

Trabajo Fin de Grado

Erradicación del estigma en la Salud Mental:

Pisos compartidos entre personas con un trastorno
mental grave y estudiantes de la Universidad de
Zaragoza.

Autor:

Noelia Marín Arias

Director:

Sergio Siurana López

Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo

2017

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo no podría haberlo realizado sin los conocimientos adquiridos durante el Grado de Trabajo Social impartido en la facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo de la Universidad de Zaragoza. Además es fruto de las orientaciones, sugerencias y motivaciones aportadas por el profesor Sergio Siurana López, quien me ha orientado durante la realización de este trabajo fin de grado, mostrándome en cada momento su disposición ante las dudas que durante la realización de este me han podido surgir, aportándome todas las observaciones necesarias e invitándome a pensar de forma diferente, explorando nuevas alternativas en lo que respecta al Trabajo Social en Salud Mental.

De la misma manera agradezco al Neuropsiquiátrico Nuestra Señora del Carmen la oportunidad que me brindó permitiendo que realizase el practicum de intervención en dicho centro, durante el primer cuatrimestre de este año de grado, y más concretamente a Raúl Torres Carrillo, trabajador social de esta institución, quien fue mi tutor durante las prácticas, por proporcionarme los conocimientos oportunos sobre este ámbito y transmitirme esa dedicación y entrega en el Trabajo Social.

Agradecer de manera especial a los pacientes del neuropsiquiátrico por cambiar mi visión acerca de la enfermedad mental y descubrirme una realidad desconocida que me ha impulsado a querer realizar este trabajo, e incluso ir más allá, luchando por erradicar el estigma a nivel local, y animándome a querer especializarme en dicho ámbito para trabajar en un futuro como trabajadora social en salud mental.

ABSTRACT

A social project is presented in the following work, whose aim is to eradicate stigma that exists about mental health nowadays. This project will involve both people with a serious mental disorder, as students of the University of Zaragoza, sharing coexistence.

For its realization some ways of information have been considered, such as the review of a series of bibliographical documents and printed and on-line news, all of them in relation to mental health, stigma and psychosocial rehabilitation.

The project is based on the data obtained in this documentary review and is designed in accordance with the objectives of the National Mental Health Strategy Spain.

Finally, a schedule will be drawn up, showing the activities necessary to carry out the project during the months in which it will take place.

INDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
2. METODOLOGÍA	2
3. FUNDAMENTACION.....	3
3.1. MARCO TEÓRICO DE REFERENCIA.....	3
3.1.1 SALUD MENTAL.....	3
3.1.2 EVOLUCIÓN HISTÓRICA ENFERMEDAD MENTAL	5
3.1.3 ESTIGMA SOCIAL	8
3.1.4. REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL.....	12
3.2. NECESIDADES SOCIALES, ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN Y PERTINENCIA DEL PROYECTO	15
4. DISEÑO DEL PROYECTO DE INTERVENCIÓN	21
4.1. Marco institucional, ámbito territorial de actuación y delimitación temporal:	22
4.2. Objetivos generales y/o específicos del proyecto:	22
4.3. Metodología.....	23
4.4. Recursos materiales, recursos humanos y presupuesto	27
4.5. Fuentes de financiación:.....	27
4.6. Cronograma	28
6. BIBLIOGRAFÍA	30
7. ANEXOS	I
Anexo I: Artículo 20 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad	I

1. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo trata sobre el estigma existente a día de hoy en el ámbito de la salud mental y las graves consecuencias que ese estigma provoca en el proceso de rehabilitación psicosocial, dificultando la integración social de dichas personas.

Distintas organizaciones internacionales han identificado el estigma producido por la enfermedad mental como uno de los problemas más importantes relacionados con la salud mental en nuestra sociedades. Según Moreno, Sánchez y López (2014) la enfermedad mental no se identifica como “algo que alguien tiene”, sino “algo que alguien es”, se identifica completamente a la persona con la patología y se formulan sobre ella todos los prejuicios generados por falsos mitos que durante años han persistido.

Por tanto, las personas con enfermedad mental a menudo tienen que enfrentarse a un doble problema, por un lado a la sintomatología de la propia enfermedad, y por otro al estigma (Moreno, Sánchez y López de Lemus, 2014).

Según Sánchez (2003), en la sociedad en general alberga la idea de que las personas que sufren una enfermedad mental son peligrosas y sus brotes psicóticos son incontrolables, de modo que las personas que están alrededor de estos, ya sean familiares, profesionales del área, etc. están en peligro, por lo que considero importante realizar un análisis sobre el recorrido histórico de la enfermedad mental a lo largo de distintas épocas, ya que tal y como señala Pedersen (2016) el estigma es un concepto dinámico, fluido y contingente que varía según las épocas y el contexto. Es necesario conocer cómo las personas con enfermedad mental han sido tratadas y percibidas durante décadas por el resto de la sociedad para entender la situación actual en la que se encuentran.

Con este trabajo pretendo explicar cómo el estigma influye negativamente en las personas que padecen una enfermedad mental, y considerando que éste está producido por los grandes prejuicios que la sociedad posee hacia este colectivo y la falta de información respecto al mismo, propongo una intervención comunitaria donde participen tanto personas con enfermedad mental como sin ella, consiguiendo que a través del contacto directo de ambos grupos, los estereotipos y prejuicios que albergan sobre la enfermedad mental se diluyan.

Este trabajo consta entonces de dos partes, un marco teórico donde se exponen los conceptos claves sobre salud mental, el recorrido histórico de ésta, el estigma y la rehabilitación psicosocial, incluyendo las necesidades de este colectivo, otras intervenciones comunitarias que se han realizado en España y la pertinencia legal de mi proyecto.

La siguiente parte será de carácter práctico donde plantearé un proyecto de intervención comunitaria cuyo objetivo será acabar con el estigma existente a día de hoy en dicho ámbito. Con la participación de las entidades Fundación Rey Ardid y Zaragoza Vivienda, quiero conseguir la convivencia en pisos tutelados donde los inquilinos sean 2 estudiantes de la Universidad de Zaragoza, junto con dos personas con trastorno mental grave. Estos pisos serán gestionados por la Fundación Rey Ardid y el fin es ganar aliados al proyecto, mediante la ayuda en la difusión del proyecto de la Universidad de Zaragoza, y poder reducir el estigma en la salud mental a través del contacto directo.

2. METODOLOGÍA

En cuanto a la metodología utilizada para realizar este trabajo fin de grado, comenzaré explicando que en un primer momento comencé a revisar documentos bibliográficos sobre salud mental en general, y en el momento que decidí tratar el tema del estigma, mi búsqueda bibliográfica fue más orientada hacia este tema.

Comencé una revisión bibliográfica de autores que trataban el tema del estigma, además de la rehabilitación social, interesándome por las diferentes formas de actuar para intervenir en la erradicación de este. También ha sido necesario revisar distintas noticias (tanto de manera online, como impresas) para conocer la realidad actual en la que las personas con enfermedad mental se encuentran.

Realicé una primera entrevista a la profesional que ejerce su labor como psicóloga en Punto Apoyo y Rehabilitación Psicosocial de Zaragoza para comentarle mi proyecto y que esta pudiera resolverme posibles dudas sobre su entidad. Esta entrevista fue necesaria ya que en un primer momento planteaba realizar mi proyecto con esta institución, sin embargo, durante esta entrevista y una vez mis dudas se habían aclarado, me di cuenta de que las necesidades y características de los pacientes de esta entidad no correspondían con el perfil de personas que buscaba en mi proyecto.

Mediante vía telefónica, y más tarde vía email, me puse en contacto con Confederación Salud Mental España, para preguntarle una duda acerca de su oficina de denuncia contra el estigma, ya que es un apartado que incluyo en este trabajo y no pude acceder a la información completa en su página web.

También ha sido importante revisar distintas páginas webs sobre enfermedad mental como Esquizofrenia24x7 o Confederación Salud Mental España, para conocer las diferentes características de estas personas, y conocer las diversas formas de intervenir en la erradicación del estigma.

Por último, la revisión del marco legislativo en relación a la salud mental fue importante para poder diseñar este proyecto de intervención acorde a los diferentes planes y programas de España, por lo que consulté el Plan Nacional de Salud Mental de España de manera continuada en la realización de este trabajo.

3. FUNDAMENTACION

3.1. MARCO TEÓRICO DE REFERENCIA

3.1.1 SALUD MENTAL

El concepto de salud mental fue definido como “el estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida y trabajar de forma productiva y fructífera y, es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (Organización Mundial de la Salud, 2013). Este concepto, tal y como podemos observar va más allá de la ausencia de enfermedad mental.

La salud mental es por tanto parte de la salud integral de las personas y se relaciona con las condiciones de vida, con las posibilidades de desarrollo afectivo, emocional, intelectual y laboral, y con la capacidad de integración al medio social y cultural. Por tanto, el enfoque de la salud mental es mucho más amplio que el de la enfermedad mental, tanto el tratamiento clínico como el equipo de salud mental trabajan en la rehabilitación y reinserción social sin dejar de lado la promoción y prevención de la salud (Brag, 2006, citado por Miranda 2015).

Dentro de la enfermedad mental, encontramos el Trastorno Mental Grave¹, definido por la Asociación Americana de Psiquiatría (2013, p.5) como “un 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”.

Además es importante señalar, siguiendo al Instituto Nacional de Salud Mental de EEUU en 1987 (citado por González y Rodríguez, 2006), que en el TMG interviene la interacción de tres dimensiones diferentes: diagnóstico, discapacidad y duración.

La dimensión del diagnóstico está relacionada con aquellas personas que sufren trastornos psiquiátricos graves, fundamentalmente Psicosis y especialmente Esquizofrenia, así como psicosis maníaco-depresivas, trastornos depresivos graves, trastorno delirante y otros como trastornos graves de personalidad. El criterio diagnóstico incluye principalmente a las personas que padecen algún tipo de psicosis funcional, no orgánica (OMS, 1992, citado por González y Rodríguez, 2006).

Siguiendo a dichos autores, la dimensión de discapacidad, supone que muchas de las personas que sufren los anteriores trastornos, a consecuencia de los mismos o propiciado por ellos, presentan variadas discapacidades o déficit expresadas en dificultades para el manejo y desenvolvimiento autónomo en las diferentes áreas de la vida personal y social.

Tal y como establecen González y Rodríguez (2006), las áreas que deben ser tenidas en cuenta son: autocuidados (falta de higiene personal, hábitos de vida no saludables...), autonomía (deficiente manejo del dinero, nula utilización del ocio y tiempo libre...), autocontrol (incapacidad de manejo de situaciones de estrés), relaciones interpersonales (falta de red social, déficit en habilidades sociales...), ocio y tiempo libre (aislamiento, falta de motivación, de interés...), funcionamiento cognitivo (dificultades de atención de percepción...)

¹ A partir de ahora TMG

y funcionamiento laboral (falta de experiencia o fracaso laboral, expectativas laborales desajustadas, falta de hábitos básicos de trabajo...).

El criterio de duración del trastorno intenta discriminar al grupo de personas que presentan trastornos de duración prolongada y descartar los casos que, aunque puedan presentar síntomas o diagnósticos de gravedad, aún tengan un tiempo corto de evolución y por tanto un pronóstico todavía no muy claro. Se ha utilizado como criterio un periodo de dos años de duración de tratamiento y no de la enfermedad ya que es frecuente que exista un periodo premórbido o incluso con sintomatología activa sin tratar difícil de delimitar en el tiempo.

Entre las entidades nosológicas que conforman el concepto de TMG se incluyen (Pinilla 2015):

- Trastornos esquizofrénicos
- Trastornos esquizoafectivos
- Trastornos bipolares
- Estados paranoides
- Depresiones mayores
- Trastornos obsesivos-compulsivos
- Trastornos de personalidad graves
- Trastornos neuróticos graves
- Otros (trastornos duales, daño cerebral adquirido)...

Como podemos observar el término de enfermedad mental, y más concretamente, el TMG, conlleva unas consecuencias mucho más negativas y perjudiciales, que la población en general desconoce, y unas determinadas formas de comportamiento que la sociedad no atribuye a la enfermedad, sino a la propia persona, como responsables de su situación.

3.1.2 EVOLUCIÓN HISTÓRICA ENFERMEDAD MENTAL

Es importante conocer cuál ha sido la evolución de la locura desde la época medieval hasta la actualidad, a nivel general, pero centrándome principalmente en España, en un contexto tanto histórico, como social y cultural. Debemos tener en cuenta los diferentes acontecimientos y la interrelación de los distintos sistemas sociales que han hecho que el trato social y la atención médica de los enfermos mentales cambie, con el objetivo de lograr una mejora en la comprensión de las necesidades de estos.

Durante décadas el denominado *loco* se ha ido acomodando a las diferentes formas de institucionalización y desinstitucionalización hasta llegar a la situación en la que se encuentra hoy en día (Huertas, 1992).

En cuanto a la época medieval, esta es considerada como época de la pobreza, penuria e indigencia y dicha pobreza podía llevar o bien a la muerte, o bien a la locura, porque solía implicar soledad, rechazo social, sensación de impotencia y pérdida de la autoestima. Los pobres se maldecían, blasfemaban y, a veces, perdían la sensatez y caían en la locura por lo que los *locos* siempre aparecían inmersos en la pobreza, sufriendo tristeza y desesperación. (Pileño, Morillo, Salvadores y Nogales, 2003).

Siguiendo a dichos autores, podemos afirmar que los hospitales medievales prácticamente nacieron de la caridad cristiana, los cuales se podían considerar de dos tipos, por un lado los fundados por obispos o custodiados a instancia de los reyes, los cuales se encontraban situados en las ciudades, y por otro lado los situados en las zonas rurales que dependían de los monasterios.

Como los *locos* se encontraban incluidos socialmente entre los pobres, como tales podían ser acogidos en los hospitales medievales, donde podían ser tratados como enfermos o endemoniados ya que estos asustaban, inquietaban, irritaban y molestaban a la sociedad en general. A menudo esto se debía a la apariencia externa, por el aspecto físico que supuestamente les infligía su mal y por el estereotipo que poetas y trovadores iban paulatinamente creando, proporcionando a la sociedad una imagen negativa y repulsiva de los *locos*. Pero la razón más profunda de su rechazo social radicaba en que los *locos* podían volverse peligrosos y generar escenas violentas (González, 1994).

Centrándonos en España, fue en Valencia donde se fundó el primer hospital de inocentes con el objetivo de acoger a los *locos* que vagababan por las calles de la ciudad, de tal modo que no pudiesen deambular por la ciudad y hacer daño al resto de población. Valencia se convirtió en el punto de mira para la creación de otras instituciones parecidas (Pileño et al., 2003).

Según González (1994) a los internos se les obligaba a trabajar en la granja, en el jardín en la limpieza y en los servicios. Se trataba siempre de evitar la inactividad, pues se creía que la ociosidad podía perturbarlos más, fomentándoles el vicio y los malos hábitos. Podemos observar por tanto como lo prioritario no era lo sanitario, sino el régimen disciplinario impuesto por las órdenes del hospital.

Durante el siglo XV continuaron expandiéndose los hospitales urbanos, hasta tal punto, que se llegó a la necesidad de integrar los pequeños hospitales y convertirlos en hospitales generales, con secciones o departamentos para dementes y *locos* (Pileño et al., 2003).

Sin embargo, a pesar de estas nuevas formas de asistir a las personas con enfermedad mental, todavía “a finales de la edad media los *locos* eran obligados a participar en cabalgatas bufas, piezas teatrales, fiestas profanas y hasta en fiestas religiosas” (González 2009, p.51).

Siguiendo a este autor podemos afirmar que en la edad moderna España contaba con tres instituciones específicas para el tratamiento de *locos* en inocentes (Sevilla, Toledo y Valladolid) y siete hospitales generales con departamentos para dementes (Barcelona, Zaragoza, Valencia, Palma de Mallorca, Lérida, Granada, y Córdoba). Poseía la situación más avanzada de Europa.

Durante la edad moderna se trataba de excluir al *loco* de entre los pobres, era necesario desarrollar una medida de saneamiento que lo pusiera fuera de la circulación social. La imagen de la locura estaba más presente en el paisaje cultural de la época, no únicamente son los médicos con titulación universitaria los encargados del tratamiento de los enfermos, se les sigue dando gran reconocimiento social a los sanadores o curanderos divinos, ya que persistía una concepción mágica de la locura, donde los *locos* eran considerados como seres aparte, iluminados, místicos e incluso profetas (González 1994).

González (1994) afirma que “en la Edad Moderna la locura tendía a ser concebida como un estado un tanto morboso y diferente de la pobreza. Muchos *locos*, aunque no la mayoría, eran recogidos en los hospitales generales, en departamentos separados o aparte de los restantes enfermos”. (p. 151) En estos hospitales, los enfermos quedaban drásticamente aislados del exterior, los enfermeros debían cuidar y vigilar en todo momento a los internos en sus habitaciones. Comienza la época de encierro, en los asilos y los hospitales generales.

Haciendo ahora referencia a la edad contemporánea es importante mencionar los acontecimientos de esta época que han producido transformaciones aceleradas en la economía, la sociedad y la tecnología como consecuencia de la Revolución Industrial, al tiempo que se destruía la sociedad preindustrial y se construía una sociedad de clases (burguesía y proletariado).

Según Huertas (1992), con el concepto de rentabilidad que comenzó a presidir en las acciones sanitarias, se comenzó a considerar al *loco* como una individuo cuya fuerza de trabajo era posible aprovechar, medicalizando al *loco* con el objetivo de conseguir su curación, liberándoles así de sus cadenas, separándoles de los criminales y convirtiendo los asilos destinados para ellos en instituciones terapéuticas de moralización e integración social. Sin embargo otros autores como Castel (citado por Huertas, 1992) afirman que no fueron liberados por la necesidad de recuperar su fuerza de trabajo ya que había cientos de miles de indigentes más productivos y sin ninguna ocupación. Según este autor los motivos que llevaron a tomar estas situaciones de liberación fueron con intención de conseguir control social, necesario para que el nuevo poder burgués se afianzara definitivamente.

Los *locos* al igual que los pobres se convirtieron en ciudadanos libres e iguales, viéndose abocados a una situación en la que, junto con el ofrecimiento de una integración social para algunos, se crearon, según indica Klaus Döner (citado por Huertas, 1992), las condiciones necesarias para establecer una orden, una vigilancia, un tratamiento moral y una observación científica.

Tradicionalmente el encierro de los enfermos mentales se ha aceptado como una necesidad “científica” de defensa social, entre otras cosas porque la relación crimen-locura no sólo fue barajada frecuentemente a lo largo de toda la época alienista, sino que siguió siendo una constante en la preocupación de médicos, juristas y sociólogos. El autor Toulouse concluye afirmando que no hay suficientes motivos, si el alienado no ha cometido o intentado cometer un delito, para privarle de su libertad por el simple hecho de ser alienado (Huertas, 1992).

Gracias a la confluencia de diferentes factores, el principal, el descubrimiento de los primeros psicofármacos, denominados neurolépticos, para el tratamiento de la enfermedad mental, y los cambios económicos y sociales acontecidos tras la 2^a Guerra Mundial, fue posible la aparición de un nuevo modelo de atención a este colectivo, denominado psiquiatría comunitaria, consistente en la transformación y supresión de los hospitales psiquiátricos y en la progresiva integración de la población institucionalizada en su comunidad y en sus familias, posibilitando el tratamiento de forma ambulatoria en su entorno comunitario (Amafe, s.f.²).

Bajo la influencia positivista del siglo XX se va forjando un concepto nuevo de enfermedad mental de tintes más biologicistas. En esta época se otorga una mayor relevancia a la observación clínica del trastorno mental así como a su supuesto origen biológico o genético (Confederación salud mental España, 2015).

En muchos países de Europa, los manicomios cerraron a partir de la década de los 60 y los 70, al considerar que en ellos se vulneraban los derechos más básicos de las personas con problemas de salud mental (Confederación salud mental España, 2016).

Con el desarrollo de los procesos de Reforma Psiquiátrica se comienza a debatir cuales son los derechos de las personas con enfermedad mental y se cuestionan los métodos y tratamientos que estas personas reciben y necesitan. Las políticas de Reforma Psiquiátrica se pusieron en marcha en la mayor parte de los países en las décadas de los 60 y los 70 y en España a lo largo de los años 80. Los principios que sustentan el desarrollo de la Reforma Psiquiátrica en España se recogen en el Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1985) y quedan plasmados en el Art. 20³ de la Ley General de Sanidad (Ley 14/1986, de 25 de Abril) (Amafe, s.f.)⁴.

En España, se consiguió cambiar el sistema basado en la internalización en hospitales psiquiátricos y/o manicomios a un sistema donde se ofrecían alternativas a las instituciones cerradas, teniendo aquí una gran importancia el papel de los servicios de atención primaria. Con este nuevo modelo de atención a la persona con enfermedad mental se buscaba una mayor participación social y tolerancia con respecto al enfermo, y una mejora en la

² Asolación Madrileña de Amigos y Familiares de Personas con Esquizofrenia

³ Ver anexo 1

conexión entre los diferentes servicios ofertados, para así poder asegurar la calidad de atención de estas personas. (Markez, Póo, Ariño, Córdoba, Merino y Romera, 2000).

Pero a pesar de los avances conseguidos en el ámbito de la salud mental, la realidad de las personas con trastorno mental, en relación a la discriminación y los perjuicios de la sociedad, es todavía una asignatura pendiente. Es cierto que se han logrado dar pasos y realizar actuaciones para limitar y sensibilizar a la población, no obstante, no se ha conseguido todavía derribar el muro que separa a la sociedad de la realidad de las personas con enfermedad mental (Confederación salud mental España, 2015).

3.1.3 ESTIGMA SOCIAL

El estigma es un fenómeno conocido y presente en muchos ámbitos, y muy especialmente en el de la salud mental, campo en el que ha sido, y sigue siendo, una importante barrera para el desarrollo de servicios comunitarios y para la integración de las personas afectadas (Arnaiz y Uriarte, 2006).

Según el diccionario de la Real Academia (2001), el estigma se concibe como: “marca o señal en el cuerpo; desdoro, afrenta, mala fama; huella impresa sobrenaturalmente en el cuerpo de algunos santos extáticos, como símbolo de la participación de sus almas en la Pasión de Cristo; marca impuesta con hierro candente, bien como pena infamante, bien como signo de esclavitud; lesión orgánica o trastorno funcional que indica enfermedad constitucional hereditaria”.

En realidad, el estigma es el producto de varios procesos de etiquetamiento, estereotipación, distanciamiento y segregación, degradación y discriminación, que ocurren por lo general en un contexto de poder asimétrico (Pedersen, 2009).

Hablar de estigma supone hablar de estereotipos, prejuicios y discriminación, ya que son tres dimensiones claves en este término:

Los estereotipos son un conjunto de creencias, en su mayoría erróneas, que la mayoría de la población mantiene en relación con un determinado grupo social y que condicionan en gran medida la percepción, el recuerdo y la valoración de muchas de las características y conductas de los miembros de dicho grupo. Por otro lado, los prejuicios son predisposiciones emocionales, habitualmente negativas, que la mayoría de la población experimenta con respecto a los miembros del grupo cuyas características están sujetas a creencias estereotipadas. La discriminación, por último, es la acción que conlleva a desarrollar acciones positivas o negativas, habitualmente medidas en términos de distancia social deseada, hacia determinados miembros (López, Laviana, Fernández, López, Rodríguez, Aparicio, 2008, p. 46).

Se trata pues, según Jones et al. (1984) citado en Muñoz, Pérez, Crespo y Guillen (2009), de adjudicar una identidad social, estatus, características morales y nivel de fiabilidad a un extraño tras haber identificado sus atributos. Tras esto, se generaliza en toda la persona un determinado atributo considerado socialmente como negativo. Se anulan los demás atributos personales y la particularidad adquiere la identidad total.

Según Goffman (1989) la sociedad establece los medios para categorizar a las personas y el completo de atributos que se perciben como corrientes y naturales en los miembros de cada una de esas categorías. El medio social establece las categorías de personas que en él se pueden encontrar. Las primeras apariencias de las personas nos permiten prever en qué categoría se halla dicha persona y cuáles son sus atributos, es decir, su identidad social, en el momento que una persona extraña demuestra ser dueña de un atributo que lo convierte en diferente de los demás, y lo convierte en alguien menos apetecible, dejamos de verlo como una persona total y corriente para reducirlo a un ser menospreciado.

Siguiendo a dicho autor podemos afirmar que el término estigma será utilizado entonces para hacer referencia a un atributo profundamente desacreditador, considerando que la persona que posee un estigma no es totalmente humana, por lo que nos vemos legitimados a realizar diversas prácticas de discriminación, mediante la cual reducimos en la práctica sus posibilidades de vida (este proceso conlleva a que el individuo estigmatizado tienda a sostener las mismas creencias sobre la identidad que nosotros).

El manejo del estigma es un rasgo general de la sociedad, un proceso que tiene lugar en dondequiera que existan normas de identidad.

3.1.3.1 Estigma y salud mental

Haciendo referencia al estigma negativo, que es el que está presente en la salud mental, Goffman, citado por Pedersen (2009) lo define como cualquier condición, atributo, rasgo o comportamiento del portador como algo “culturalmente inaceptable” e inferior, que conlleva sentimientos de vergüenza y culpa a la persona estigmatizada.

Además, tratando el tema del estigma en salud mental, desde una perspectiva social y cognitivo-conductual, es importante abordar el tema del estigma público y el autoestigma, ya que son dos conceptos muy presentes en este ámbito y con ciertas complejidades.

El estigma público consiste en las reacciones del público general hacia un grupo basadas en el estigma sobre ese grupo. Continuamente estamos etiquetando y haciendo distinción entre diferentes grupos en la sociedad en función de diversas características. Etiquetar implica a menudo una separación entre “nosotros” y “ellos”, considerando a “ellos” diferentes a nosotros, y en el caso de las personas con una enfermedad mental no sólo son considerados diferentes a nosotros, también inferiores (Muñoz, Guillen y Pérez, 2013, p.50).

El autoestigma se refiere a las reacciones de los individuos que pertenecen a un grupo estigmatizado y vuelven las actitudes estigmatizadoras contra ellos mismos. Las personas que vuelven el prejuicio contra sí mismas aprueban el estereotipo: “Es cierto; soy débil e incapaz de cuidar de mí mismo” (Muñoz et al., 2013, p.52).

Tanto el estigma público como el autoestigma están presentes en la enfermedad mental, lo que dificulta su situación, ya que no únicamente padecen el estigma de la sociedad en general, también el propio estigma que estas personas sienten hacia sí mismas, provocando pensamientos y sentimientos negativos hacia ellos, lo que induce al estrés, agravando su enfermedad mental en estos momentos de ansiedad (Muñoz et al., 2013).

Podemos afirmar por tanto según Anderson, Reiss y Hogarty (1988) que “los enfermos mentales constituyen uno de los grupos más estigmatizados de nuestra sociedad. Gran parte de esto se debe al miedo, la incomprensión de las enfermedades mentales y la desproporcionada publicidad otorgada a los pocos enfermos que manifiestan conductas disociadoras, violentas o criminales”. (p. 162)

3.1.3.2. Proceso de estigmatización

Como ya hemos observado, el estigma es un concepto dinámico, cambiante, que varía en función de las épocas y el contexto en el que nos encontramos. Depende tanto de los valores impuestos por la cultura según la época histórica, como de las normas sociales que rigen los comportamientos de las personas. Por tanto el estigma en las personas con enfermedad mental ha ido variando a lo largo del tiempo, siendo hoy el producto de todas esas transformaciones.

Siguiendo a Pedersen (2009) podemos afirmar que a lo largo de la historia, en el estigma psiquiátrico, la cultura ha impuesto determinados valores positivos y ha adjudicado significados específicos a ciertas formas de comportamiento evaluadas como tales, mientras al mismo tiempo asigna un valor negativo, desvalorizando otras formas de comportamiento contrastantes, lo que podemos denominar “construcción cultural del estigma”.

En segundo lugar encontramos las prácticas, estructuras e instituciones sociales que se crean en la sociedad con el fin de controlar, contener y aún reprimir ciertos tipos de comportamientos considerados desviados a la norma y estas mismas instituciones son las que inducen a la estigmatización de la enfermedad. En estos casos hablamos de “construcción social del estigma” (Pedersen, 2009).

Según Pedersen (2009), acorde a las creencias de cada momento histórico se han utilizado tratamientos que varían desde la cremanación, la tortura física, las duchas de agua fría y caliente, la lobotomía, los tratamientos de choque, las inyecciones de insulina que provocaban el coma y el electroshock, entre muchos otros, donde los llamados manicomios no tenían como fin la rehabilitación de la persona, sino su represión.

Pederson (2009) afirma que: “el estigma no es algo que simplemente existe dentro de la cabeza de las personas, sino que se genera y se construye a partir de las relaciones interpersonales con una dinámica propia, dentro de un contexto dado, en un momento y realidad determinada. Entendemos así la estigmatización como un producto social relacionado con la institucionalización, con las regulaciones de la vida en sociedad y con las ideologías que las sustentan, así como las decisiones hechas por los individuos, las sociedades y los estados”. (p.3)

Las personas con una enfermedad mental durante décadas han estado situados al margen del sistema social, estando privados no solo del acceso a los recursos de la sociedad, sino de cualquier tipo de relación social que traspasara los límites del recinto manicomial, ya que el *loco* siempre ha significado la ruptura de las normas implícitas o explícitas, la

inadaptación a las mismas, la resistencia a la normalización (Díaz y Romaní, 1989, citado por Miranda, 2015).

La locura ha sido por tanto sinónimo de conducta desviada respecto a un conjunto de valores institucionalizados en cada momento histórico.

“En la práctica psiquiátrica el *loco* es internado porque su locura se hace irresistible socialmente, para la familia, para el médico, para el poder gubernamental, ya que casi traspasa el límite” (García, 1975, p.14, citado por Miranda, 2015).

Siguiendo la reflexión de este autor, el enfermo mental institucionalizado cronificado, reúne todas las características que no son compartidas por el resto de la sociedad ya que sus preocupaciones se limitan a aspectos muy elementales relacionados con la comida, el dinero para pequeñas compras, el tabaco... preocupaciones que se limitan a las establecidas en la institución a la que pertenece, donde pretende conseguir una posición adecuada. Además desarrolla comportamientos derivados de su enfermedad (como pueden ser la falta de cuidados personales, pasividad en sus comportamientos...) que perpetúan el estigma en el resto de la sociedad, viendo a este colectivo como extraños y diferentes.

3.1.3.3. Repercusiones del estigma en las personas con enfermedad mental

El estigma psiquiátrico es tal vez el factor más significativo que influye en la vuelta a una vida normal y efectiva reintegración social, contribuyendo al sufrimiento social y colectivo, pudiendo empeorar el desarrollo de la enfermedad y el pronóstico de la está (Pedersen, 2009).

Pero la enfermedad mental 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 diversos trastornos mentales dan como resultado el estigma (Arnaiz y Uriarte, 2006).

Existe una carga de discapacidad agregada por el estigma en la enfermedad mental empeorando la calidad de vida de estas personas, afectando negativamente a las oportunidades en educación e inserción laboral, interfiriendo con los esfuerzos de rehabilitación, como explicaré a continuación, y perturbando la vida familiar, empobreciendo y debilitando la red social de soporte. Representa un segmento importante denominado “la carga encubierta u oculta de la enfermedad mental”, lo que tiene repercusiones económicas y sociales muy significativas (Pedersen, 2009, p.7).

Siguiendo a Arnaiz y Uriarte (2006) podemos afirmar que una de las mayores repercusiones del estigma en las personas con una enfermedad mental la encontramos sin duda en el ámbito laboral, puesto que existe una percepción generalizada de que tener trabajo constituye la principal barrera delimitadora de exclusión social. Por ello será necesario que en los diferentes entornos laborales no exista la creencia de que las personas con enfermedad mental no deben trabajar ya que pueden sufrir crisis o limitaciones debido a los efectos secundarios de los fármacos.

Hoy en día hay personas que llevan su enfermedad mental lo suficientemente bien como para trabajar pero sin embargo tienen graves dificultades para encontrar un empleo porque los empleadores los discriminan. Las personas con una enfermedad mental son los últimos en tenerse en cuenta a la hora de emplear (Arnaiz y Uriarte, 2006).

Es importante señalar que a pesar de existir una mayor concienciación sobre la enfermedad mental, todavía prevalecen percepciones falsas, prejuicios y discriminación contra aquellas personas con problemas mentales ya que por ejemplo, los medios de comunicación (prensa, radio, cine y televisión) tienen una mayor significación en la construcción social del estigma, mucho mayor que el contacto previo con una enfermedad mental (Pedersen, 2009).

3.1.4. REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL

La Rehabilitación Psicosocial es un concepto y un campo de trabajo relativamente nuevo, aún en pleno proceso de consolidación. La emergencia y necesidad de la rehabilitación sólo puede entenderse dentro del contexto propiciado por los procesos de desinstitucionalización y reforma psiquiátrica. En este modelo se hace necesario la rehabilitación para ayudar a los pacientes recluidos en hospitales psiquiátricos en el difícil tránsito de vuelta a la sociedad, y se necesita aún más para apoyar a la persona con enfermedad mental en su mantenimiento en la comunidad y posibilitar que se desenvuelva y maneje en ella con la mayor autonomía y calidad de vida posible (González y Rodríguez, 2006).

Tal y como señalan González y Rodríguez (2006), las personas que sufren enfermedades mentales graves y crónicas, presentan una compleja problemática socio-sanitaria que no se reduce a la sintomatología psicopatológica que presentan sino que afecta asimismo a otros aspectos como su funcionamiento psicosocial, su integración social y laboral y su participación en la comunidad, "dicha enfermedad dificulta o impide el desarrollo de sus capacidades funcionales en relación a aspectos de la vida diaria, tales como: higiene personal, autocuidado, autocontrol, relaciones interpersonales, interacciones sociales, aprendizaje, actividades recreativas y de ocio, trabajo, etc." (Goldman, Gatozzi y Tanbe, 1981, citado por González y Rodríguez, 2006, p. 17).

Por tanto, y siguiendo a dichos autores, es imprescindible ofrecer, además del tratamiento psiquiátrico, otros programas y servicios de rehabilitación psicosocial y apoyo social que les ayuden a recuperar y/o adquirir las capacidades y habilidades necesarias para vivir y relacionarse en la comunidad consiguiendo favorecer su integración social en sus entornos sociales y familiares y mejorar su calidad de vida.

La rehabilitación psicosocial hace referencia a un conjunto de intervenciones y apoyos cuyo principal objetivo es el de ayudar a la persona con enfermedad mental a compensar las dificultades psicosociales que sufren y ayudarle en el desarrollo de su vida cotidiana en la comunidad de manera autónoma y digna, así como en el desempeño y manejo de los diferentes roles y demandas que supone vivir, trabajar y relacionarse en los diferentes entornos comunitarios (González y Rodríguez, 2006).

En cuanto al conjunto de metodologías y estrategias de intervención en rehabilitación psicosocial podemos afirmar que consta de un proceso individualizado que combina, por un lado, el entrenamiento y desarrollo de las habilidades y competencias que cada persona requiere para funcionar efectivamente en la comunidad, y por otro lado, actuaciones sobre al ambiente que incluye desde psico-educación y asesoramiento a las familias hasta el desarrollo de soportes sociales destinados a ofrecer los apoyos necesarios para compensar o fortalecer el nivel de funcionamiento psicosocial de la persona con enfermedad mental crónica (Anthony y Nemec, 1984, citado por González y Rodríguez, 2006).

Siguiendo a estos autores, los principales ámbitos o áreas de intervención en Rehabilitación Psicosocial son:

- Mejora del funcionamiento psicosocial (entrenamiento y recuperación de habilidades y capacidades) y apoyo a la integración social:
 - Autocuidado (aseo e higiene personal, vestido, hábitos saludables)
 - Psicomotricidad
 - Actividades de la vida diaria (manejo de la vivienda, hábitos domésticos, manejo social, uso de transportes, realización de trámites, manejo del dinero, etc.)
 - Psicoeducación (conocimiento y manejo de la enfermedad, adherencia al tratamiento, autoadministración de medicamentos...)
 - Autocontrol y manejo del estrés.
 - Habilidades sociales.
 - Déficits cognitivos.
 - Ocio y tiempo libre.
 - Orientación y rehabilitación laboral.
 - Actividades de apoyo y soporte social (sociales, ocupacionales, culturales, etc.).
 - Integración comunitaria (uso de recursos sociocomunitarios, promoción y desarrollo de redes sociales, etc.).
 - Apoyo a la integración social y soporte comunitario.
 - Seguimiento en la comunidad
- Apoyo, asesoramiento e intervención psicosocial con familias
 - Apoyo y asesoramiento específico con cada familia
 - Programas grupales estructurados de psicoeduación e intervención psicosocial
 - Psicoeducación.
 - Formación en habilidades de comunicación y manejo de la convivencia.
 - Entrenamiento en estrategias prácticas de resolución de problemas.
 - Promoción y apoyo al desarrollo de grupos de autoayuda y asociaciones
- Intervenciones en el medio social de apoyo y soporte comunitario
 - Coordinación con recursos sociocomunitarios.
 - Promoción y apoyo al desarrollo de redes sociales de apoyo.
 - Desarrollo y coordinación de servicios y programas de apoyo: Atención y Tratamiento; Rehabilitación psicosocial y apoyo a la integración social; Rehabilitación laboral y apoyo a la inserción laboral; Atención residencial comunitaria; Programas de seguimiento “case management” (apoyo, coordinación y seguimiento comunitario individualizado).

Según González y Rodríguez (2006), la rehabilitación opera intentando ayudar a la persona con una enfermedad mental crónica en los difíciles retos que suponen su integración en la vida social normalizada, ayudándole también a recuperar su dignidad como persona, operando en todas las áreas de la vida y en los diferentes escenarios en los que este se desarrolla.

Es importante destacar, que a pesar del fuerte impulso que ha tenido en las últimas décadas la rehabilitación psicosocial, es necesario el desarrollo amplio y suficiente de recursos comunitarios de rehabilitación y apoyo comunitario, que a día de hoy es una de las principales asignaturas pendientes y uno de los elementos centrales para mejorar la situación y la calidad de vida de la población psiquiátrica crónica (González y Rodríguez, 2006).

3.2. NECESIDADES SOCIALES, ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN Y PERTINENCIA DEL PROYECTO

3.2.1. NECESIDADES SOCIALES

Las necesidades y problemáticas de este colectivo, según González y Rodríguez (2006), son múltiples y variadas, ya que como personas y ciudadanos que son, antes que padecer una enfermedad mental, comparten con el resto de la población problemas y necesidades comunes (alimentación, higiene, salud, alojamiento, seguridad, convivencia, afecto, sexualidad, apoyo social y familiar, trabajo...) y además presentan dificultades y necesidades específicas vinculadas a la problemática psiquiátrica y psicosocial peculiar de su enfermedad. Siguiendo a dichos autores, se podrían indicar las siguientes:

- Atención y tratamiento de la salud mental: necesitan adecuados procesos de diagnóstico y tratamiento psiquiátrico, fundamentalmente psicofarmacológico, que permitan controlar su sintomatología psicopatológica, prevenir la aparición de crisis y en su caso controlarlas, así como mejorar su funcionamiento psicológico.
- Atención en crisis: ya que incluso los pacientes que están recibiendo un adecuado tratamiento psiquiátrico, pueden experimentar crisis periódicas. La atención en crisis, a través en muchos casos de la hospitalización breve, deberá ayudar al paciente a estabilizar y readjustar su situación psicopatológica y a posibilitar la recuperación de su nivel de funcionamiento.
- Rehabilitación psicosocial y apoyo a la integración social: las personas que sufren un TMG presentan déficit y discapacidades que dificultan su desenvolvimiento autónomo y su integración en la vida cotidiana comunitaria, por lo que necesitan programas y servicios de rehabilitación psicosocial que les ayuden a recuperar y/o adquirir las capacidades y habilidades necesarias relacionarse en la comunidad.
- Rehabilitación laboral y apoyo a la integración en el mundo del trabajo: la integración laboral es un componente clave para facilitar la autonomía, independencia e integración social de cualquier persona. Sin embargo, la mayoría de las personas con enfermedad mental crónica están desempleados o excluidos del mundo laboral y presentan importantes dificultades para acceder y mantenerse en puestos de trabajo competitivos. Según González y Rodríguez (2006): “Necesitan, por tanto, programas de rehabilitación laboral que les orienten y ayuden a adquirir aquellos hábitos laborales y habilidades que les permitan estar en mejores condiciones para acceder y manejarse en el mundo laboral. También necesitan mejorar su, en general escasa, cualificación profesional a través de programas adaptados de formación ocupacional. Asimismo, dadas las exigencias y barreras del mercado laboral, serán necesarias acciones y medidas que potencien la incorporación de este colectivo en el mundo laboral, tanto a través del fomento de la creación de empresas en las que se puedan integrar enfermos mentales, como apoyando específicamente la contratación de dichas personas en el mercado laboral ordinario”. (p.22)

- Alojamiento y atención residencial comunitaria: muchos pacientes tienen dificultades para cubrir autónomamente sus necesidades de alojamiento y cuidado, ya que algunos no cuentan con apoyo familiar, lo que puede conducirles a situaciones de riesgo y marginación. Es necesario contar con un abanico de alternativas de vivienda y atención residencial, que cubran sus diferentes necesidades de alojamiento, cuidado y supervisión, permitiendo su mantenimiento en la comunidad en las mejores condiciones de autonomía y calidad de vida posibles.
- Apoyo económico: como consecuencia de la escasa o esporádica historia laboral de estas personas, y sus dificultades para acceder y mantenerse en un puesto de trabajo, muchos tienen dificultades para alcanzar una mínima autosuficiencia económica. Es necesario entonces ayudarles a cubrir sus necesidades económicas mínimas cuando no cuentan con otros ingresos, ni tengan apoyo económico de sus familias, tanto para evitar situaciones de pobreza como para facilitar su autonomía y manejo en el entorno social. Ello implica apoyar a estas personas para que se puedan beneficiar de los sistemas de prestaciones económicas existentes tanto contributivas como no contributivas. Asimismo es necesario disponer de programas de apoyo con fondos que permitan proporcionar ayudas económicas individualizadas que sirvan para facilitar procesos de rehabilitación y mantenimiento autónomo en la comunidad.
- Protección y defensa de sus derechos: la problemática psiquiátrica y psicosocial de las personas con enfermedades mentales crónicas en general, así como las barreras y desventajas sociales que sufren, hacen de esta población un grupo especialmente indefenso y vulnerable ante posibles abusos, situaciones de desprotección y obstáculos para el pleno acceso y ejercicio de sus derechos civiles como ciudadanos de pleno derecho. Por ello es preciso asegurar y promover la defensa y protección de sus derechos tanto en dispositivos de atención y tratamiento como en la vida cotidiana.
- Apoyo a las familias: Las familias constituyen el principal recurso de cuidado y soporte comunitario de los enfermos con esquizofrenia. De hecho la gran mayoría vive con sus familias. Sin embargo, la convivencia con el paciente puede suponer dificultades y conflictos, que en ocasiones puede llevar a las familias a sentirse desbordadas y con escasos recursos para hacer frente a dichos problemas. Asimismo, en algunos casos esta situación puede degenerar en una importante tensión y sobrecarga para las familias.
- Mejora de su imagen: La administración debe fomentar campañas de sensibilización social para que desaparezcan los prejuicios que impiden la integración social de este colectivo (Pérez, 2015). Según Gutiérrez (2011), los medios de comunicación, además de documentarse, deberían priorizar la empatía hacia las personas que están sufriendo una enfermedad, antes de dar primacía al miedo y el morbo con la finalidad de ganar audiencia.

3.2.2. ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN

Muchas han sido las diferentes vías para hacer frente al estigma existente en el área de salud mental, desde la Psicología Social y la Sociología se ha estudiado tres estrategias diferentes que son (López et al., 2008):

- Movilización y Protesta Social: parece tener claros efectos a corto plazo, disminuyendo, por ejemplo, la difusión de imágenes negativas basadas en estereotipos hacia las personas estigmatizadas, pero es importante destacar que no garantiza por si sola una utilidad a largo plazo, dada su menor capacidad para promover imágenes positivas y la resistencia al cambio de los estereotipos.
- Información y educación: se han desarrollado en distintos lugares algunos programas (campañas) específicamente dirigidos a cambiar las actitudes sociales hacia las personas con una enfermedad mental, especialmente con esquizofrenia y depresión. A pesar de las importantes diferencias en la extensión territorial, temporal y de tipo de intervenciones contempladas en una gran parte de los casos incluían como elemento importante, cuando no exclusivo, intervenciones de carácter pretendidamente educativo (a veces meramente informativo) a través de los medios de comunicación. Según Muñoz et al. (2013) las acciones educativas intentan reemplazar los estereotipos sobre la enfermedad mental por información basada en datos.
- Contacto y la interacción social: esta estrategia apuesta por el contacto directo como la vía más importante para cambiar actitudes y conductas, “sin embargo, el mero contacto no es suficiente, sino que ha de cumplir una serie de condiciones, como por ejemplo la existencia de un estatus igual entre ambos grupos y no una relación asimétrica entre ambos, que no exista competitividad” (Muñoz et al., 2013, p. 13).

Haciendo referencia a las movilizaciones de protesta llevadas a cabo en contra de la difusión de imágenes negativas de las personas con enfermedad mental destaco la acción llevada a cabo por “La Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA” (antes denominada FEAFES), que denuncia cualquier cuestión que atenta la dignidad de las personas con enfermedad mental.. Esta confederación remitió una carta a los productores y guionistas de la serie televisiva ‘La Que Se Avecina’ para manifestar su preocupación y rechazo a las constantes alusiones y escenificaciones estereotipadas que muestra el programa de los pacientes con trastornos mentales, alegando que esta serie ofrece una imagen cruel e injusta de los pacientes con trastornos mentales. La Federación recuerda que, como establece el Artículo 8 de la Ley 7/2010,⁵ de 31 de marzo, General de la Comunicación Audiovisual.

⁵ “Los prestadores del servicio de comunicación audiovisual procurarán ofrecer en sus emisiones una imagen ajustada, normalizada, respetuosa e inclusiva de las personas con discapacidad, en tanto que manifestación enriquecedora de la diversidad humana, evitando difundir percepciones estereotipadas, sesgadas o producto de los prejuicios sociales que pudieran subsistir”.

Entre las campañas desarrolladas para informar y educar a la población, destaco la campaña "¡No estás solo!", desarrollada por el Servicio Madrileño de Salud de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid en colaboración con FEMASAM (Federación Madrileña de Asociaciones Pro Salud Mental), cuyo objetivo es facilitar el acceso a las personas afectadas por un problema de salud mental y a sus familiares a la labor que se realiza desde el movimiento asociativo y luchar así contra el estigma que sufre esta población. Las acciones de esta campaña tratan de educar a la comunidad sobre los síntomas y tipos de las enfermedades mentales existentes, acabar con el estigma de que buscar ayuda profesional es solo para gente loca y mostrar la trascendente labor que desarrollan las asociaciones de familiares y de personas que padecen una enfermedad mental en nuestra comunidad.

En cuanto a las intervenciones que se basan en el contacto y la interacción social, he destacado la iniciativa del Neuropsiquiátrico Nuestra Señora del Carmen, ya que a través de su escuela deportiva "Estigma Cero con la Salud Mental" desarrollan iniciativas que favorecen el empoderamiento de sus asistidos, contando con la colaboración de entidades públicas y privadas. Hispanos del Carmen es el nombre del club deportivo de este centro, donde utilizan el baloncesto, junto con otras disciplinas deportivas (balonmano y fútbol sala), como elemento favorecedor de la salud y de socialización de la persona, con el objetivo de mejorar su calidad de vida. Destacar en la Escuela de Deporte la marcha popular que se celebra en Garrapinillos, donde tanto pacientes del neuropsiquiátrico, como vecinos del barrio, corren juntos con el objetivo de sensibilizar y romper falsos mitos sobre la enfermedad mental, con el objetivo de acercar y dar a conocer a la población la realidad que viven estas personas.

3.2.3. PERTINENCIA DEL PROYECTO

Es importante comenzar explicando que los trastornos mentales en conjunto constituyen la causa más frecuente de carga de enfermedad en Europa, por delante de las enfermedades cardiovasculares y del cáncer. Se estima que en una de cada cuatro familias hay al menos una persona con trastornos mentales y el impacto de los trastornos mentales en la calidad de vida es superior al de las enfermedades crónicas como la artritis, la diabetes o las enfermedades cardíacas y respiratorias. Por tanto, podemos observar como la posibilidad de padecer una enfermedad mental no es algo tan extraño, ni tan ajeno a nosotros, o a nuestros seres cercanos (Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, 2006).

Se estima que en España un 19% de la población ha tenido algún tipo de trastorno mental a lo largo de su vida y que en la actualidad un 9% de españoles tiene un problema de salud mental. A nivel mundial, la Organización Mundial de la Salud (OMS) eleva la incidencia hasta el 25% de la población, lo que significa que una de cada cuatro personas tiene un trastorno mental en el mundo (Salamanca24horas, 2016).

Por ello, y teniendo en cuenta que mejorar la atención en salud mental en España es uno de los objetivos estratégicos del Ministerio de Sanidad y Consumo, desde la Agencia de Calidad del Ministerio, en coordinación con las Comunidades Autónomas, las sociedades científicas y las asociaciones de pacientes, se ha elaborado una "Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud".

La Estrategia constituye un texto de apoyo para la coordinación en todo el país en relación a los planes o programas de promoción de la salud mental, de los programas de prevención y de los medios de diagnóstico, terapéuticos y rehabilitadores apropiados para realizar una atención integral y continuada de las personas con trastornos mentales. La Estrategia también incluye entre sus objetivos potenciar la investigación en salud mental y crear herramientas que permitan evaluar el avance del conocimiento en este campo, así como los avances y retrocesos que se detecten en su desarrollo.

Según la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (2006), la visión de la sociedad en relación a la salud mental se dirige hacia la criminalidad, los accidentes de tráfico, los abusos y violencia doméstica y de género, el vagabundeo...etc. En realidad, los trastornos mentales contribuyen poco a la generación de estas lacras sociales. Según el Manifiesto en contra el estigma hacia las personas con enfermedad mental de la Declaración de Oviedo (2014), donde intervienen numerosos profesionales del área de la psiquiatría, la peligrosidad y relación con actos violentos no es la norma habitual en el comportamiento de una persona que padece una enfermedad mental, debiendo considerar estos hechos como aislados.

Es fundamental tomar iniciativas que aumenten el conocimiento de la enfermedad mental y ayuden a reducir el estigma y la marginación asociados a las personas que sufren estos trastornos y a sus familiares, por ello una de las líneas estratégicas de este texto es: "La promoción de la salud mental de la población, prevención de la enfermedad mental y erradicación del estigma asociado a las personas con trastorno mental".

Los resultados de la experiencia asistencial centrada exclusivamente en la provisión de servicios de atención demuestran que para alcanzar mejores niveles de salud mental positiva no basta con tratar las enfermedades mentales, sino que son necesarias políticas, estrategias e intervenciones dirigidas, de forma específica, a mejorarla. Para ello, es necesario cambiar el énfasis desde la perspectiva tradicional, centrada en los trastornos mentales, hacia una nueva perspectiva que tome en consideración la promoción de la salud mental.

Existe, en los últimos años, un abundante contexto normativo de la Unión Europea que ha permitido poner en marcha diversas iniciativas para aunar los esfuerzos de todos los países en una misma dirección. De entre todas ellas destaca la propuesta «Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention. A Policy for Europe», en la que se define una prioridad clara: el que cada Estado miembro europeo disponga de un Plan de Acción para la promoción de la salud mental y la prevención de trastornos mentales, con diez áreas de intervención, entre ellas Reducir al máximo las situaciones de desventaja social y económica, y prevenir el estigma.

El tercer objetivo general de la línea estratégica nombrada anteriormente, y en el que nos centraremos, ya que va acorde a la temática de este trabajo sobre el estigma es: "Erradicar el estigma y la discriminación asociados a las personas con trastornos mentales". Cuyos objetivos específicos son:

- El Ministerio de Sanidad y Consumo y las Comunidades Autónomas incluirán en sus planes y programas intervenciones que fomenten la integración y reduzcan la estigmatización de las personas con trastorno mental.

- El Ministerio de Sanidad y Consumo y las Comunidades Autónomas promoverán iniciativas para revisar y actuar sobre las barreras normativas que puedan afectar al pleno ejercicio de la ciudadanía de las personas con trastorno mental.
- Los centros asistenciales dispondrán de normas específicas en sus protocolos y procedimientos encaminadas a fomentar la integración y evitar el estigma y la discriminación de las personas con trastorno mental.
- El ingreso de las personas con trastornos mentales en fase aguda se realizará en unidades de psiquiatría integradas en los hospitales generales, convenientemente adaptadas a las necesidades de estos pacientes. Las Comunidades Autónomas adecuarán progresivamente las infraestructuras necesarias para el cumplimiento de este objetivo.
- El Ministerio de Sanidad y Consumo promoverá iniciativas de coordinación con la OMS, la Unión Europea y otros organismos internacionales en el ámbito del fomento de la integración y la lucha contra el estigma y la discriminación.

Las recomendaciones de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud para conseguir dichos objetivos son:

- Implantar mecanismos que permitan identificar en la legislación vigente, y en las nuevas propuestas legislativas, barreras que impidan el ejercicio de la ciudadanía a las personas con trastornos mentales.
- Las intervenciones dirigidas a fomentar la integración y reducir el estigma de las personas con enfermedades mentales se dirigirán preferentemente a profesionales de la salud, profesionales de la comunicación, profesionales de la educación y escolares, empresarios y agentes sociales, asociaciones de personas con trastornos mentales y sus familiares
- En el ámbito de las Comunidades Autónomas, se adaptarán las normas y procedimientos internos para fomentar la integración y reducir el estigma y la discriminación de las personas con trastornos mentales y sus familias. Esto se llevará a cabo, fundamentalmente, en los reglamentos de régimen interno de los dispositivos relacionados con la atención sanitaria. Estas adaptaciones de reglamentación normativa en las Comunidades Autónomas deberán incorporar el enfoque transversal de género y adecuar sus textos al lenguaje no sexista.
- Las Unidades de Psiquiatría adecuarán progresivamente sus espacios, equipamiento, mobiliario, dotación de personal y organización interna a las necesidades particulares de los y las pacientes con trastornos mentales: necesidades de ocio, de relación, de ocupación y de participación, con respeto a su intimidad, su dignidad y libertad de movimientos.
- Con el objetivo de evitar las estancias hospitalarias innecesarias y asegurar la continuidad de cuidados y una ubicación alternativa y adecuada al domicilio y la hospitalización, se recomienda disponer de una serie de **alternativas residenciales** que fomenten la convivencia y la integración de las personas con TMG que lo precisen.
- A través de los fondos de cohesión, se promoverán líneas o proyectos de promoción y de prevención dirigida a la erradicación del estigma y favorecedora de la inserción social y laboral sin discriminación de género.

4. DISEÑO DEL PROYECTO DE INTERVENCIÓN

Este proyecto consiste en crear un nuevo recurso de pisos tutelados compartidos entre personas con un TMG (2 personas por piso) y universitarios de la ciudad de Zaragoza (2 universitarios por piso), donde participará la Fundación Rey Ardid y Zaragoza Vivienda, además de la Universidad de Zaragoza, de manera más puntual dando difusión a esta iniciativa.

Rey Ardid tiene como finalidad la atención de personas con un TMG, realizando actividades y servicios dirigidos a cubrir todas sus necesidades, ofreciendo atención directa en los ámbitos médico, psicológico, conductual y psicopatológico y buscando su integración social y laboral. Se encarga de la gestión de los recursos del Sector I de Salud, y en lo referente a la atención en Salud Mental, tiene distintos centros donde oferta los servicios descritos. Mi proyecto se realizaría en el Centro de Rehabilitación y Apoyo Psicosocial⁶ del Actur.

Este proyecto será por tanto gestionado por la fundación Rey Ardid, por lo que los pacientes que formarán parte del mismo serán seleccionados mediante la Comisión para Ingresos y Seguimiento de Pacientes en Centros Sanitarios de Rehabilitación de Salud Mental y Comunidades Terapéuticas de Deshabituación del Sector Sanitario Zaragoza I, la cual se encargará de valorar cada caso de manera individual en función de las patologías y necesidades de cada individuo y decidirá si cumple los requisitos para este proyecto.

Por otra parte, Zaragoza Vivienda es una sociedad municipal del Ayuntamiento de Zaragoza cuyo principal objetivo es lograr una mayor eficacia en la acción Municipal relacionada con la rehabilitación urbana, la vivienda y otras edificaciones, y la urbanización del suelo, así como conseguir la reducción de los precios de venta o arrendamiento de los solares edificables y de las edificaciones resultantes. Al depender esta sociedad del Ayuntamiento de Zaragoza, esta indirectamente implicada en los objetivos que este mantiene, entre ellos facilitar la emancipación juvenil, por ello este proyecto se ajusta a sus intereses.

Mediante Zaragoza Vivienda se establecerá una bolsa de Vivienda donde los jóvenes se inscribirán, y una vez inscritos, serán entrevistados por los profesionales de esta entidad (con intención de conocer sus intereses, sus gustos, su disposición...etc.). Una vez los profesionales de Zaragoza Vivienda hayan seleccionado a los estudiantes que cuentan con los requisitos que se piden, estos jóvenes pasarán a reunirse con el trabajador social de Rey Ardid, y más adelante con los pacientes, para comenzar la convivencia en un futuro.

Presento este proyecto de intervención como un nuevo recurso ya que actualmente Rey Ardid cuenta con alternativas residenciales, dentro del servicio socio-sanitario que ofrece, siendo estas residencias pisos tutelados (gestionados por esta entidad, donde residen pacientes) y el Equipo de Apoyo Social Comunitario (ofreciendo atención social domiciliaria y apoyo comunitario en el domicilio propio del paciente o familiar), por tanto todavía no existe un recurso como el que yo presento, pisos compartidos.

⁶ A partir de ahora CRAP.

Cabe destacar que este proyecto tiene como función principal la erradicación del estigma, sin embargo, se intenta vincular a los planes de Juventud del Ayuntamiento de Zaragoza en su propósito de conseguir la emancipación juvenil, ofertando una vivienda de menor coste a los jóvenes. Por tanto, la meta es conseguir eliminar el estigma, pero a su vez, mediante este proyecto, se favorece uno de los objetivos que el ayuntamiento de Zaragoza propone, conseguir apoyar a los jóvenes en su proceso de emancipación e incorporación al mundo adulto.

4.1. Marco institucional, ámbito territorial de actuación y delimitación temporal:

Como ya hemos visto en apartados anteriores, la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud tiene como objetivo general erradicar el estigma y la discriminación asociados a las personas con trastornos mentales, y para ello plantea una serie de recomendaciones para conseguir dicho objetivo. Destaco aquella que habla sobre las alternativas residenciales, que más concretamente dice: **“con el objetivo de evitar las estancias hospitalarias innecesarias y asegurar la continuidad de cuidados y una ubicación alternativa y adecuada al domicilio y la hospitalización, se recomienda disponer de una serie de alternativas residenciales que fomenten la convivencia y la integración de las personas con TMG que lo precisen”** (Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, 2016).

Aunque esta Estrategia es implantada a nivel nacional, mi proyecto se centrará en la provincia de Zaragoza, más concretamente en el sector I de Zaragoza donde Fundación Rey Ardid desarrolla su labor, y con los estudiantes de la Universidad de Zaragoza. Por otro lado, el proyecto comenzará a prepararse, durante los meses de Mayo, Junio, Julio y Agosto y será iniciado a principios de Septiembre. La duración de este proyecto variará en función de las personas que lo protagonicen, aunque lo estimado es que dure al menos un curso académico (de septiembre a Julio), contando con la posibilidad de alargar este proyecto más tiempo.

4.2. Objetivos generales y/o específicos del proyecto:

OBJETIVO GENERAL: 1. Reducir el estigma de la salud mental, potenciando las relaciones entre personas con una enfermedad mental grave y jóvenes estudiantes universitarios, en un clima de convivencia solidaria.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1.1. Sensibilizar a estudiantes universitarios con la enfermedad mental ofertándoles un alojamiento compartido con personas con un TMG.

1.2. Crear redes sociales efectivas entre estudiantes y personas con enfermedad mental, a través de una convivencia grata para ellos.

1.3. Ofrecer una alternativa residencial a personas con un TMG mediante la convivencia con estudiantes universitarios.

1.4. Concienciación en el ámbito universitario sobre la importancia de erradicar el estigma en la salud mental.

4.3. Metodología

A continuación presento los objetivos operativos para cada uno de los objetivos específicos planteados anteriormente con las respectivas actividades que les corresponden.

1.1. Sensibilizar a estudiantes universitarios con la enfermedad mental ofertándoles un alojamiento compartido con personas con un TMG.

Objetivo operativo 1.1.1: Crear charlas informativas sobre el proyecto para los estudiantes de las distintas facultades de Zaragoza.

- El trabajador social del CRAP contactará con los diferentes decanos y rectores de las distintas facultades de Zaragoza para informarles sobre el proyecto.
- Desde la Universidad de Zaragoza se difunde el proyecto mediante correos electrónicos a los alumnos.
- Preparar carteles y folletos informativos, que se colocarán en las zonas más concurridas de las facultades, sobre la hora, el día y el lugar de la charla informativa que el trabajador social del CRAP celebrará para explicar más detalladamente el proyecto y resolver dudas a los interesados.
- Preparar la charla describiendo el proyecto: objetivos, beneficios, actuaciones que deben de realizar los interesados...etc.
- Impartir la charla en las distintas facultades (3 charlas por semana en las distintas facultades).

Objetivo operativo: 1.1.2 Crear una Bolsa de Vivienda.

- Desde Zaragoza Vivienda se cuelga en su página web el enlace para acceder a la inscripción en la bolsa de vivienda. Se especifica en esta misma página los requisitos y condiciones que deben cumplir los universitarios para poder inscribirse.
- El trabajador social de Zaragoza Vivienda revisará las inscripciones de las personas escritas en esta bolsa.
- Reunión individual entre el trabajador social de Zaragoza Vivienda y los jóvenes inscritos en la bolsa para conocer sus perfiles, intereses, aficiones...etc. con el fin de formar grupos de compañeros de pisos afines entre sí.
- Se decide quienes son los jóvenes que cumplen los requisitos y se les comunica para concertar más adelante una reunión con ellos y los profesionales de Rey Ardid.

Objetivo operativo 1.1.3: Ofrecer formación complementaria a los jóvenes estudiantes seleccionados que participarán en el proyecto en cuanto a salud mental, convivencia, y poder resolver así posibles dudas.

(Este objetivo operativo se llevará a cabo una vez se haya realizado la entrevista conjunta entre los pacientes de Rey Ardid y los estudiantes, y todos acepten la convivencia).

- Se acordará con los universitarios un día y una hora a la semana para que estos acudan al CRAP y poder reunirse con el trabajador social.

- El trabajador social del CRAP preparará power points y diferentes actividades dinámicas que inciten a los jóvenes a participar con temas relacionados con la enfermedad mental, con el objetivo de desmitificar falsos mitos en relación a esta.
- Se preparará un PDF con los puntos más importantes a tener en cuenta a la hora de convivir con una persona con un TMG, con el objetivo de que la futura convivencia sea más sencilla entre todos.
- Se llevarán a cabo estas clases de formación complementaria según el día de la semana acordado.

1.2. Crear redes sociales efectivas entre estudiantes y personas con enfermedad mental, a través de una convivencia grata para ellos.

Objetivo operativo 1.2.1: Crear un grupo de apoyo entre los inquilinos de los pisos para estimular y fortalecer su relación mediante la realización de distintas actividades conjuntas.

- El trabajador social del CRAP se pondrá en contacto con los universitarios derivados por Zaragoza Vivienda y con los pacientes que van a compartir piso.
- El trabajador social prepara la reunión con una serie de preguntas para ambos grupos (en relación a sus expectativas de la convivencia) y animará a los presentes a que cuenten un poco más sobre ellos con intención de que todos puedan conocerse mejor.
- En la reunión con los dos grupos, el trabajador social les propondrá la realización de salidas de ocio y preguntará a estos sus aficiones y gustos para comenzar las salidas.
- Se propondrá realizar dos salidas por semana barajando las siguientes opciones: piscina, cine, pasar una tarde en Puerto Venecia, comer en algún bar de Zaragoza...etc.
- Se calendariza la primera salida con la hora, el día y el lugar.
- El trabajador social les propondrá la realización de algún curso que pueda facilitar su estancia en el piso, como por ejemplo un curso de cocina.
- Los propios interesados buscarán a través de distintas páginas como Zaragoza dinámica, fundación San Valero, etc. cursos donde poder inscribirse.
- Se inscribirán en los cursos.

1.3. Ofrecer una alternativa residencial a personas con un TMG compartiendo convivencia con estudiantes universitarios.

Objetivo operativo 1.3.1: Apertura de un piso para personas con TMG y estudiantes universitarios.

- Los 2 estudiantes y los 2 pacientes realizarán una primera visita acompañados por el trabajador social del CRAP y el trabajador social de Zaragoza Vivienda para conocer su futura residencia y hacer el reparto de habitaciones.
- En la segunda visita se comenzará a acondicionar, limpiar y preparar el piso.
- En la tercera visita se procederá a la mudanza.

- En una reunión en el CRAP, el trabajador social se reúne con los ocupantes de cada piso para hacer la división de tareas semanal del mes.
- Los propios inquilinos escriben en una tabla la lista con las tareas y cuales realizará cada uno al día.
- Entre los profesionales del CRAP se deciden cuáles serán las normas básicas de convivencia.
- Se pasa a comunicar estas normas a los inquilinos.
- En esta reunión con los componentes del piso, el trabajador social pedirá a los ocupantes su opinión y que expongan aquellas normas que ellos consideren.
- Se redactan en un papel todas las normas y se les entrega una copia a los ocupantes.
- Se comienza la convivencia con un fin de semana donde los ocupantes se dirigen al piso un viernes por la tarde y lo dejan el domingo por la mañana.
- El lunes por la mañana el trabajador social se reúne en el CRAP con los ocupantes para comentar como ha ido el fin de semana mediante una asamblea. (Si esta reunión transcurre adecuadamente se pasará al siguiente período de convivencia. Si ha ocurrido algún problema durante esta reunión se intentará resolver en esta reunión).
- El siguiente período de convivencia se realizará de miércoles a viernes para ver como transcurren los días entre semana.
- Se volverá a reunir el trabajador social del CRAP con los inquilinos para comentar como ha ido la convivencia.
- Si todo transcurre con normalidad, al lunes de la siguiente semana se comienza la convivencia definitiva.
- El trabajador social del CRAP visitará cada jueves por la mañana los pisos compartidos.
- Cada viernes se reunirá el equipo multidisciplinar que participe en este proyecto (Psicólogo, psiquiatra, trabajador social y enfermero) para comentar la situación de cada paciente y su progresión en el proyecto.
- Los pacientes seguirán acudiendo al centro de día por las mañanas para participar en las actividades que se realicen.
- Los auxiliares de enfermería harán cada mañana el reparto de medicación a los pacientes de los pisos.
- Los estudiantes acudirán al CRAP el día que se haya acordado de cada semana para recibir sus clases de formación complementaria.

1.4. Concienciar a la población en general sobre de la importancia de erradicar el estigma en la salud mental.

Objetivo operativo 1.4.1: Crear una conferencia protagonizadas por los inquilinos de estos pisos compartidos donde expongan los beneficios de formar parte de este proyecto.

- Los inquilinos de los pisos compartidos prepararán juntos una exposición, con la ayuda del trabajador social del CRAP, sobre sus vivencias compartiendo piso y los beneficios que este proyecto les ha aportado.
- Los compañeros de piso, junto con la ayuda del trabajador social del CRAP, preparan carteles y folletos para dar propaganda a la exposición que se va a realizar.
- Se solicitará en Paraninfo la reserva de una sala para poder impartir esta conferencia.
- Impartir la conferencia.

Objetivo operativo 1.4.2: Crear redes sociales para dar a conocer el proyecto y luchar contra el estigma en la salud mental.

- Desde el CRAP se abrirá una página web en Facebook, twitter e Instagram para informar sobre el proyecto. Estas páginas serán gestionadas por los propios compañeros de los pisos.
- Los inquilinos de los pisos compartidos se encargarán de publicar en estas redes las reuniones que se realizarán en las distintas facultades, actualizando estas páginas con información del proyecto que consideren oportuna.

Objetivo operativo 1.4.3: Crear un canal de youtube.

-Abrir un canal de youtube desde el CRAP donde los compañeros de piso suban pequeños cortos contando anécdotas de cómo ha sido la semana. La intención de crear este canal es que los suscritos paguen una pequeña cuota y ayudar así al pago del proyecto (crowdfunding).

- El trabajador social será el encargado de maquetar los videos y subirlos al canal.
- Cada semana se debe subir un nuevo vídeo.
- Compartir en las redes sociales creadas los enlaces de los vídeos.

4.4. Recursos materiales, recursos humanos y presupuesto

Recursos materiales	Cantidad	Precio por unidad	Total
Carteles para charlas	30	2,5	75
Paquete de folios	50	1,99	99,5
Bolígrafos	10	0,5	5
Impresora	1	65	65
Tinta impresora	15	10	150
Ordenadores	1	750	750
Proyector	1	100	100
Piso de alquiler	400	12 meses	4.800
			6.044,50 €

Recursos humanos	Porcentaje contratación en el proyecto	Salario/mes	Cantidad	Total
Trabajador social	100%	1.250	2	15.000
Psicólogo	20%	334	1	4.008
Auxiliar enfermería	50%	460	1	5.520
Enfermero	20%	270	1	3.240
				27.768 €

Recursos materiales	6.044,50
Recursos humanos	27.768,00
Suma	33.812,5
5% imprevistos	1.690,62
Total	35.503,12 €

4.5. Fuentes de financiación:

Ingresos	Porcentaje de los gastos aportado
Crowdfunding ⁷	10%
Subvención Ayuntamiento de Zaragoza	60%
Copago	30%

⁷ Explicado en metodología.

4.6. Cronograma

Objetivos operativos	Actividades	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul
1.1.1 Crear charlas informativas sobre el proyecto.	Contactar con decanos y rectores															
	Envío de correos electrónicos															
	Preparar y colgar folletos y carteles															
	Preparar charla															
	Impartir las charla															
1.1.2 Crear una Bolsa de Vivienda	Preparar															
	Colgar enlace en la página web															
	Revisión de inscripciones															
	Convocar reuniones individuales															
	Celebrar reuniones															
	Decidir que estudiantes son aceptados															
1.1.3 Formación complementaria estudiantes	Acordar día y hora															
	Preparar power points y actividades															
	Realización de este curso complementario															
1.2.1 Crear un grupo de apoyo entre los compañeros de piso	Contactar con los inquilinos															
	Preparar reunión															
	Celebración reunión															
	Preparar las salidas															
	Realizar las salidas															
	Buscar cursos															
	Asistir a los cursos															

Objetivos operativos	Actividades	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul
1.3.1 Apertura del piso	Primera visita al piso															
	Segunda visita: limpiar, ordenar, etc.															
	Tercera visita: mudanza															
	Convocar reunión con los inquilinos															
	Celebrar la reunión															
	Escribir tareas y normas															
	1º residir un fin de semana															
	Reunión trabajador social e inquilinos															
	2º-residir miércoles a viernes															
	Reunión trabajador social e inquilinos															
	3º- Convivencia definitiva															
	El trabajador social visita el piso															
1.4.1 Conferencia explicativa	Reunión multidisciplinar															
	Pacientes acuden al centro de día															
	Reparto de medicación															
	Preparar conferencia															
1.4.2 Crear redes sociales	Preparar y colocar carteles y folletos															
	Reservar sala en Paraminfo															
	Realizar charla															
	Abrir distintas páginas webs															
1.4.3 Abrir un canal en youtube	Actualizar páginas webs															
	Abrir canal															
	Publicar videos															

6. BIBLIOGRAFÍA

Anderson, C. M., Reiss, D., & Hogarty, G. (1988). Esquizofrenia y Familia: Guía práctica de psicoeducación. Buenos Aires: Amorrortu, 1988.

Arnaiz, A. y Uriarte, J.J. (2006). Estigma y enfermedad mental. Norte de salud mental. (26), pp. 49-59.

Asociación Americana de Psiquiatría. "Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5". Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2013.

Cabana, M. (6 de mayo de 2015). El índice de casos de violencia entre enfermos mentales es igual al resto de la sociedad. La voz de Galicia. Recuperado de http://www.lavozdegalicia.es/noticia/lugo/lugo/2015/05/06/indice-casos-violencia-enfermos-mentales-igual-resto-sociedad/0003_201505L6C2991.htm

Esquizofrenia24x7. (2014, 13 Julio). Manifiesto en contra el estigma hacia las personas con enfermedad mental Declaración de Oviedo. [Archivo de video]. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=R7K3bI4RYPI>

Goffman, E. (1989). Estigma: la identidad deteriorada. Buenos Aires: Amorrortu, 1989.

Gómez, M., y Arbesu, J. A. (2007). Estrategia en salud mental del Sistema Nacional de Salud: Estrategia aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 11 de diciembre de 2006. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, D.L. 2007.

González, E. (1994). Historia de la locura en España. Madrid: Temas de hoy, D.L. 1994.

González, J. C. y Rodríguez, A. (2006). Rehabilitación psicosocial y apoyo comunitario de personas con enfermedad mental crónica: programas básicos de intervención. Madrid: Consejería de Servicios Sociales, 2006.

Gutiérrez L. (27 de abril de 2011). Los medios frente a la enfermedad mental: entre el morbo y el estigma. Público. Recuperado de: <http://www.publico.es/espagna/medios-frente-enfermedad-mental-morbo.html>

Huertas, R. (1992). Del manicomio a la salud mental: para una historia de la psiquiatría pública. Madrid: Fondo de investigaciones sanitarias de la seguridad social, 1992.

López, M., Laviana, A., C., Fernández, L., López, A., Rodríguez, A.M., Aparicio, A. (2008). La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. Revista De La Asociación Española De Neuropsiquiatría (28). Pp 43-83.

Markez, L., Póo, M., Ariño, J., Merino, C., Romera, C. (mayo de 2000). Las personas con enfermedad mental crónica que reciben atención no hospitalaria en la CAPV. Atención comunitaria de la enfermedad mental. Arateko.

Miranda, M (2015). Marginación y enfermedad mental. En M. Miranda (coord.), Lo social en la salud mental (pp. 149-184). Zaragoza: Prensas de la Universidad de Zaragoza, 2015.

Moreno, A. M., Sanchez, F. S. y López de Lemus, M. L. (2014). Differences in general population on knowledge, attitudes and behaviour related to mental health stigma/Diferencias de la población general en relación a los conocimientos, actitudes y conductas hacia el estigma en salud mental. *Psychology, Society, & Education*, (1), pp. 17.

Muñoz, M., Perez, E., Crespo, M., Guillen, A. (2009). Estigma y enfermedad mental. Análisis del rechazo social que sufren. Madrid: Editorial Complutense.

Organización Mundial de la Salud (diciembre de 2013). Salud mental: un estado de bienestar. Recuperado de: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/

Pedersen, D. (6 de octubre de 2015). Estigma y exclusión en la enfermedad mental: Apuntes para el análisis e investigación. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina* 2009. (1), pp. 39-50.

Pérez, R. (2015). Habilidades de comunicación y promoción de conductas adaptadas de la persona con discapacidad: UF0800.

Pileño, M.E., Morillo, F.G., Salvadores, P., Nogales, A. (1er semestre 2003). El enfermo mental. Historia y cuidados desde la época medieval. *Cultura de los cuidados*. Año VII. (13), p. 29-35.

Pinilla, M.A. (2015). La rehabilitación psicosocial en Trabajo Social: la intervención en trastorno mental grave. En M. Miranda (coord.), Lo social en la salud mental (pp. 97-120). Zaragoza: Prensas de la Universidad de Zaragoza, 2015.

Real Academia Española. (2001). Diccionario de la lengua española (22.ª ed.). Recuperado de: <http://www.rae.es/rae.html>

Sánchez, M. (8 de abril de 2003). Esquizofrenia: más marginados que peligrosos. El País. Recuperado de: http://elpais.com/diario/2003/04/08/salud/1049752801_850215.html

Una de cada cuatro personas tendrá una enfermedad mental a lo largo de su vida (10 de octubre de 2016). Salamanca 24 horas.com. Recuperado de:
<http://www.salamanca24horas.com/articulo/actualidad/local-10-10-2016-una-de-cada-cuatro-personas-tendra-una-enfermedad-mental-lo-largo-de-su-vida/20161010070658596047.html>

7. ANEXOS

Anexo I: Artículo 20 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad

Artículo veinte:

Sobre la base de la plena integración de las actuaciones relativas a la salud mental en el sistema sanitario general y de la total equiparación del enfermo mental a las demás personas que recursos asistenciales a nivel ambulatorio y los sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio, que reduzcan al máximo posible la necesidad de hospitalización.

1. La atención a los problemas de salud mental de la población se realizará en el ámbito comunitario, potenciando los recursos asistenciales a nivel ambulatorio y los sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio, que reduzcan al máximo posible la necesidad de hospitalización.

Se considerarán de modo especial aquellos problemas referentes a la psiquiatría infantil y psicogeriatría.

2. La hospitalización de los pacientes por procesos que así lo requieran se realizará en las unidades psiquiátricas de los hospitales generales.

3. Se desarrollarán los servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para una adecuada atención integral de los problemas del enfermo mental, buscando la necesaria coordinación con los servicios sociales.

4. Los servicios de salud mental y de atención psiquiátrica del sistema sanitario general cubrirán, asimismo, en coordinación con los servicios sociales, los aspectos de prevención primaria y la atención a los problemas psicosociales que acompañan a la pérdida de salud en general.