4 5
2. Es razonable que el jefe de María la despidiese debido a su enfermedad.
1 2 3 4 5
3. Si yo hubiese sido el jefe de María habría hecho lo mismo
1 2 3 4 5
4. 4. María no debería estar a cargo de su hija por el hecho de padecer esquizofrenia
1 2 3 4 5
5. 5. Me da miedo que le pase algo a la hija de María si la cuida ella a solas
1 2 3 4 5
6. Está bien que María realice las actividades de ocio en un centro de salud mental
1 2 3 4 5
7. María podría realizar las actividades de ocio en centros normalizados
1 2 3 4 5
8. Puede resultar peligroso que María realice las actividades de ocio fuera de los centros de salud mental.
1 2 3 4 5
9. María no podría realizar actividades en centros normalizados porque no sabría hacerlas
1 2 3 4 5
10. Me sentiría intranquilo si estuviese a solas con María
1 2 3 4 5

6.2. ENCUESTAS A PERSONAS DEL CLUB SOCIAL

1. ¿Cuántos años lleva perteneciendo al Club Social?
2. ¿Ha realizado alguna vez actividades de ocio fuera de los centros específicos de salud mental?
☐ Sí ☐ No
3. ¿Cree que sería capaz dadas sus aptitudes de realizar actividades de ocio fuera de los centros de salud mental?
☐ Sí ☐ No
4. ¿Se sentiría inseguro realizando ocio en centros especializados?
☐ Sí ☐ No
5. ¿Cree que las demás personas le tratarían bien fuera de los centros específicos de salud mental?
☐ Sí ☐ No
6. ¿Cree que si realizase ocio fuera de los centros de salud mental el resto de personas le integrarían?
☐ Sí ☐ No

ANEXO 7: ACTIVIDADES

7.1. JUEGO DE CONOCIMIENTO PAREJAS. FASE 3. PRIMERA REUNIÓN.

En el centro del círculo se colocan hojas en blanco con un dibujo por detrás de cada una. Cada participante coge una hoja (cuyo dibujo tendrá relación con el de otro participante). Sin hablar y haciendo gestos deben encontrar a su pareja. Una vez encontrada deberán conversar por 5 minutos (nombre, gustos, películas o libros preferidos, etc). Al finalizar con la pareja se vuelven a colocar los papeles en el centro y se repite el ejercicio dos veces más. Una vez terminado el ejercicio voluntariamente se pueden hacer comentarios sobre éste.

7.2. ACTIVIDADES DE ARTE

Actividad de arte 1: Rosetones de papel

Desarrollo: Ir marcando con el lápiz líneas rectas verticales en los papeles (5 por persona). Tras ello pegar las esquinas de unos papeles con otros hasta que queden todos unidos. Una vez tengamos todos unidos, pegar los dos bordes que nos quedan para hacer un círculo. Finalmente recortar un círculo haciendo alguna forma y pegarla en el centro para tapar el agujero.

Actividad de arte 2: Zampoñas

Desarrollo: El trabajador/a social cortará las cañas en 5 tamaños diferentes. Cada participante cogerá un trozo de caña de cada tamaño, de manera que tengan 5 trozos de caña de diferentes tamaños. Para comenzar, apoyarán las cañas en la mesa, y con ayuda de la regla las alinearán y las unirán con las gomas elásticas. Cuando tengamos las cañas unidas, cogeremos un metro de lana del color que más nos guste y la iremos pasando por las cañas (Una arriba, una abajo, una arriba...). Finalmente haremos un nudo y ya tendremos nuestra zampoña lista.

Actividad de arte 3: Preparar el cartel para las jornadas finales “Gritando también tenemos corazón los desafinados”

Desarrollo: En esta sesión de arte crearemos el cartel para promocionar las jornadas finales de la difusión y sensibilización del proyecto “gritando también tenemos corazón los desafinados”. Para ello comenzarán pensando de qué manera quieren que sea el cartel, qué escribir, que dibujar etc. Tras haber decidido qué se quiere hacer en el cartel, se comenzará a dibujarlo en los folios pequeños y tras ello lo harán a limpio en las cartulinas grandes.

Actividad de arte 4: Bolas de malabarismo

Desarrollo: Comenzaremos cortando las partes de arriba de las botellas para crear un embudo. En la boca de la botella, colocaremos un globo e iremos echando arroz en el embudo para llenar el globo. Cuando hayamos llenado el globo de arroz, lo soltaremos de la boca de la botella y haremos un nudo. Tras ello, cogeremos otro globo y le cortaremos la parte de arriba, para colocarlo cubriendo el nudo y empezar a decorar. Así podremos hacer cuantas bolas queramos.

Actividad de arte 5: Espejo personalizado

Desarrollo: Colocamos el espejo en el centro del cartón y dibujamos el contorno con rotuladores. Tras ello se separa el espejo y se comienza a decorar con rotuladores de colores la parte exterior del cartón (lo que será el marco del espejo), a estilo libre. Finalmente pegamos en el centro el espejo con el pegamento, y ya tenemos listo nuestro espejo personalizado.

Actividad de arte 6: Portalápices

Desarrollo: Para comenzar, pintaremos los palos de madera decorándolos con las acuarelas como cada uno quiera. Tras ello, uniremos 12 palos por persona con celo transparente y formaremos un cuadrado. Para decorar el portalápices podremos añadir celos de colores en los palos de madera. Por último colocaremos un vaso de plástico en el centro de los palos, y ya tendremos listo el portalápices.

7.3. ACTIVIDAD ISLA DESIERTA

Se realizará con grupos de unas 20 personas. Se colocará a todas las personas sentadas en círculo y a cada una se le colocará un papel en la frente con un número y el personaje que representa, de manera que todos pueden ver lo que pone en los papeles de sus compañeros menos en el suyo.

En los papeles pondrá los siguientes personajes:

- | | |
|---|--------------------------------------|
| 1. Panadero | 11. Escritor |
| 2. Policía | 12. Mujer bipolar |
| 3. Estudiante de geografía | 13. Azafato |
| 4. Estudiante de psicología | 14. Comerciante |
| 5. Expresidiario | 15. Profesor de primaria |
| 6. Mujer con anorexia | 16. Mujer de profesor de primaria |
| 7. Diabético | 17. Novia de estudiante de geografía |
| 8. Presidente del gobierno | 18. Hija de expresidiario |
| 9. Guardaespaldas del presidente del gobierno | 19. Amiga de mujer bipolar |
| 10. Esquizofrénico | 20. Azafata |

A continuación se les explica que están montados en un avión y que está terminantemente prohibido decir a otra persona lo que pone en su frente. El comandante (que será una persona del grupo motor), anuncia que ha recibido una amenaza de una persona que va montada en ese avión, diciéndole que tiene intenciones de estrellar el avión si en menos de 10 minutos no consiguen averiguar quién es él/ella/ellos.

Se dan 10 minutos para que hablen entre ellos diciendo que persona o personas creen que ha sido, pueden dar alguna razón pero sin decir que personaje es cada uno ni dar pistas sobre ello.

A continuación vuelve a hablar el comandante y dice que como no han sido capaces de averiguar quién ha llevado a cabo la acción, está obligado a estrellar el avión en una isla desierta. Como no se sabe quiénes sobrevivirán ni cuánto tiempo deben permanecer en la isla, cada pasajero debe realizar una lista de preferencias en un folio. A cada persona se le repartirá medio folio en el que estarán escritos todos los pasajeros del avión y a su lado una casilla. Los participantes deberán poner un número del 1 al 20 de preferencias para permanecer en la isla desierta (1 con quien permanecerías antes, hasta 20 con quién no te gustaría estar.)

Finalmente se leerán las hojas de los participantes y se dejarán 15 minutos de coloquio dirigidos por las personas del grupo motor. En este coloquio se hablará, de manera voluntaria, de si han pensado que el secuestrador del avión sería una persona que padece un TMG y por qué, si han puesto de los últimos para permanecer en la isla desierta a personas que padecen un TMG y por qué...

7.4. JUEGO DE ROLES:

Se explicará a los compañeros que vamos a escenificar una situación, por lo que necesitaremos de su colaboración.

a) Se lee lo siguiente:

Desafía es una empresa de coches de España que acaba de comenzar a expandirse hacia Alemania. Mañana van a venir los jefes alemanes para conocer la empresa de España, por lo que habrá que ir acompañarles los días que estén.

Lucía lleva trabajando dos meses en la empresa. Habla francés muy bien ya que anteriormente era profesora en una academia, y también sabe un poco de inglés. Es una chica muy responsable y se le dan muy bien las ventas. Lucía tiene diabetes desde que era pequeña.

Emilio trabaja desde hace cuatro años en la empresa. Es muy comprometido y amable, tiene un buen nivel de inglés y alto nivel de alemán debido a que vivió tres años en una ciudad de alemana. Emilio padece esquizofrenia desde hace diez años.

Adriana es la jefa de la empresa. Habla sólo castellano y muy poquito inglés. Es una chica muy seria y la encargada de repartir responsabilidades entre los trabajadores.

A continuación van a tener la reunión en la que organizarán las funciones para cuando vengan los jefes de Alemania.

b) Se piden tres voluntarios para interpretar esta situación y se le reparte a cada uno un papel con la explicación del rol que deben interpretar.

Adriana: Será quien lleve las riendas de la reunión debido a que es la jefa de la empresa. Le indicará a Lucía que tiene que ser ella la que vaya a recoger a los alemanes al aeropuerto. También será ella quien les enseñe los establecimientos y les presente a los trabajadores. Además le dirá a Lucía que en las visitas de la ciudad también estaría bien que fuese con ellos para explicarles y enseñarles Zaragoza. A Emilio le dirá él debe encargarse de saludar a los jefes cuando lleguen a la empresa y de salir a hablar de la empresa cuando hagan el acto de bienvenida. En realidad Adriana no quiere que Emilio esté a solas con los alemanes debido a que tiene miedo que pase algo por culpa de su enfermedad, aunque esto no lo dice en ningún momento

Emilio: Está muy ilusionado por conocer a los jefes alemanes. Ha preparado unas visitas por Zaragoza y pensado sitios para ir a cenar. Cuando Adriana le diga sus funciones se mostrará triste y un poco desilusionado. No entiende por qué a él no le ha dado ninguna responsabilidad importante de estar con los alemanes. Intenta decirle a Adriana que le deje estar con ellos enseñándole todo lo que les ha preparado.

Lucía: Se sorprende mucho cuando Adriana le da a ella esas funciones tan importantes. No entiende por qué tiene que enseñarles a los alemanes la ciudad e ir a buscarles al aeropuerto si no habla alemán ni a penas inglés. Intenta convencer a Adriana para que vaya Emilio en lugar de ella, ya que cree que está mejor capacitado para esas labores, sin embargo no dice mucho y accede rápido a ir ella porque es lo que ha dicho la jefa.

c) Una vez han leído los actores su papel, se da paso a la interpretación.

d) Al terminar la situación interpretada se abre un tiempo de debate y se le pregunta al público las siguientes preguntas:

- ¿Qué pensáis que está ocurriendo?
- ¿Cómo creéis que se siente Emilio? ¿Y Laura?
- ¿Pensáis que Adriana tiene razón en que Lucía está mejor capacitada para las funciones que Emilio?
- ¿Por qué pensáis que Adriana prefiere que se relacione Lucía con los alemanes en lugar de Emilio?

e) A continuación se preguntará al público si piensan que Lucía podría haber actuado de otra manera para cambiar la situación. De los que han dicho que sí, se elegirá a un compañero que quiera salir a interpretar el papel de Lucía en la misma situación.

Después se realizará la misma pregunta de Emilio y saldrá un nuevo voluntario para hacer su papel.

Finalmente se preguntará lo mismo de Adriana y se pedirá un nuevo voluntario para que interprete su papel.

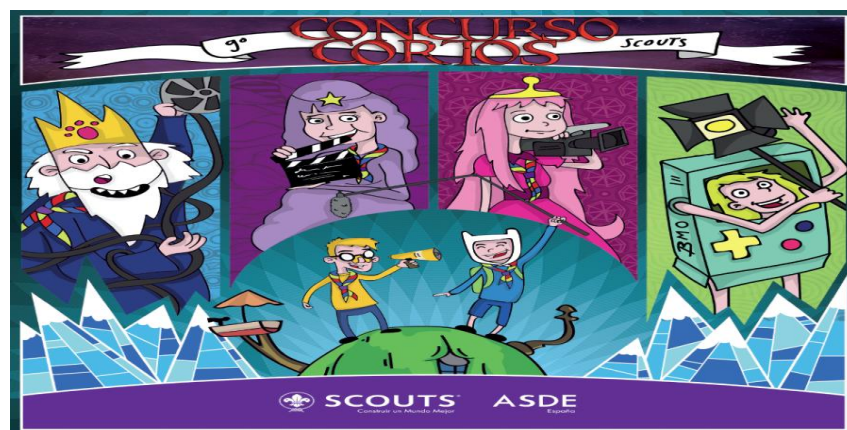
f) Para terminar la sesión se abre debate y reflexión con las siguientes preguntas.

- ¿Pensáis que la discriminación está justificada en esta situación?
- ¿Pensáis que ocurren situaciones de discriminación injustificada en el día a día?
- ¿Creéis que podemos hacer algo para cambiarlas como hemos demostrado en esta situación?

- ¿Creéis que debemos tratar a las personas que padecen una enfermedad mental como inferiores simplemente por ello? ¿O pensáis que somos todas las personas iguales y por tanto debemos ser tratadas de la misma manera?

g) Se termina con un fuerte aplauso y agradeciendo a todos su participación.

7.5. CARTEL CONCURSO DE CORTOS ASDE



7.6. ACTIVIDAD DE FINALIZACIÓN DEL PROYECTO

Cada participante escribe en una hoja su nombre en vertical y lo pega en su espalda. Los participantes deberán escribir adjetivos de esas personas siguiendo las iniciales de sus nombres. Además, pueden añadir alguna frase corta o algo que les haya gustado de ellos o hayan compartido juntos. Después se despegarán los papeles de su espalda y verán lo que les han escrito. Los participantes que quieran pueden leer el suyo en voz alta o hacer comentarios a los de los demás.

ANEXO 8. TABLAS DE EVALUACIÓN.

Tabla 1:

Excelente	Buena	Regular	Mala	Muy mala
90-100% de los asistentes	80-90% de los asistentes	60-80% de los asistentes	40-60% de los asistentes	0-40% de los asistentes

Fuente: elaboración propia

Tabla 2:

Excelente	Bueno	Regular	Malo	Muy malo
80-100% de los asistentes	60-80 % de los asistentes	40-60% de los asistentes	20-40% de los asistentes	0-20% de los asistentes

Fuente: elaboración propia

Tabla 3:

Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala
90-100% de los asistentes	70-90% de los asistentes	50-70% de los asistentes	30-50% de los asistentes	0-30% de los asistentes

Fuente: elaboración propia

Tabla 4:

Excelente	Buena	Regular	Mala
90-100% de los asistentes	70-90% de los asistentes	50-70% de los asistentes	0-50% de los asistentes

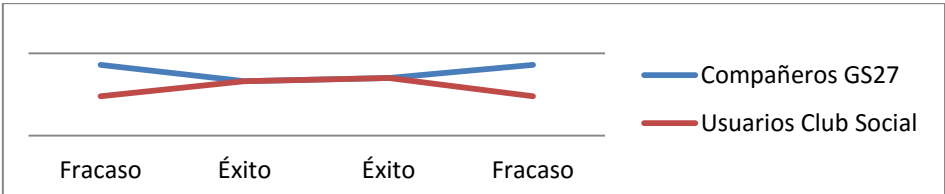
Fuente: elaboración propia

Tabla 5:

Excelente	Muy bueno	Bueno	Regular	Malo
80-100% de los asistentes	60-80% de los asistentes	30-60% de los asistentes	10-30% de los asistentes	0-10% de los asistentes

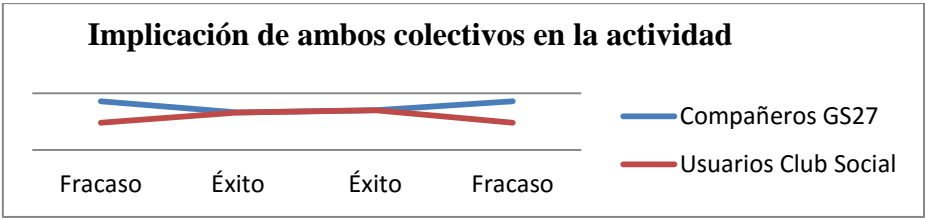
Fuente: elaboración propia

Gráfico 1:



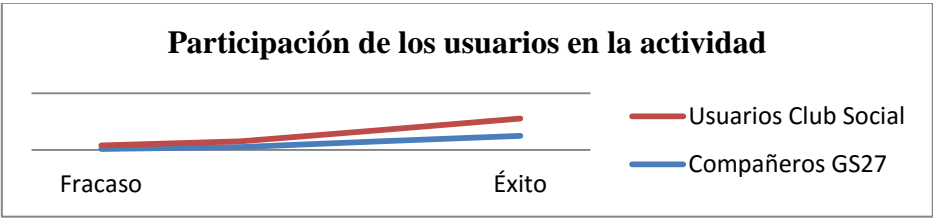
Fuente: elaboración propia

Gráfico 2:



Fuente: elaboración propia

Gráfico 3:



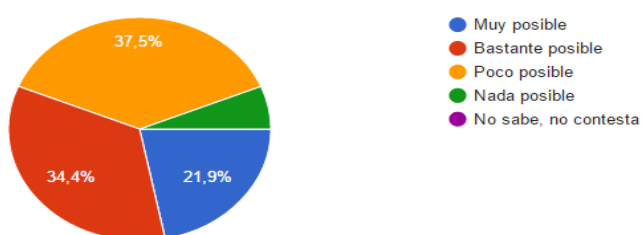
Fuente: elaboración propia

ANEXO 9: ENCUESTA GRUPO DE FACEBOOK SOBRE ESTIGMA Y ENFERMEDAD MENTAL

En la encuesta realizada en un grupo de Facebook relacionado con la salud mental, se obtuvieron 32 respuestas. Entre ellos trabajadores sociales en el ámbito de la salud mental, terapeutas ocupacionales, personas que padecen un TMG, familiares, amigos, vecinos, educadores sociales, psiquiatras, psicólogos, y voluntarios con personas que padecen un TMG. Las respuestas obtenidas fueron las siguientes:

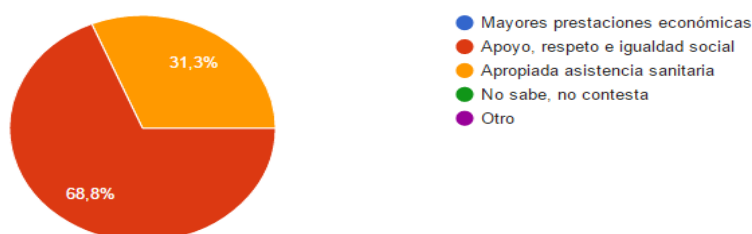
Hasta que punto cree posible la inclusión social de las personas que padecen un Trastorno Mental Grave

(32 respuestas)



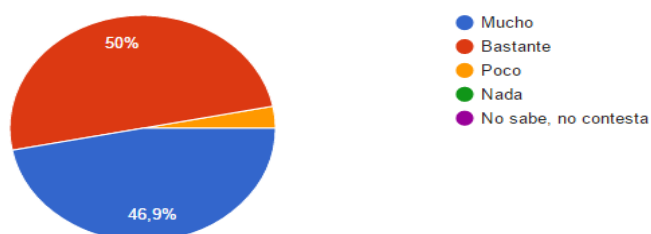
¿Qué cree que es lo que más necesitan las personas que padecen una enfermedad mental?

(32 respuestas)

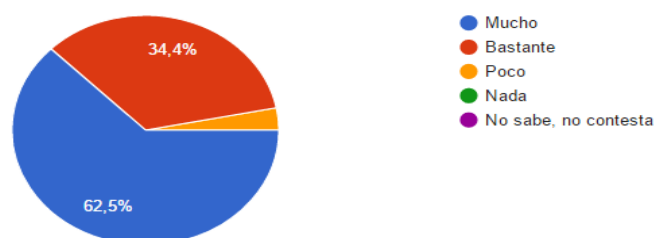


¿Considera usted que el estigma público repercute en la enfermedad mental?

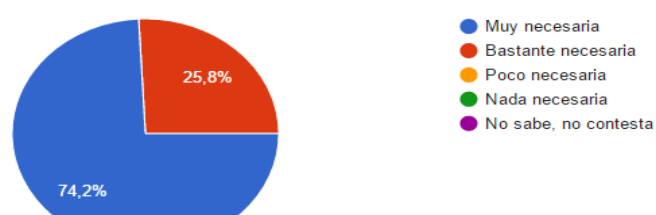
(32 respuestas)



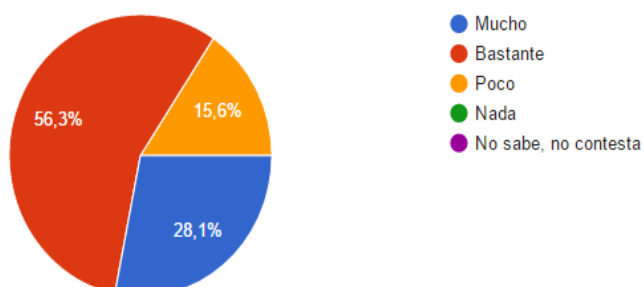
¿Considera que las experiencias positivas de lucha contra el estigma en salud mental pueden ayudar a otras personas a reducir su autoestigma?
(32 respuestas)



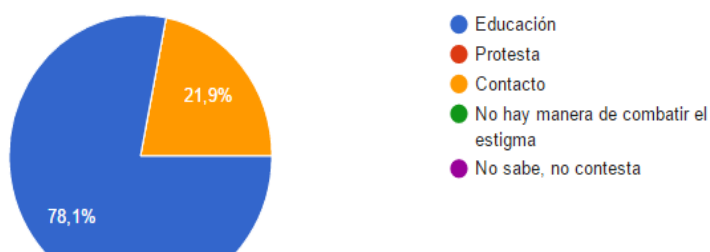
¿Considera necesaria la implicación de las personas que padecen una enfermedad mental en la lucha contra el estigma social?
(31 respuestas)



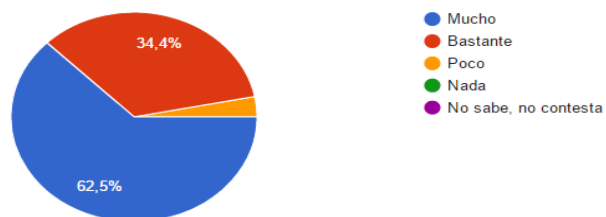
¿Considera que el estigma propio (autoestigma) repercute en la enfermedad mental?
(32 respuestas)



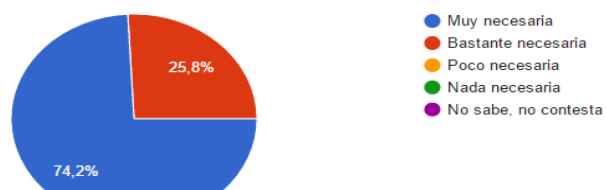
¿Cuál considera que es la mejor estrategia para combatir el estigma?
(32 respuestas)



¿Considera que las experiencias positivas de lucha contra el estigma en salud mental pueden ayudar a otras personas a reducir su autoestigma?
(32 respuestas)



¿Considera necesaria la implicación de las personas que padecen una enfermedad mental en la lucha contra el estigma social?
(31 respuestas)



ANEXO 10: EVOLUCIÓN DEL PROYECTO DE INTERVENCIÓN

