



Trabajo Fin de Grado

¿Las personas que tienen un trastorno mental están estigmatizadas?

Are people who have a mental disorder stigmatized?

Autor/es

Marta Gil Lozano

Nuria Sáez Muñoz

Director/es

Eva María Garcés Trullenque

"Queridos padres, a mí si me gustaría tener un hijo como yo,
porque tengo unos padres como vosotros".

Jesús Vidal.

(Actor de la película de Campeones).

AGRADECIMIENTOS

Tras haber finalizado esta investigación, queremos agradecer la participación de todas las personas que de una manera u otra han colaborado con nosotras para que este trabajo haya sido posible.

No nos podemos olvidar de todos esos trabajadores sociales y alumnos que han participado mostrando su interés dedicando parte de su tiempo a la realización de nuestro cuestionario.

También agradecer a Eva, nuestra directora de este Trabajo de Fin de Grado por la dedicación, el apoyo necesario y disposición continuo que ha tenido durante todos estos meses.

Y, por último, a la Universidad de Zaragoza por darnos la oportunidad de estudiar este grado de Trabajo Social junto al profesorado por dar los conocimientos y las herramientas necesarios para formarnos como futuros Trabajadores Sociales.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	III
ÍNDICE DE TABLAS E ILUSTRACIONES	VI
ÍNDICE DE TABLAS	VI
ÍNDICE DE ILUSTRACIÓN	VI
RESUMEN/ABSTRACT	1
RESUMEN.....	1
ABSTRACT	1
INTRODUCCIÓN	2
PLANIFICACIÓN.....	3
MARCO TEÓRICO	5
SALUD MENTAL	5
SALUD	5
SALUD MENTAL	5
ENFERMEDAD MENTAL	6
TRASTORNO MENTAL GRAVE	7
DISCAPACIDAD.....	7
ESTIGMA	8
AUTOESTIGMA.....	10
ANTI-ESTIGMA	11
TRABAJO SOCIAL SANITARIO	12
OBJETIVOS E HIPÓTESIS.....	21
OBJETIVOS	21
OBJETIVO GENERAL	21
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	21
HIPÓTESIS	21
METODOLOGÍA.....	22

MÉTODO Y ENFOQUE	22
MUESTRA.....	22
TÉCNICAS E INSTRUMENTO.....	23
PROCEDIMIENTO	23
CUESTIONARIO	24
SOCIODEMOGRÁFICO.....	25
OTROS ESTUDIOS.....	26
RESULTADOS.....	27
ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	27
AUTORITARISMO:.....	28
BENEVOLENCIA:.....	29
RESTRICCIÓN SOCIAL:.....	31
IDEOLOGÍA DE SALUD MENTAL COMUNITARIA:.....	32
DISCUSIÓN	34
CONCLUSIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	38
BIBLIOGRAFÍA	39
ANEXOS.....	42
PRIMERO.....	42
SEGUNDO	42
TERCERO	43
CUARTO	43
CUESTIONARIO	44

ÍNDICE DE TABLAS E ILUSTRACIONES

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Planificación	4
Tabla 2: Autoritarismo	28
Tabla 3: Benevolencia.....	30
Tabla 4: Restricción social.....	31
Tabla 5: Ideología de salud mental comunitaria	33

ÍNDICE DE ILUSTRACIÓN

Ilustración 1: Según el sexo de los participantes.....	27
Ilustración 2: En relación con las variables sociodemográficas.....	27
Ilustración 3: Autoritarismo.....	28
Ilustración 4: Benevolencia	30
Ilustración 5: Restricción social	32
Ilustración 6: Ideología de salud mental comunitaria	33

RESUMEN/ABSTRACT

RESUMEN

El estigma hacia las personas con trastorno mental es una barrera que lleva hacia la estigmatización y marginación social.

Se ha podido apreciar una evolución por parte de la sociedad hacia el estigma, aunque se sigue manteniendo ese pensamiento generalizado con actitudes negativas. Estas actitudes afectan, tanto a la persona y a los familiares, como a otros ámbitos de su vida personal como el laboral y social, donde no existe la confianza suficiente para afrontar y comunicar la enfermedad.

Por todo esto, se necesita un nuevo enfoque en el que las políticas sociales, los Servicios Sociales, los propios afectados, los familiares y asociaciones, junto con la comunidad, trabajen creando profesionales para trabajar los aspectos sociales de este trastorno.

Con este estudio se pretende investigar si las personas con trastorno mental están estigmatizadas, y más concretamente si los profesionales y futuros trabajadores sociales mantienen un estigma hacia dichas personas.

Palabras Clave: Estigma, Integración Social, Enfermedad Mental, Actitudes Sociales y Trastorno Mental.

ABSTRACT

Stigma towards people with mental disorder is a barrier that leads to stigmatization and social marginalization.

It has been possible to appreciate an evolution on the part of society towards stigma, although this generalized thought is still maintained with negative attitudes. These attitudes affect both the person and family members, as well as other areas of his personal life such as work and social life, where there is not enough confidence to face and communicate the disease.

For all this, a new approach is needed in which social policies, Social Services, those affected, family members and associations, together with the community, work creating professionals to work on the social aspects of this disorder.

This study aims to investigate whether people with mental disorders are stigmatized, and more specifically if professionals and future social workers maintain a stigma towards these people.

Key words: Stigma, Social Integration, Mental Illness, Social Attitudes and Mental Disorder.

INTRODUCCIÓN

La idea de realizar esta investigación nace para analizar si las personas que sufren una enfermedad mental están estigmatizadas.

El estigma es un término que está muy presente en numerosos ámbitos, pero en especial en la esfera de la salud mental, lo que supone una barrera para la integración social y recuperación de las personas que padecen algún tipo de enfermedad mental.

Padecer un trastorno mental grave no es solo una enfermedad mental, sino que el enfermo debe hacer frente a una sociedad que desconoce esta enfermedad y por ello se da lugar a ese estigma social al que se ve sometido el usuario, afectándole esto de manera negativa y repercutiéndole tanto en su propio desarrollo personal, como en su integración social. La salud mental sigue siendo un tabú para buena parte de la población.

Nos encontramos en una sociedad que ha dejado atrás la mentalidad de los hospitales psiquiátricos y que, por suerte, ha ido evolucionando de manera favorable, pero todavía hoy siguen estando presentes en la sociedad estereotipos o estigmas asociados a estas personas.

Por ello, este trabajo se va a enfocar en estudiar si existe estigma hacia este colectivo realizando un cuestionario a los estudiantes de último curso de Trabajo Social, ya que estos jóvenes son el futuro de nuestra sociedad porque dedicarán su labor profesional a mejorar esta situación, por ello, el interés principal de este estudio subyace de la necesidad de conocer la percepción de los jóvenes estudiantes universitarios sobre este tema en cuestión. Y conocer además la percepción de los profesionales de Trabajo Social que ya ejercen la profesión en su día a día laboral.

De esa forma, abordaremos desde diferentes perspectivas el concepto de enfermedad mental, con el objetivo de encontrar el origen del estigma que afecta a este colectivo y las diferentes clasificaciones de estigma que nos podemos encontrar.

Como conclusión, aunque no menos importante, nos centraremos en analizar y observar que actitudes han ido mostrando tanto los estudiantes como los profesionales para comprobar si la formación académica, la información recibida, el tener un contacto laboral con este colectivo, etc. influye de una manera positiva o negativa en el nacimiento, duración y eliminación del estigma.

PLANIFICACIÓN

A continuación, se va a ilustrar mediante una tabla el organigrama que se ha llevado a cabo para la realización de la investigación. En el eje diagonal se plasman los meses del año que se ha estado dedicando a dicha investigación, va del mes de enero que es cuando se comienza a tener un primer contacto con este trabajo final de grado hasta el mes de septiembre que es cuando se da por finalizado. En el eje horizontal se encuentran las diferentes tareas que se han ido llevando a cabo para que todo esto haya sido posible. Y dentro de cada cuadro, con el día de realización se detalla más concretamente.

TAREAS	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE
PRIMERA REUNIÓN	El 23 la primera reunión con nuestra tutora.	El día 6 se firma los impresos y se presenta el título del proyecto.							
BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA		Se comienza con la búsqueda de la bibliografía							
ELABORACIÓN DEL MARCO TEÓRICO		El día 27 tutoría con la tutora para una primera revisión del marco teórico.	El 10 tutoría para revisar el marco teórico.						
DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN				El día 7 tutoría para revisión del diseño del trabajo.					
DISEÑO DEL CUESTIONARIO				El dia 15 tutoría para revisar el cuestionario	El día 12 la tutora contacta con una persona para ver si es válido nuestro cuestionario.				

	ENVÍO DEL CUESTIONARIO							El día 3 se realiza el cuestionario y se envía a estudiantes y profesionales.	No se obtiene participación de los profesionales y se decide ampliar y enviar a entidades que forman el Fórum de Salud Mental.	
	ANÁLISIS DE DATOS								El día 20 se comienza con el análisis de datos	
	ELABORACIÓN DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS								El día 27 se realiza la elaboración de los resultados que obtenidos	
	DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES									El día 9 se realiza las conclusiones.
MAQUETACIÓN FINAL										Y para finalizar el día 10 se maqueta y se finaliza.

Tabla 1: Planificación

MARCO TEÓRICO

A lo largo de este apartado se va a exponer el marco teórico de la investigación, se van a diferenciar dos grandes bloques para poder abordar la pregunta que se plantea al principio. Por un lado, el apartado de salud mental donde se encuentran los subapartados de salud, la propia salud mental, enfermedad mental, trastorno mental y discapacidad. Y, por otro lado, se va a desarrollar el apartado del estigma.

SALUD MENTAL

En primer lugar, en este primer apartado se va a exponer los aspectos relacionados con la salud mental. Se empezará con unas definiciones de salud, luego se analizará la salud mental, a continuación, se hará un recorrido a la enfermedad mental, el trastorno mental grave a través de tres dimensiones y para finalizar la discapacidad.

SALUD

El término de salud es un Derecho fundamental. Es esencial destacar, el papel del Derecho a la protección de la Salud, que se encuentra dentro de la Constitución Española, en el artículo 43, en los principios rectores de la política social y económica (Constitución, 1978). En este artículo, se reconoce el derecho a la protección de la salud, dando respuesta a través de medidas preventivas, prestaciones y ofreciendo servicios necesarios que competen a los poderes públicos la organización y tutela de dicha salud pública.

La salud pública, según la Ley 33/2011, de 4 de octubre,

Es el conjunto de actividades organizadas por las Administraciones públicas, con la participación de la sociedad, para prevenir la enfermedad, así como para proteger, promover y recuperar la salud de las personas, tanto en el ámbito individual como en el colectivo y mediante acciones sanitarias, sectoriales y transversales. (Ley general de Salud Pública, 2011, artículo 1).

Por tanto, es fundamental que se garantice la equidad en la salud de manera universal para evitar la “ausencia de diferencias evitables, injustas o modificables entre grupos de personas, ya estén definidos estos grupos sociales, económicos, demográfica o geográficamente”. (OMS, 2009).

La salud no solo hace referencia a la ausencia de enfermedad y afecciones, sino que es la capacidad de estar en funcionamiento y en armonía con el medio que nos rodea. Según la RAE, la define como un “Estado en el que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones”. (R.A.E., 1713). La OMS también hace referencia a que la salud es un “estado de completo bienestar físico, mental y social” (OMS, 1948).

SALUD MENTAL

A lo largo de toda la historia han ido evolucionando los distintos modelos de salud. Siguiendo a Giddens (2011), el modelo biomédico de la salud defendía que la enfermedad era una avería del cuerpo humano producida por un determinado agente biológico, por lo que para determinar si una persona estaba enferma se tenían en cuenta únicamente los factores biológicos. Sin embargo, Engel (1977), hizo una crítica al

reducciónismo biomédico y consideró que los enfermos debían ser tratados teniendo en cuenta no solo los factores biológicos, sino también los factores psicológicos y sociales (Traid, 2005).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud mental, recoge un gran conjunto de actividades tanto de forma indirecta como de forma directa, las cuales se encuentran relacionadas con el concepto de bienestar mental que se incluye en la definición de salud mental definida por la propia OMS como: “un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de afecciones o enfermedades”. (OMS, 2013).

En 2013 también, la Asamblea Mundial de la Salud, aprobó el Plan de Acción Integral sobre la Salud Mental creado por la OMS, en el que se pretende trabajar y mejorar el tema de la salud mental, en el intervalo comprendido del año 2013 hasta el año 2020. En este plan, (OMS, 2013, p.10), se establecen cuatro objetivos de carácter fundamental. El primero pretende reforzar un liderazgo y una gobernanza eficaces en el ámbito de la salud mental, el segundo proporcionar en el ámbito comunitario servicios de asistencia social y de salud mental completos, integrados y con capacidad de respuesta, el tercero poner en práctica estrategias de promoción y prevención en el campo de la salud mental, y el cuarto fortalecer los sistemas de información, los datos científicos y las investigaciones sobre la salud mental.

Para dar por finalizado este concepto, hablaremos de que la salud mental depende por tanto de varios factores, que son tanto de tipo psicológico, físicos, ambientales, etc., los cuales pueden verse alterados a lo largo de nuestra vida, ya que somos vulnerables y estamos expuestos a momentos de estrés o problemas que causan sufrimiento en algún momento de nuestras vidas. Por ello, es muy importante que los individuos creen vínculos afectivos con su entorno más próximo y que no se dé lugar al aislamiento o marginación ya que facilitará y expondrá al usuario a desencadenar un trastorno mental.

ENFERMEDAD MENTAL

El concepto de enfermedad mental es bastante amplio ya que incluye varios tipos de trastornos. Podría definirse como:

Una alteración de tipo emocional, cognitivo y/o del comportamiento, en que quedan afectados procesos psicológicos básicos como son la emoción, la motivación, la cognición, la conciencia, la conducta, la percepción, el aprendizaje, el lenguaje, lo cual dificulta a la persona su adaptación al entorno cultural y social en que vive y crea alguna forma de malestar subjetivo. (FEAFES, 2008, p.24).

Hoy en día, estando en el siglo XXI, el riesgo de marginación sigue ligado a la enfermedad mental. Es fruto de la estructura social, de los prejuicios, estereotipos y etiquetas que se crean. Según Alodia Abad Ruiz, cuando se refiere que un enfermo mental es un marginado, se está ante un grupo estigmatizado. Por eso los enfermos mentales se puede decir que es un grupo <castigado> por la sociedad en su conjunto que se tiene que enfrentar a diferentes dificultades y barreras que en muchas ocasiones les imposibilita el desarrollo de la vida misma y su disfrute en las mismas condiciones que los demás. (Miranda, 2015, p.185).

Según Prieto (2002), un aspecto importante a considerar es que la salud pública ha contribuido a mejorar la enfermedad física dejando a un lado el componente de salud mental, por ello, en muchas comunidades se ha experimentado un deterioro significativo.

Sarah García Silberman (1998):

Recopiló numerosos estudios de diferentes contextos y países para estudiar como repercute las actitudes en la enfermedad mental, descubrió que factores sociodemográficos como la edad, el sexo, el nivel educativo y el nivel socioeconómico están relacionados con las diferentes actitudes que se tiene hacia la enfermedad mental, siendo más positivas en aquellos con niveles educativos y socioeconómicos más altos y aquellos con menor edad. (Miranda, 2015, pp.189-190).

Dentro del concepto de enfermedad mental, se puede encontrar diversas enfermedades como son los trastornos mentales graves que se va a hablar a continuación.

TRASTORNO MENTAL GRAVE

El término trastorno mental grave (TMG), según la Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales GPC), lo define como:

Un conjunto de diagnósticos clínicos que entran en el grupo de las psicosis (fundamentalmente trastorno Esquizofrénico y trastorno Bipolar).

Se define sobre tres dimensiones que son: en primer lugar, el diagnóstico clínico. Todas las categorías diagnósticas incluidas en el trastorno mental grave (TMG), tienen la consideración de psicóticas (trastornos psicóticos de tipo no orgánico), lo que implica no solo la presencia de síntomas positivos y negativos, sino también un patrón de relaciones gravemente alterado, un comportamiento inadecuado al contexto o una afectividad inapropiada grave, que impliquen una percepción distorsionada de la realidad.

En segundo lugar, la duración. Se ha utilizado como criterio para establecer el trastorno mental grave (TMG) una evolución de trastorno de 2 años o más, o deterioro progresivo y marcado en el funcionamiento en los últimos 6 meses (abandono de roles sociales y riesgo de cronificación).

Y en tercer y último lugar, el nivel de discapacidad. Implica la afectación de moderada a severa del funcionamiento personal, laboral, social y familiar. (Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave, 2009, pp.31, 32, 131).

El Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos (NIMH) en 1987, define al colectivo de personas que sufren un trastorno mental grave como:

Un grupo de personas heterogéneas, que sufren trastornos psiquiátricos graves que cursan con alteraciones mentales de duración prolongada, que conllevan un grado variable de discapacidad y de disfunción social, y que han de ser atendidas mediante diversos recursos sociosanitarios de la red de atención psiquiátrica y social. (Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave, 2009, p.21).

DISCAPACIDAD

Según la definición del NIMH, National Institute of Mental Health, Instituto Nacional de Salud Mental, sobre el término de discapacidad mental, lo define como:

Limitaciones funcionales en actividades importantes de la vida y al menos incluye dos de los siguientes criterios de forma continua o intermitente:

- 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. (Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave, 2009, p.32).

La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) define la discapacidad como un término genérico que abarca deficiencias, limitaciones de la actividad y restricciones a la participación. Se entiende por discapacidad la interacción entre las personas que padecen alguna enfermedad (por ejemplo, parálisis cerebral, síndrome de Down y depresión) y factores personales y ambientales (por ejemplo, actitudes negativas, transporte y edificios públicos inaccesibles y un apoyo social limitado). (Organización Mundial de la Salud, 2018).

Debido a la Constitución Española de 1978, las personas con discapacidad entran a formar parte de una etapa nueva en la que las políticas sociales van destinadas a mejorar y fomentar las condiciones de vida de las personas con discapacidad teniendo como base principal el artículo 14 de la CE que establece que todas las personas somos iguales ante la Ley, por lo que la discapacidad no dará lugar a un tratamiento discriminatorio, sino que estas leyes deberán ir encaminadas por tanto a la función de protección, normalización e integración de las personas con discapacidad.

ESTIGMA

En este segundo apartado, se va a hacer referencia, en primer lugar, al estigma junto a los tres conceptos que nacen del estigma público como es el estereotipo, el prejuicio y la discriminación. En segundo lugar, se va a tratar un apartado del autoestigma junto al de anti-estigma. Y, por último, para dar por finalizado el apartado del marco teórico se creará el apartado del trabajador social sanitario con su papel fundamental y junto al apartado de buenas prácticas, la comunidad autónoma de Aragón y las asociaciones que se encuentran en dicha comunidad ya que luego se utilizará para la investigación.

La lucha cada día contra el estigma es una prioridad. Desde la Confederación Española de Agrupaciones de familiares y personas con enfermedad mental (FEAFES), según recoge sus estatutos y más concretamente el artículo 7.5 dentro de las disposiciones generales, se pretende “Promover la sensibilización y mentalización social hacia las personas con enfermedad mental y sus familias, llamando la atención sobre la marginación y discriminación existentes en los aspectos sanitarios, sociales y laborales”. (FEAFES, 2012, artículo 7.5 p.4).

Goffman (1963), citado por Miranda (2015), estudio el estigma y detalló en una de sus obras, desde un análisis psicosocial, que el estigma se identifica como:

La estigmatización como concepto y praxis social fue estudiada de forma ejemplar en nuestro tiempo por Goffman (1963), quien en una obra amplia pudo detallar cómo, desde el análisis psicosocial, el estigma se identifica como una marca, señal o signo, manifiesta o larvada, que hace que el portador de esta sea incluido en una categoría social hacia cuyos miembros se genera una respuesta negativa. (P. 190).

Según el proyecto de cooperación bibliotecaria, dentro de la revista “Estigma y enfermedad mental”, lo define como:

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, A. & Uriarte JJ., 2006, p. 49).

Hay que reconocer que ninguna definición de estigma puede ser aplicable universalmente. Las definiciones del diccionario solas, tales como “una marca de la desgracia” no son suficientes por sí mismas. (Arnaiz, A. & Uriarte JJ., 2006, p. 50).

Tanto el estigma, como los prejuicios, estereotipos y discriminación crean una barrera en ocasiones infranqueable para la persona con trastorno mental, a la hora de poder desarrollar sus derechos como ciudadano. Además de dificultar así su integración social y añadir nuevos sufrimientos que no se atribuyen a la propia enfermedad.

No somos conscientes que como sociedad tenemos numerosos comportamientos de carácter discriminatorio (acciones de exclusión social, segregación, negación a determinados trabajos, etc.). Además, a todo esto, hay que sumarle la cantidad de prejuicios y estereotipos que se crean ya que se está continuamente señalando, etiquetando y creando grupos diferenciados en función de sus características.

A continuación, se van a desarrollar los tres conceptos que nacen del estigma público, además como se quiere abordar el tema de la marginación en los enfermos mentales como se ha nombrado anteriormente que es un tema presente en la actualidad, hay que prestar atención a estas dimensiones que se traducen en actitudes negativas con diferentes consecuencias ya que estigmatizan a cada persona. Se puede poner en relación los términos como estereotipos, prejuicios y discriminación. (Miranda, 2015, p. 186). Los prejuicios y los estereotipos son la base sobre la que a menudo se construyen las actitudes sociales que facilitan o impiden el éxito en los procesos de reinserción social. (Miranda, 2015). Que esto a su vez implica discriminación.

ESTEREOTIPO

El estereotipo es “una imagen cultural compartida por un grupo, tiene que ver con cierta herencia cultural”. (Miranda, 2015, p. 180).

Según López, Laviana, Rodríguez y Aparicio (2008), el estereotipo es:

Un conjunto de creencias, en gran parte erróneas, que la mayoría de la población mantiene en relación con un determinado grupo social y que condicionan o sesgan en gran medida la percepción, el recuerdo y la valoración de muchas de las características y conductas de los miembros de dicho grupo. (Miranda, 2015, p. 187).

La revista Estigma y enfermedad mental lo define como: “estructuras de conocimiento que la mayoría de los miembros de un grupo social conoce; son una manera eficaz de categorizar información sobre grupos sociales diferentes porque contienen opiniones colectivas sobre grupos de personas”. (Arnaiz, A. & Uriarte JJ., 2006, p. 51).

Uno de los colectivos que en la actualidad se encuentran muy estigmatizados y que además es el análisis del presente trabajo es el de las personas que padecen un problema grave de salud mental, con esto no se quiere decir que solo afecte a este colectivo, pero sí que es uno de los más afectados.

PREJUICIO

El prejuicio, según Fischer, 1990: 105, es:

Una actitud del individuo que implica una dimensión evaluativa, con frecuencia negativa, con respecto a la persona y grupos, en función de su propia permanencia social. Se trata por tanto de una disposición adquirida cuya finalidad consiste en establecer una diferenciación social.

Según López, Laviana, Rodríguez y Aparicio (2008), “son predisposiciones emocionales, habitualmente negativas, que la mayoría experimenta con respecto a los miembros del grupo cuyas características están sujetas a creencias estereotipadas.” (Miranda, 2015, p. 187).

La revista Estigma y enfermedad mental lo define como: “la actitud que refleja la disposición de las personas para actuar de forma negativa o positiva hacia el objeto de perjuicio, sin analizar si existe alguna razón que justifique dicho comportamiento”. (Arnaiz, A. & Uriarte JJ., 2006, p. 51). Los estereotipos y el prejuicio por sí solos no son suficientes para el estigma. Además, hace falta poder social, económico y político para estigmatizar. El prejuicio lleva como reacción conductual a la discriminación.

Las personas con enfermedad mental que aceptan estos perjuicios solo consiguen que se vuelva el prejuicio contra su propia persona ya que, aunque parezca que si se utiliza sale beneficiado en algunas ocasiones concretas, no es el caso, solo consigue que estos prejuicios aumenten aún más.

DISCRIMINACIÓN

Según López, Laviana, Rodríguez y Aparicio (2008) la discriminación es:

Las propensiones a acciones positivas o negativas, habitualmente medidas en términos de distancia social deseada, hacia dichos miembros. Aspectos cognitivos que se mezclan con sentimientos negativos, como miedo, desconfianza, etc., predisponen a una separación, por lo tanto, a la discriminación. (Miranda, 2015, p. 187).

Este concepto, también se puede definir dentro del contexto de las diferencias de poder definido también por la revista “Estigma y enfermedad mental” como: “reacciones del público general hacia el grupo estigmatizado como resultado del estigma”. (Arnaiz, A. & Uriarte JJ., 2006, p. 52).

AUTOESTIGMA

Una de las consecuencias que tiene el estigma y más concretamente las personas que padecen de alguna enfermedad mental es el autoestigma ya que muchos de los enfermos son conscientes de los diferentes prejuicios, estereotipos y estigma que sufren llevando en ocasiones a pensar que son incompetentes.

Según Aretio Romero (2010), citado por Miranda (2015), el autoestigma se definiría como:

La persona estigmatizada vive un proceso dual en el que, por un lado, reconoce otros atributos de su personalidad que nada tiene que ver con los que forman parte de su estigma y, por otro lado, interioriza las

creencias del grupo social dominante reconociendo y asumiendo la diferencia con los otros y pasando a tomar como rasgo central definitorio de su personalidad el atributo estigmatizador. (P. 194).

La revista Estigma y enfermedad mental lo define como: "las reacciones de los individuos que pertenecen a un grupo estigmatizado y vuelven las actitudes estigmatizadoras contra ellos mismos". (Arnaiz, A. & Uriarte JJ., 2006, p. 52).

En la actualidad, sigue muy presente el estigma, sobre todo en personas que sufren una enfermedad mental, especialmente si es grave, ya que su recuperación es bastante más lenta.

Es necesario luchar contra la estigmatización, adoptando un cambio de carácter activo y siendo conscientes de dicho cambio para eliminar los prejuicios, estereotipos o creencias negativas. Con ello, se comenzará a mantener un respeto tanto a las personas que sufren un trastorno mental grave como a los acompañantes que sufren esto también, familiares, amigos, (entorno cercano), facilitando así su propio desarrollo personal, laboral, su integración social y mejorando su entorno mediante la comprensión y el apoyo que tanto necesitan.

Todo ello, es fundamental para que la persona pueda dar el paso y cambiar del rol del enfermo, al rol que cada uno elija, tanto de vecino, como trabajador o estudiante, etc. eliminando así barreras y creando su propio proyecto de vida.

ANTI-ESTIGMA

La Ley de Sanidad de 1986, en su artículo 20, dice que:

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." (Ley de Sanidad, 1986, artículo 20).

Pero esto tiene que ser acompañado de la lucha contra los prejuicios, estereotipos, estigmas y toda serie de actitudes negativas hacia las personas que sufren de una enfermedad mental, y más concretamente los que sufren un trastorno mental grave.

Para poder trabajar en la lucha por terminar con el estigma, se ha dado lugar a numerosos movimientos de tipo asociativo, familiares, asociaciones de autoayuda, de profesionales, etc. creando así una red o tejido social que lucha por las personas que padecen una enfermedad mental.

Uno de los componentes principales para que esta red social se cree es la información, que da lugar al conocimiento y sensibilización de las enfermedades mentales, para trabajar así la integración social y dar visibilidad a esta parte de la población.

La información que se va a dar debe ser significativa y comunicativa ya que debe llegar a la mayor población posible (sistema sanitario, vecinal, laboral, medios de comunicación, etc.). Algunos de los proyectos ¹(Ministerio de Ciencia e Innovación, 2009, p.143).

Los profesionales de salud mental no están ajenos al estigma por lo que deben trabajar su actitud, incluyendo en los servicios ciertos protocolos de actuación que garanticen el respeto, dignidad, y los derechos de la persona usuaria.

Promover entre los usuarios y sus familiares actividades de autoayuda en grupo, así como el intercambio de experiencias y/o vivencias personales.

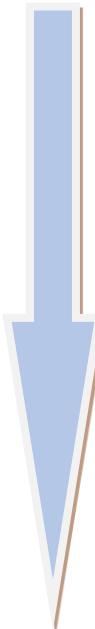
Queda claro, por tanto, que para garantizar una mejor calidad de vida a las personas que padecen una enfermedad mental, se debe trabajar tanto a nivel individual con el usuario y su entorno más cercano, como es la familia, pero también a nivel comunitario.

La finalidad de todo ello es coordinar esfuerzos, luchar contra el estigma y garantizar la continuidad asistencial tan necesaria para estas personas y los que le rodean.

TRABAJO SOCIAL SANITARIO

Para hablar y comprender mejor el papel del Trabajador Social en el ámbito de lo sanitario concretamente en Salud Mental, vemos conveniente echar la vista atrás en el tiempo y visualizar de manera rápida los acontecimientos de mayor importancia en dicho tema, para ello, se ha elaborado una línea del tiempo.

LÍNEA DEL TIEMPO- ROL DEL TRABAJADOR SOCIAL EN SALUD MENTAL:

- 
- (S.XX) EE. UU. El TS se incorpora a los hospitales psiquiátricos. Objetivo: dar una respuesta socializadora a la conicidad de los trastornos mentales y masificación de los manicomios.
 - Cabot se da cuenta de que la eficacia de la intervención sanitaria es muy reducida al no tener en cuenta los factores sociales y culturales, por ello encontró en la figura del TS, un profesional al que integrar dentro de los equipos de la salud. (En España, se comienza a hablar de esto sobre la década de los 80). Y Adolph Meyer toma la iniciativa para integrar a los TS en 1904, incorporándose esta figura como parte del Equipo de Salud Mental.
 - 1915, todos los hospitales psiquiátricos del Estado de Massachusetts incorporaron TS a sus plantillas. (En España esto fue mucho más tardío 1953 Barcelona con la Escuela de Visitadoras Psiquiátricas).
 - 1953 Barcelona, Dr. Sarró crea la 3^a escuela de TS en España, acompañada de la idea de “equipo psiquiátrico” y la necesidad de trabajar con las familias de los enfermos.

¹ Ver Anexo 1

- 
- Mediados de los 70 en Europa, se produce el Movimiento de la Reforma Psiquiátrica (La asistencia psiquiátrica no estaba incluida como prestación sanitaria de los Servicios Sanitarios, la asistencia dependía de las Diputaciones Provinciales).
 - En la década de los 80 se produce un cambio en la concepción de “enfermo mental”, que pasa a ser una persona “sujeto”, de Derechos y obligaciones que precisa de intervención (técnica- psicológica-social).
 1. 1986 ley General de Sanidad.
 2. Concepto de Salud por la OMS “Completo estado de bienestar físico, mental y social”.
- Esto lleva a 1985 Reforma Psiquiátrica en España por un informe Comisión Ministerial, que establece (Se debe prestar asistencia psiquiátrica en el Sistema Sanitario General y competencias en materia de sanidad a las Cas).
- 90, Se habla de un ámbito sanitario-psiquiátrico (asistencia psicosocial y social) caracterizadas por (discapacidades, déficits para el funcionamiento psicosocial autónomo, consecuencias de la pobreza-rechazo-sobrecarga, etc.).
 - En la actualidad, encontramos una Red de Centros Especializados distribuidos por el territorio.
 1. 2006, Cartera de Servicios Comunes al Sistema Nacional de Salud por el Real Decreto 1030/2006. Especifica de manera amplia prestaciones y define la cartera dentro de la atención especializada.
 2. La Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad y Cas, asociaciones...dan impulso a la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. (Se evalúa en 2009 y se actualizó en 2009-2013).

(Elaboración propia, basada en el capítulo el rol del trabajador social en salud mental del libro social en la salud mental de Miguel Miranda y Garcés 2015, pp.83-85).

La salud es una palabra que abarca varias dimensiones, en este caso nos referimos a que la salud puede afectar a una persona de manera individual, pero también a la comunidad en la que se encuentra dicho individuo por el hecho de ser un integrante de dicha comunidad.

Ahora bien, cuando hablamos de salud nos imaginamos una persona que tiene un completo bienestar, pero no solo es esto, sino también la ausencia de enfermedades o afecciones. Y unido a que además de cuidar el cuerpo también se debe cuidar la mente para poder vivir en equilibrio con uno mismo y con el medio que me rodea, ya que si tenemos salud podremos tener cubiertas otras necesidades porque desarrollamos nuestras potencialidades y aspiramos así al bienestar y por consiguiente a la felicidad.

En definitiva, queda claro que nuestro Servicio Público de Sanidad debe atender el problema de la salud mental dando una cobertura sanitaria universal que centra sus valores en la solidaridad, equidad y justicia

social. Y dando lugar a la creación de ese Estado de Bienestar que debe reconocer a la ciudadanía un Estatuto de Estado Social de Derecho formado por contenido político, económico y ético.

La prevención de los trastornos mentales debe realizarse desde la Sanidad Pública, reduciendo los factores de riesgo y promocionando los factores de protección.

A continuación, hacemos referencia al papel del Trabajador Social dentro de este contexto.

Haciendo referencia a las palabras de Colom, el Trabajador Social sanitario: “Estudia la vivencia de la enfermedad, cómo ésta interfiere y afecta a la cotidianidad de cada persona y lo que ello supone e implica en cuanto a ayudas concretas. Lejos de lo narrativo, el trabajo social sanitario se mueve en lo empírico de lo cotidiano. Se diagnostica la vivencia, la interferencia; se detallan las dificultades y disfunciones existentes; se analiza el rol que desempeñan las diferentes personas implicadas en el caso social sanitario; y se valora los caminos y pasos que se seguirán para el apoyo y, si es necesario, la orientación a otro servicio”. (2010.p.113).

Y dicho esto, el papel del Trabajador Social dentro del ámbito sanitario es fundamental ya que el profesional contribuye a la búsqueda de recursos con el objetivo de incrementar así o mejorar la calidad de vida de los usuarios. Además de esto, el Trabajador Social interviene en las situaciones de malestar y realiza una intervención social con carácter preventivo y/o asistencial.

Siguiendo nuevamente a Colom, la especialización del trabajo social sanitario sería: “La teoría que guía la práctica y la instrucción profesional en sanidad. Investiga las leyes básicas de las realidades y circunstancias sociales de la enfermedad de las personas atendidas en el sistema sanitario, ya sea en su condición de enfermas, de familia o red social, o como beneficiaria de los programas preventivos”. (2008. P.155).

A continuación, vamos a exponer las funciones del profesional dentro de este ámbito, ya que su intervención a través de un proyecto individualizado siempre se va a centrar principalmente en el usuario.

El Trabajador Social, por tanto, es un profesional que está especializado y trabaja a través de una metodología propia ya que se encuentra presente en el proceso del usuario desde el momento de la atención tanto de él como de la familia, hasta la planificación; Esto dota al profesional una visión integral.

Dentro del equipo multidisciplinar en el que se encuentra este profesional, se deben realizar intervenciones tanto de integración social como de rehabilitación. A la hora de realizar una intervención de integración social se realiza un diagnóstico sobre su situación psicosocial en las áreas de lo personal y el contexto- comunidad que lo rodea, donde también entraría el plano de lo familiar.

Las seis funciones son:

- Atención individual y familiar.

- Trabajo interdisciplinar.
- Coordinación y trabajo comunitario.
- Prevención, promoción e inserción social.
- Programa específico de carácter permanente en salud mental infanto-juvenil.
- Programa específico en salud mental de adultos.

Dicho esto, la intervención del Trabajo Social en Salud Mental, siempre dentro del equipo multidisciplinar, se centra primordialmente sobre el individuo, sobre lo que la persona es capaz de hacer o podría llegar a hacer, tratando de que la persona alcance los más altos niveles de funcionamiento e integración posibles. Para alcanzar este objetivo la intervención se articula a través de un proyecto individualizado que combine el entrenamiento y desarrollo de habilidades y competencias personales y actuaciones sobre el ambiente, tanto familiar como en el contexto social (Garcés Trullenque, 2010).

El objetivo por tanto es abordar el padecimiento mental, según Durán se debe ir “Trabajando desde las potencialidades y capacidades de los sujetos. Desde este marco, el individuo debe ser entendido como un sujeto pleno de derechos, activo, protagonista de su propia historia. Se trata de una persona concreta que estructura singularmente su existencia, como un sujeto productor y producido por el medio social” (Durán 2012. pp.128-129).

Dando por finalizado el apartado anterior de las funciones del TS, nos centraremos en profundizar en los diversos retos a los que tienen que hacer frente los TS de salud mental.

Abordaremos también los principios y valores de los Trabajadores Sociales sobre todo en el ámbito de lo sanitario, en concreto de la Salud Mental, y hablaremos de que dichos profesionales han trabajado para crear y/o fomentar los principios éticos como son la diversidad, respeto, derechos, etc. en contraposición de marginación social, aislamiento, prejuicio, etc.

El objetivo de esto es la erradicación de las categorizaciones totalizadoras que se han ido estableciendo socialmente, ya que esto reduce a los individuos a una idea o prejuicio dando lugar a un incremento de la desigualdad y siendo estas personas ignoradas y silenciadas por la sociedad en la que se encuentran.

Pero esto no sólo es tarea de los Trabajadores Sociales, sino que se requiere también de una necesaria participación en la comunidad que conecte el malestar individual con una conciencia crítica que concrete cambios en el contexto social (Parra; Oriol y Martínez, 2011).

Una vez dicho esto, es importante mencionar que la sociedad puede repercutir en el individuo, pero también debemos tener en cuenta cómo puede repercutir en él, el impacto de su diagnóstico ya que esto puede tener muchas consecuencias y repercutir gravemente en su proyecto de vida presente y futura.

Debemos saber que las personas diagnosticadas de algún trastorno mental deben hacer frente por tanto a varios retos como la impotencia, el aislamiento, frustración, estigma, etc.

Por tanto, los trabajadores sociales deben tomar conciencia de los efectos de la utilización del diagnóstico en la relación profesional, para salvaguardar la singularidad y señalar y contrarrestar las formas en que se expresa el estigma (Michaels, López, Rüschen, y Corrigan, 2012).

En la actualidad, el rol profesional del Trabajador Social se ha visto orientado a dar más importancia a la intervención que a la propia resolución de las necesidades. Pero que realiza la función terapéutica, y una intervención que va desde lo individual hasta lo grupal.

Un reto muy importante para el profesional es la recuperación del individuo, ya que por un momento la vida de este queda paralizada por el surgimiento de la enfermedad y las consecuencias que trae consigo. Por ello, el profesional cuenta con todos sus conocimientos teóricos como prácticos, junto con su buen hacer, para dotar al usuario de ciertas capacidades y fortalezas que lo lleven a conseguir su rehabilitación y continúe así con la continuación de su propio proyecto de vida y con el apoyo y/o participación de las personas de su entorno más próximo.

Para dar por finalizado este apartado, y como hemos mencionado en lo expuesto con anterioridad, los individuos diagnosticados deben asumir ciertos retos, pero no son los únicos porque desde los Servicios Sociales y desde Trabajo Social también deben hacerlo.

PAPEL DEL TRABAJADOR SOCIAL EN RELACIÓN CON LA MARGINACIÓN Y LA ENFERMEDAD MENTAL

El estigma en enfermedad mental se identifica como una marca, esto hace que el portador entre en una categoría social en la que se da una respuesta negativa. Este es un fenómeno colectivo, que da una respuesta social, ya que la atribución de esa cualidad negativa (denigrante –despreciable) no se centra en el enfermo, sino en la enfermedad.

Como Trabajadores Sociales, intervenimos desde el ámbito psicosocial tanto de los individuos, como de sus familias, grupos o comunidad, por lo que las actitudes son una variable fundamental en nuestro estudio y también diagnóstico. Además de ello, abordamos la vivencia de los problemas interviniendo así en el nacimiento donde surja la marginación, exclusión, discriminación...de los enfermos mentales, y las familias que sufren consecuencias del propio rechazo de la enfermedad. Estos sentimientos de rechazo y actitudes negativas deben ser una parte fundamental en nuestra intervención como profesionales, ya que la relación del sujeto con el ambiente (ámbito laboral, escolar, familiar...) puede verse afectado, por lo que también será importante el trabajo en red y la coordinación interinstitucional, a la vez que la intervención en el sistema comunitario que se establece en la Ley de Sanidad 1986, artículo 20.

Por todo esto, los Trabajadores Sociales tenemos un papel fundamental, ya que debemos defender las potencialidades, valores y capacidades de este colectivo trabajando desde la individualización. Con ello, lucharemos por el empoderamiento de los individuos y sus familias garantizando así los Derechos como ciudadanos/as de un Sistema Sanitario y de Igualdad.

Para conseguir lo dicho anteriormente, se deben seguir tres estrategias con las que luchar contra las actitudes negativas, estas son: la protesta, educación y el contacto (Aranaiz y Uriarte, 2006; López., 2008).

Sin embargo, muchas veces se tiende a esconder u ocultar el diagnóstico, por miedo a dicho rechazo, pero según Arnaiz y Uriarte (2006), el hecho de revelar el diagnóstico puede ser positivo, pues sería la oportunidad de mostrar los numerosos casos que responden a tratamiento, y llevar vidas normalizadas, funcionando con éxito en la sociedad y no solo los casos violentos o peligrosos que salen a la luz.

Así pues y a modo de conclusión, hay que destacar la importancia de las asociaciones y entidades especializadas, que trabajan por la integración social de los enfermos mentales, y por la minimización y erradicación del estigma de estos creando y gestionando recursos, programas, actividades, etc. siempre con el objetivo del pleno Derecho, la igualdad de oportunidades, integración y calidad de vida.

BUENAS PRÁCTICAS

FEAFES ANDALUCÍA responde a las necesidades que surgen de familiares y personas con un problema de salud mental. En el año 2016 se crea en Andalucía un manual de buenas prácticas en intervención e innovación con personas que parecen una enfermedad mental, siendo un referente ante otras comunidades autónomas y un reto que lucha por mejorar la calidad de vida.

Algunas de estas innovaciones han sido, una App de salud y apoyo social por la Organización ASAENET, se creó la herramienta con carácter gratuito para empoderar a las personas con enfermedad mental y a sus familiares, con el claro objetivo de potenciar sus capacidades, oportunidades y derechos, mejorando su calidad de vida.

Por otro lado, en el apartado de buenas prácticas de formación y empleo, debemos destacar la creación de un taller ocupacional de restauración de muebles y carpintería llevado a cabo por AFEMEN - FEAFES ya que para muchas personas con enfermedad mental es difícil acceder a un puesto de trabajo.

Otro de los apartados es el del ocio y tiempo libre, FAEM CÁDIZ realiza grupos de teatro que fomentan la integración, sirven de terapia, de desarrollo personal y potencian la expresión y diversión. Mientras tanto, FEAFES HUELVA, también ha organizado carreras populares con el objetivo de luchar contra los estereotipos y prejuicios.

Por último, en el apartado de buenas prácticas en comunicación, por FEAFES HUELVA se plantea un Congreso Nacional de Salud Mental que se lleva a cabo con el objetivo de prestar más información a la sociedad y formación a los familiares, además de a profesionales del ámbito sanitario. Además, AGRAFEM, trabaja realizando sesiones en institutos, mediante una ponencia en la que se intentan desmontar los falsos mitos y los alumnos pueden exponer sus dudas sobre ellos.

ARAGÓN

Dentro de España y más concretamente en cada una de las comunidades autónomas que conforman el territorio español, nos vamos a centrar en la comunidad de Aragón por ser la que realmente nos compete al formar parte de ella.

En el año 2002, se elabora el Plan de Salud Mental de la comunidad autónoma de Aragón, que llega hasta el 2010. Este Plan supuso una evolución ya que se centraba en la hospitalización como núcleo central de la intervención, dando fuerza a los recursos asistenciales de tipo ambulatorio, y proporcionar atención en el propio entorno del individuo, reconociendo los factores psicosociales y sociales que se encuentran en el propio proceso y viendo como inciden estos en el proceso de la enfermedad y/o evolución del trastorno.

Posteriormente el departamento de Sanidad realiza la propuesta para realizar una mejora de los recursos y la innovación de los programas, por ello en el Plan de Salud Mental 2017 – 2021 se van a llevar a cabo una serie de líneas estratégicas que han surgido con la Estrategia Nacional de Salud Mental, Sugerencias Europeas y la aportación de la OMS.

Este Plan, analiza las prioridades presentadas y las distribuye en ocho líneas estratégicas diferentes que son:

1. Potenciación de la atención comunitaria y promoción de la Salud Mental
2. Creación de una red de dispositivos sociosanitarios de Salud Mental
3. Reorganización de la atención psiquiátrica hospitalaria
4. Integración social del enfermo mental
5. Atención prioritaria a colectivos de riesgo
6. Sistema de Información de Salud Mental
7. Política de Calidad
8. Reactivación del compromiso institucional con los profesionales (Plan de Salud Mental, 2017-2021, p.21).

Las estrategias de Plan de Argón se desarrollan partiendo del análisis de situación y tiene como objetivo progresar en la conceptualización positiva que de la Salud Mental realiza la OMS en su Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. Las estrategias se concretan operativamente en objetivos que permiten priorizar las acciones y los proyectos y que pueden ser medidos y evaluados por metas e indicadores concretos. Sigue una serie de requisitos para conseguir los objetivos y metas que se proponen que son:

- ✓ Un Sistema de Salud de Aragón con financiación pública, accesible a todos los ciudadanos, sostenible por una financiación suficiente y una gestión eficiente y en el que las personas puedan participar activamente en su salud individual y colectiva.
- ✓ Un Sistema de Salud de Aragón que tenga como objetivo principal el mejorar la salud de los ciudadanos, priorizando la pertinencia de proyectos y actuaciones en virtud de la efectividad y la consecución de los resultados en la prevención, la disminución de la enfermedad y la mejora de la calidad de vida. (Plan de Salud Mental, 2017-2021, p.92)

Referente a la salud mental de la población aragonesa, se puede decir que existen factores de riesgo debido a una alta frecuencia de problemas de salud mental que se asocian directamente al desempleo, la pobreza, la discapacidad, etc. Estos problemas también están relacionados con la perspectiva de género, especialmente asegura el Plan que con las mujeres que atienden las tareas y cuidados del hogar y a las familias. A todo esto, también se le une que muchas de estas mujeres han sufrido algún episodio de violencia

machista. Ya que, cuando se habla de salud, se hace referencia a la salud tanto física como mental, algo que tiene mayor importancia en la última etapa de vida, en la etapa del envejecimiento donde se suman otras enfermedades. (Plan de Salud Mental, 2017-2021, p.42).

Los diferentes recursos y equipos que prestan servicios asistenciales de salud mental en Aragón, tanto los de titularidad pública como los concertados o contratados, deben formar una red asistencial orientada a las necesidades de los pacientes y su entorno, conectada y coordinada. Se describen y enumeran los dispositivos que la integran.²

Para concluir, se quiere destacar que todos los Planes de Salud Mental tienen cuatro pilares fundamentales como son: Prevención, Atención a personas con trastorno mental, Participación- Humanización de la asistencia y TIC, y Formación e investigación. Todo ello es necesario para poder cubrir las necesidades de este colectivo y contribuir para mejorar su calidad de vida. En la mayoría de los planes se habla bastante sobre la prevención la importancia de esta y la atención temprana en la salud mental como base para poder reducir la medicación de la patología.

ASOCIACIONES

Para concluir el gran apartado del estigma, se va a hablar de la importancia de las asociaciones o entidades que se encuentran en el territorio de Aragón y el gran papel que realizan. Además, estas asociaciones se van a contar con dichas para la realización de nuestra investigación.

En el territorio aragonés, existen diversas entidades que representan a las personas con enfermedad mental y a sus familiares. Muchas de ellas se asocian en la Federación de Asociaciones Aragonesas Pro-Salud Mental (FEAFES – ARAGÓN), que define su misión como “la mejora de la calidad de vida de las personas con enfermedad mental y de sus familias, la defensa de sus derechos y la representación del movimiento asociativo pro-salud mental en la Comunidad Autónoma de Aragón. Entre los fines de la organización se encuentra la representación de las personas con problemas de salud mental y de sus familias ante los organismos oficiales, así como la coordinación con otras entidades afines. Todo ello en favor de una mejora en la atención sanitaria y social de este colectivo”. (Plan de Salud Mental, 2017-2021, p.89)

Recientemente se ha constituido el Fórum de Entidades Aragonesas de Salud Mental³, que tiene como misión “la asistencia integral a personas afectadas por una enfermedad mental, especialmente desde el campo de la rehabilitación psicosocial.” Está dirigida a todo ciudadano de nuestra comunidad que sufra un trastorno mental grave, estableciendo y proporcionando las medidas adecuadas que favorezcan su reinserción social y laboral. La coordinación de los dispositivos existentes y los de nueva creación, en la red de Reinserción y Rehabilitación de Salud Mental en Aragón, es necesaria para nuestra misión y la mejor forma de lograr una calidad de vida digna para el usuario. (Plan de Salud Mental, 2017-2021, p.90-91)

El papel que realizan las asociaciones de usuarios y los familiares ha tenido gran importancia en los últimos años, desarrollando así una perspectiva que no estaba siendo reconocida, identificando necesidades y derechos de las personas que padecen un TMG. Además de destacar la importancia de las tareas de información, apoyo y reivindicación entre otras.

² Ver Anexo 2

³ Ver Anexo 3

Las familias juegan un papel clave a la hora de ser un apoyo o soporte para las personas con TMG, ya que "el impacto de la enfermedad en una familia presenta en sus inicios características de tragedia, a la que no es ajeno el estigma. Es por ello, que, desde el primer momento, debe integrarse a la familia de forma activa en los procesos de información y en los programas de rehabilitación estableciendo estrategias adecuadas a la manera que cada familia tiene de afrontar la enfermedad". (Ministerio de Ciencia e Innovación, 2009, p.142).

Algo a destacar es la iniciativa llevada a cabo por la EUFAMI (Federación Europea de Asociaciones de Familiares de personas con problemas de salud mental), en su proyecto PROSPECT, en el que se realiza una colaboración con entidades que se encuentran especializadas tanto en formación como en empoderamiento, y que trabajan con un objetivo claro, que se centra en facilitar y abrir nuevas perspectivas a las personas que tengan un problema de salud mental, rompiendo así con el aislamiento social que puede producir la enfermedad y recuperar por tanto la calidad de vida de estas personas.

Si se remonta años atrás, concretamente en 1983, se crea en España FEALES (Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental) una Confederación de Salud Mental, que agrupa a FEALES Aragón⁴, la cual está formada por las principales asociaciones constituidas por el colectivo de familiares y personas afectadas por una enfermedad mental en la Comunidad Autónoma de Aragón, con la misión de mejorar la calidad de vida de las personas con un problema de salud mental, defendiendo así sus derechos y representando el movimiento asociativo pro-salud-mental.

El definitiva, el objetivo por el que se crean estas asociaciones es la lucha por conseguir la integración psicosocial de las personas con enfermedad mental. Con ello, se favorecerá la autonomía e independencia de ellas, fomentando así la relación o vínculo familiar y social, y promoviendo la actividad laboral. Todo esto será posible a través de la toma de conciencia social que ayuda a favorecer un cambio de opinión y actitudes hacia la enfermedad mental.

⁴ Ver Anexo 4

OBJETIVOS E HIPÓTESIS

OBJETIVOS

A continuación, se va a hablar de los objetivos que se proponen en este trabajo, diferenciando por una parte el objetivo general, con el que se establece a donde se quiere llegar a largo plazo y por otra parte, objetivos concretos y específicos con los que se va a indagar, analizar y examinar si existe o no estigmatización por parte de los Trabajadores Sociales, bien alumnos de cuarto o bien profesionales ya colegiados, en las personas que sufren un problema de salud mental como es el trastorno mental grave.

OBJETIVO GENERAL

Analizar las actitudes que tienen los Trabajadores Sociales, tanto los estudiantes de último curso de la Universidad de Zaragoza como los profesionales de Trabajo Social, ante un problema de salud mental.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer la respuesta que describa con precisión la primera reacción de los Trabajadores Sociales a cada afirmación del cuestionario.
- Expresar las diversas opiniones que tienen sobre la diversidad y las personas con trastorno mental.

HIPÓTESIS

La hipótesis, según Corbetta es “una proposición teórica en la cual debe poder expresarse en hipótesis específicas. Una hipótesis es una proposición que implica una relación entre dos o más conceptos, situada en un nivel inferior de abstracción y generalidad con relación a la teoría y que permite una traducción de ésta en términos que se puedan someter a prueba empírica”. (Corbetta, 2007, p.72).

Por lo que, se puede decir que se debe comprobar la hipótesis de una manera empírica realizando así una afirmación de carácter preventivo. En este proyecto concreto, las hipótesis que observamos serían las siguientes:

- La mayoría de los estudiantes/profesionales de Trabajo Social piensan que las personas con enfermedad mental son peligrosas y deberían ser ingresadas en un hospital, además de ser apartadas de la comunidad.
- La experiencia en primera persona tanto de los profesionales como de los estudiantes de Trabajo Social sobre el tema (laboral, familiar, amistad, etc.) repercute de manera positiva en las actitudes y comportamientos de estos hacia la comprensión de la enfermedad, defensa de los derechos de los enfermos, etc.
- La mayoría de los estudiantes/profesionales de Trabajo Social creen que no se debería de apostar en fondos estatales para el cuidado y tratamiento de personas con enfermedad mental.
- La mayor parte de los estudiantes/profesionales de Trabajo Social piensa que cualquier persona puede sufrir una enfermedad mental y que tenerla es para toda la vida.

METODOLOGÍA

En este apartado a cerca de la metodología, se va a presentar el método y el enfoque del trabajo junto a la muestra utilizada para poder llevarla a cabo. Posteriormente se relatarán las técnicas e instrumentos que se han utilizado. Se explicará el procedimiento que se ha utilizado para poder hacer posible dicha investigación. Y, por último, se presentará el cuestionario que se va a utilizar, que en este caso será el cuestionario CAMI.

MÉTODO Y ENFOQUE

Comenzamos el trabajo cuestionándonos si las personas que tienen un Trastorno Mental Grave están estigmatizadas ya sea por los estudiantes de cuarto curso de Trabajo Social de la Universidad de Zaragoza como de los profesionales (que forman parte del Colegio de Trabajo Social), Trabajadores Sociales que se encuentran ejerciendo en el ámbito de la salud y/o forman parte de alguna entidad componente del FORUM de Entidades Aragonesas de Salud Mental.

Nosotras partimos de la hipótesis de que el estigma hacia estas personas es muy elevado por ello nos centraremos en estudiar, investigar y comprobar que esto es así, o si por el contrario nuestra hipótesis es errónea.

El objetivo del presente estudio es analizar las actitudes que tiene la comunidad en nuestro caso los Trabajadores Sociales hacia la enfermedad mental, y para ello utilizaremos la escala CAMI en la versión española del cuestionario (Community Attitudes towards Mental Illness) en la población de estudiantes de cuarto curso de Trabajo Social de la Universidad de Zaragoza y profesionales.

MUESTRA

La muestra, “es el procedimiento por el cual, de un conjunto de unidades que forman el objeto de estudio (la población), se elige un número reducido de unidades (muestra) aplicando unos criterios tales que permitan generalizar los resultados obtenidos del estudio de la muestra de la población.” (Corbetta, 2007, p.146).

El proceso para llegar a la muestra ha sido, por un lado, seleccionar los alumnos a los que íbamos a pasar el cuestionario para que lo realizaran que, estos alumnos han sido, por un lado, estudiantes de cuarto del Grado de Trabajo Social de la Universidad de Zaragoza que se encuentran en su último curso académico. Y, por otro lado, a los profesionales de Trabajo Social que se encuentran en el Colegio de Trabajadores Sociales y parte del FORUM de Entidades Aragonesas de Salud Mental, que ya tienen conocimientos y experiencia en la profesión.

Por tanto, se trata de una muestra cuantitativa de manera concreta ya que se ha seleccionado de forma específica para conocer si existe el estigma en los futuros trabajadores sociales y en los profesionales que ya están ejerciendo dicho trabajo, sobre las personas que sufren algún tipo de trastorno dentro de salud.

En definitiva, en este estudio se ha contado con cincuenta y dos participantes de los cuales treinta y ocho ha sido estudiantes universitarios pertenecientes a la titulación del Grado de Trabajo Social, todos ellos de 4 curso de la Universidad de Zaragoza en el curso académico 2018-2019 y catorce profesionales de Trabajo Social, del ámbito de la Salud Mental de Aragón.

Dentro de estos catorce profesionales, en primer lugar, los que forman parte del FORUM de Entidades Aragonesas de Salud Mental, se encuentran ocho trabajadores sociales de las siguientes entidades, 2AVIA, Acompañamiento Terapéutico Sociedad Cooperativa; ASAPME Teruel; Ejea Sociedad Cooperativa de Iniciativa Social; Fundación ADUNARE; Punto de Apoyo y Rehabilitación Psicosocial Comunitaria Soc. Coop. Y ASAPME Huesca. Y, en segundo lugar, dentro del Colegio de Trabajo Social se encuentran seis profesionales.

Respecto al sexo de los participantes, cabe destacar que la mayoría de encuestados son mujeres, siendo cuarenta y tres frente a nueve hombres. En primer lugar, las edades comprendidas dentro de las mujeres estudiantes de Trabajo Social están entre los veintiún años y los veinte siete, con tres excepciones de estudiantes con treinta y siete, treinta y nueve y cincuenta y uno. Por otra parte, las profesionales de Trabajo Social, sus edades se encuentran en el intervalo de los veintiocho y cincuenta y seis.

En segundo lugar, las edades de los hombres estudiantes de Trabajo Social van de veinte y dos a treinta y ocho, mientras que de los profesionales va de los treinta a cincuenta y ocho.

TÉCNICAS E INSTRUMENTO

Una de las técnicas que se utilizan para la obtención rápida de datos es el cuestionario. Se puede llevar a cabo a través de diferentes vías como es el cara a cara, por medio telefónico, etc., todas tienen el mismo denominador común que es hacer preguntas a los individuos objeto de estudio.

En este trabajo, se va a utilizar tanto vía WhatsApp tras haber informado a los delegados de cada una de las clases de los alumnos de cuarto de Trabajo social para hacer posible la accesibilidad a todos como por vía email para proporcionárselo a las profesionales de Trabajadores Sociales de las diferentes entidades de Salud Mental.

PROCEDIMIENTO

Se realizó un estudio, donde la administración del cuestionario CAMI se aplicó de forma colectiva mediante un enlace por vía digital ya que se habilitó una plataforma online para que, tanto los estudiantes de cuarto de trabajo social como los profesionales de Trabajadores Sociales, puedan realizarlo sin tener la presencia de un entrevistador.

Para realizar las preguntas del cuestionario a los sujetos de estudio, es decir, a nuestra muestra seleccionada, debe estar estandarizado. Por lo que, a todos los sujetos, se debe de realizar las mismas preguntas, formuladas del mismo modo.

Las preguntas del cuestionario serán preguntas estandarizadas, y concretas ya que solo da lugar a respuestas comprendidas entre (totalmente de acuerdo hasta totalmente en desacuerdo).

En cuanto a la aplicación de dicho cuestionario, se estimó un tiempo de duración de tres meses, informando a los participantes en dicho cuestionario de que sus respuestas serían totalmente confidenciales con el objetivo de tomar los datos con un fin puramente estadístico para la investigación.

Por último, hay que destacar, que al contactar y enviar el cuestionario por vía email al Colegio de Trabajo Social, no obtuvimos mucha participación por parte de los profesionales debido a que la gran parte de ellos se encontraba de vacaciones, decidimos enviar el cuestionario a las entidades que forman el Fórum de Entidades Aragonesas de Salud Mental. Se contactó con cada entidad por vía email, y de manera personal

remitiendo el cuestionario para la colaboración de los Trabajadores Sociales que se encuentran ejerciendo su labor en las entidades.

CUESTIONARIO

Para este estudio hemos considerado oportuno aplicar el cuestionario CAMI de (Taylor & Dear, 1981). Dicho cuestionario se trata de una versión abreviada, revisada y actualizada de la escala Opinions about Mental Illness (OMI).

Este cuestionario fue elaborado en Ontario, Canadá por Martín Taylor y Michael Dear a finales de los años setenta, concretamente en 1981 basándose en una escala de opiniones sobre la enfermedad mental llamada OMI por (Cohen y Struening, 1962).

Esta escala llamada CAMI, se desarrolló gracias al apoyo del Consejo de Investigación de Ciencias Sociales y Humanidades de Canadá; Y tiene gran relevancia ya que fue el primer instrumento diseñado para medir y explicar la posición de los vecindarios residenciales a las instalaciones de salud mental.

El cuestionario compuesto por 40 preguntas se basa principalmente en evaluar las actitudes de la sociedad hacia los enfermos mentales abordando cuatro dimensiones (autoritarismo, benevolencia, restricción social e ideología de salud mental en la comunidad) y un formato de respuestas tipo Likert con cinco alternativas (que van desde totalmente de acuerdo, hasta totalmente desacuerdo).

Cada factor contiene 10 declaraciones referentes a las opiniones sobre la manera de tratar y cuidar a las personas con una enfermedad mental grave. Cinco de los 10 ítems se expresan en positivo y los otros 5 están redactados en negativo.

En primer lugar, el autoritarismo, evalúa opiniones acerca de las personas con enfermedad mental como una clase inferior a los individuos sanos, esta escala está compuesta por los ítems 1, 5, 9, 13, 21, 25, 29, 33 y 37.

La benevolencia, valora actitudes de acogida hacia los pacientes, pero que pueden llegar a representar una actitud paternalista, compuesta por los ítems 2, 6, 10, 14, 18, 22, 26, 30 y 38.

La restricción social, se encarga de evaluar el peligro para la sociedad y sugiere que la gente con enfermedad mental se debe limitar, tanto antes como después de la hospitalización. Está compuesta por los ítems 3, 7, 11, 15, 19, 23, 27, 31 y 39.

Y, por último, la ideología de la salud mental en la comunidad, que engloba los ítems 4, 8, 12, 16, 20, 24, 28, 32 y 40 y evalúa las actitudes y creencias relacionadas con la inserción de las personas con enfermedad mental en la comunidad y en la sociedad en general.

El cuestionario, es un instrumento que permite estandarizar las variables objeto de estudio, y con ello, posibilita que el mensaje llegue por igual a todos los sujetos.

El cuestionario en función de su grado de estructuración es estructurado, ya que se presenta toda la información que se desea recabar de forma explícita y estandarizada. Como nuestro punto de interés sobre el tema que sería comprobar si había actitudes estigmatizantes, decidimos utilizar un cuestionario estructurado para la obtención de datos de forma fiable, ya que se comenzamos con un breve mensaje de presentación dónde se expone claramente quién realiza la encuesta, el tipo de información que se precisa, además de garantizar el anonimato de sus opiniones. Esta presentación preliminar contribuye a la mejora del

clima de colaboración algo imprescindible en el caso de nuestro cuestionario ya que fue administrado por acceso electrónico (internet).

Además de esto, seguimos un orden lógico, en el que las preguntas relativas a un mismo tema se encuentran presentadas juntas, formando una batería de preguntas comunes que irían de lo más específico a lo más general aportando un marco de referencia común a todos los encuestados.

Las preguntas, en este caso afirmaciones, que se realizan tienen el mismo conjunto de categorías de respuesta que va desde el muy de acuerdo hasta el muy en desacuerdo, consiguiendo así ciertas ventajas como una mayor eficiencia en la utilización del espacio del cuestionario, que a los encuestados les resulte más fácil responder y que resulte más sencillo la comparabilidad de las respuestas planteadas. Y alguna de las desventajas, sería que se pueda producir la respuesta de forma maquinal, sin prestar la atención necesaria.

Otro punto para comentar es, la numeración de las preguntas algo realmente importante ya que así se previene que se salten las preguntas (ya que se ponen como campo obligatorio) y ayudar al entrevistador a guiarse.

La longitud del cuestionario asciende a 40 preguntas que intentan suscitar el interés del encuestado sobre el tema en cuestión. La escala consta de 4 factores llamados: autoritarismo, benevolencia, restricción social e ideología de la salud mental en la comunidad. Cada factor contiene 10 declaraciones referentes a las opiniones sobre la manera de tratar y cuidar a las personas con una enfermedad mental grave. Cinco de los 10 ítems se expresan en positivo y los otros 5 están redactados en negativo.

Estas preguntas son cerradas, en las que el encuestado, solo puede seleccionar un número de respuestas prefijadas dirigidas a recabar una información concreta basada en el objetivo de la investigación; con estas preguntas recogemos información sobre conductas (preguntas orientadas a conocer comportamientos presentes, pasados o futuros) y actitudes (pudiendo así cuantificar y dar sentido-intensidad a las actitudes objeto de estudio).

También se puede hablar de preguntas de control (repetición de la misma pregunta o parte de esta a lo largo del cuestionario), para estimar si el encuestado responde de forma sincera. Y, preguntas delicadas, ya que son cuestiones que tratan el tema social, sanitario, personal...por lo que se suelen formular en tercera persona.

Se establece la pre-codificación de cuestiones de 5 vías, creando una variable numérica cuyos valores serán números naturales para cada una de las categorías presentes en las preguntas. Siendo así (1) Totalmente de acuerdo, (2) De acuerdo, (3) Neutral (4) No estoy de acuerdo, (5) Totalmente de acuerdo.

SOCIODEMOGRÁFICO

Para obtener la información en relación con las características sociodemográficas de los encuestados (la muestra), se creó un cuestionario Ad-hoc formado por un total de 4 ítems, que proporcionan información relativa a la edad, sexo, contacto o no con una persona con enfermedad mental, el tipo de contacto que han tenido (familiar, laboral, amistad...).

OTROS ESTUDIOS

Tras una profunda revisión de estudios encontramos estas escalas que también se dedican a medir el estigma.

- La escala MAKs (Mental Health Knowledge Schedule. Evans – Lacko 2010). Es un cuestionario que evalúa y realiza un seguimiento de los conocimientos sobre Salud Mental con relación al estigma al público general y se suele usar en combinación con otras herramientas que miden actitudes y conductas.
- La escala RIBS (Reported and Intended Behaviour Scale. Evans-Lacko 2011). Valora y realiza un seguimiento de cómo se comporta la población general en relación con la discriminación en Salud Mental.
- La escala AMIQ es una escala de valoración rápida, utilizada como screening de las actitudes estigmatizantes hacia la enfermedad mental.
- La Escala DDS, de Percepción de la Discriminación y la Devaluación hacia la Enfermedad Mental (Devaluation Discrimination Scale), es una escala tipo Likert de cuatro puntos que no deja lugar a la neutralidad que se compone de doce premisas, cuyas respuestas están en función de lo que “la mayoría de la gente cree o piensa”, a fin de reducir la deseabilidad social.
- Inventario de estigma Internalizado de la Enfermedad Mental (Internalized Stigma of Mental Illness Inventory, ISMI). Es un cuestionario de veintinueve premisas que mide cinco grandes áreas: alienación, adhesión al estereotipo, experiencia de discriminación, retramiento social y resistencia al estigma. El formato de respuesta es una escala Likert de cuatro puntos que no deja lugar a la neutralidad.

RESULTADOS

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Se va a realizar un estudio descriptivo de toda la muestra a través del cuestionario CAMI. En este análisis se ha contado con un total de cincuenta y dos participantes. Contando con 73,07% de los treinta y ocho estudiantes de Trabajo Social y un 26,92% de los catorce profesionales, de los cuales ocho pertenecen a entidades del FORUM de Salud Mental de Aragón y seis al Colegio de profesionales de Trabajo Social. Dentro de estos cincuenta y dos encuestados, un 82,69% pertenece a mujeres frente al 17,30% de los hombres.

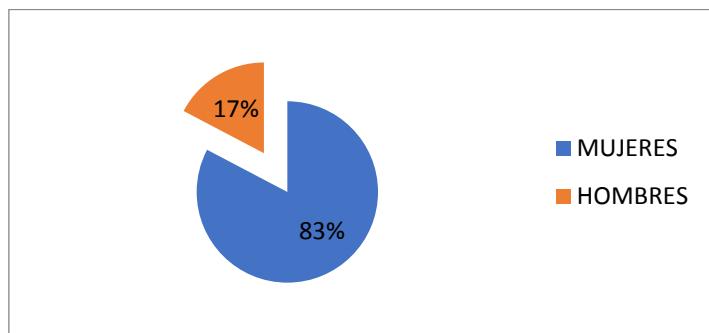


Ilustración 1: Segundo el sexo de los participantes

En relación con las variables sociodemográficas, podemos afirmar que un 93,9% de la muestra total ha mantenido algún contacto con personas con enfermedad mental, siendo el 30,6% a través de un contacto laboral, el 22,4% familiar, el 16,3% han sido voluntarios en alguna entidad y el 10,2% han tenido contacto por amistad.

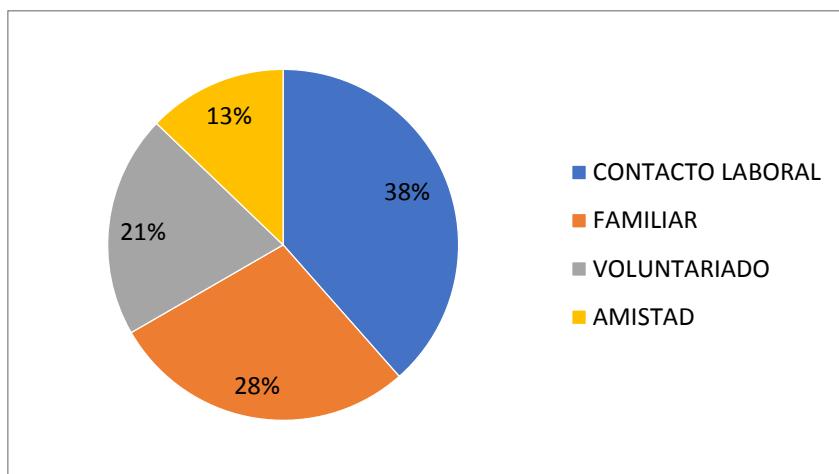


Ilustración 2: En relación con las variables sociodemográficas

Atendiendo a los objetivos del estudio y con la finalidad de llegar al análisis de este, se ha dividido el cuestionario en cuatro subescalas que lo construyen.

A continuación, se va a analizar las cuatro dimensiones como son, en primer lugar, el autoritarismo, en segundo la benevolencia, en tercero la restricción social y en cuarto la ideología de salud mental en la comunidad. Cada uno de estos cuatro factores contiene 10 de las preguntas del cuestionario que se van a analizar sacando el porcentaje de cada respuesta concreta.

AUTORITARISMO:

1. En cuanto una persona muestra signos de alteración mental, debería ser ingresada en el hospital.
5. Una enfermedad mental es una enfermedad como cualquier otra.
9. Las personas con enfermedades mentales tienen algo que las hace fácil distinguirlas de las personas normales.
13. Se debería dar menos importancia a proteger a la población de las personas con enfermedad mental.
17. Las personas con enfermedades mentales necesitan el mismo control y disciplina que un niño.
21. Las personas con enfermedades mentales no deberían ser tratados como marginados sociales.
25. La mejor manera de tratar a personas con enfermedades mentales es mantenerlos bajo llave.
29. Los hospitales para enfermedades mentales representan un tipo de tratamiento obsoleto.
33. Una de las principales causas de la enfermedad mental es la falta de autodisciplina y de fuerza de voluntad.
37. Prácticamente cualquier persona puede sufrir una enfermedad mental.

PREGUNTAS	MUY EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	NEUTRAL	DE ACUERDO	COMPLETAMENTE ACUERDO
1	24,5 %	46,9 %	16,3 %	12,2	
5		26,5 %	12,2 %	20,4 %	36,7 %
9	34,7 %	44,9 %	16,3 %		
13	22,4 %	26,5 %	18,4 %	16,3 %	16,3 %
17	36,7 %	26,5 %	20,4 %	12,2 %	
21				16,3 %	75,5 %
25	83,7 %	10,2 %			
29		20,4 %	40,8 %	16,3 %	16,3 %
33	44,9 %	37,7 %	10,2 %	8,2 %	
37				24,5 %	71,4 %

Tabla 2: Autoritarismo

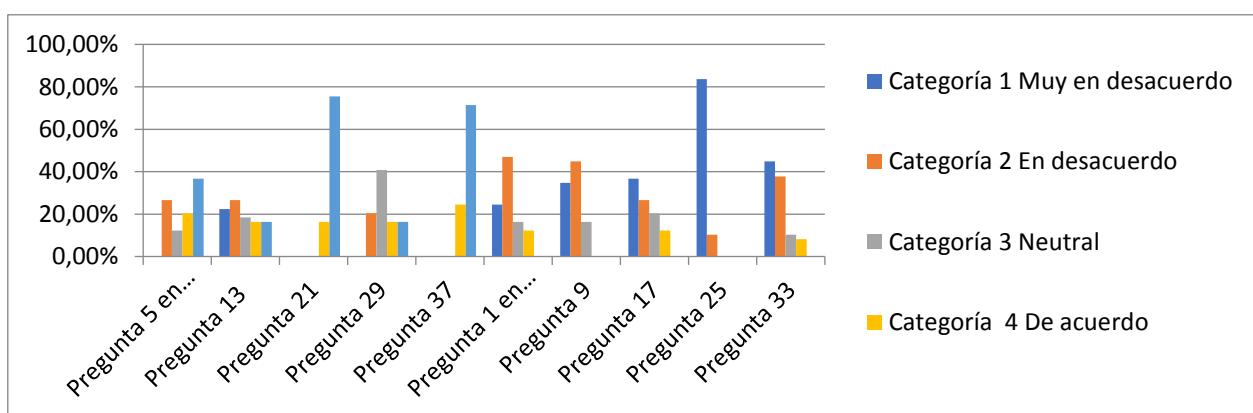


Ilustración 3: Autoritarismo

Análisis del gráfico de AUTORITARISMO: Cada factor contiene 10 declaraciones referentes a las opiniones sobre la manera de tratar y cuidar a las personas con una enfermedad mental grave. Cinco de los 10 ítems se expresan en positivo y los otros 5 están redactados en negativo.

En esta gráfica encontramos que los ítems en positivo corresponden a las preguntas (5, 13, 21, 29 y 37), y los negativos a las preguntas (1, 17, 25 y 33).

A continuación, vamos a destacar que en las preguntas en positivo podemos apreciar que la mayoría de los encuestados se encuentran “completamente de acuerdo”, en las afirmaciones 5, 21 y 37, en las que se afirma que cualquier persona puede sufrir una enfermedad mental, que una enfermedad mental es como otra cualquiera y que, por tanto, estas personas no deberían ser tratados como marginados. De estas afirmaciones en positivo, llama la atención que en la pregunta 13 donde se expone que se debería dar poca importancia a proteger a la población de las personas con enfermedad mental se ve que la mayoría está “en desacuerdo”. Y que en la cuestión 29 donde se expone que los hospitales representan un tratamiento obsoleto para las personas con enfermedad mental, predomine una respuesta en la que se encuentra la opción “neutral” nos crea la duda de que los encuestados parecen que no confían en la práctica del medio hospitalario.

Dicho esto, pasaremos a analizar las afirmaciones en negativo del apartado de autoritarismo, en el que encontramos que en las afirmaciones 1 y 9 donde se expone una persona que muestre signos de alteración mental debería ser ingresada en el hospital o que las personas con enfermedad mental tienen algo que las diferencias del resto, la mayoría ha respondido que se encuentra “en desacuerdo”. Esta respuesta se afianza en las cuestiones restantes 17, 25 y 33 de tipo negativo, ya que en mayoría aparece la categoría de “muy en desacuerdo”.

BENEVOLENCIA:

2. Se debería gastar más dinero de los fondos estatales en el cuidado y tratamiento de las personas con enfermedades mentales.
6. Las personas con enfermedades mentales representan una carga para la sociedad.
10. Las personas con enfermedades mentales han sido objeto de burlas durante demasiado tiempo.
14. Gastar más en servicios de salud mental es un despilfarro de dinero público.
18. Necesitamos adoptar una actitud mucho más tolerante en nuestra sociedad hacia las personas con enfermedades mentales.
22. Hay suficientes servicios para las personas con enfermedades mentales.
26. Nuestros hospitales parecen más cárceles que sitios donde se puede cuidar de las personas con enfermedades mentales.
30. Las personas con enfermedades mentales no merecen nuestra comprensión.
34. Tenemos la responsabilidad de proporcionar el mejor cuidado posible a las personas con enfermedades mentales.
38. Es mejor evitar a cualquier persona que tenga problemas mentales.

PREGUNTAS	MUY EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	NEUTRAL	DE ACUERDO	COMPLETAMENTE ACUERDO
2				26,5 %	71,4 %
6	44,9 %	36,7 %	12,2 %		
10				34,7 %	59,2 %
14	77,6 %	18,4 %			
18				24,5 %	65,3 %
22	49 %	34,7 %	16,3 %		
26		24,4 %	24,4 %	30,6 %	24,5 %
30	77,6 %	16,3 %			
34				44,9 %	46,9 %
38	57,1 %	36,7 %			

Tabla 3: Benevolencia

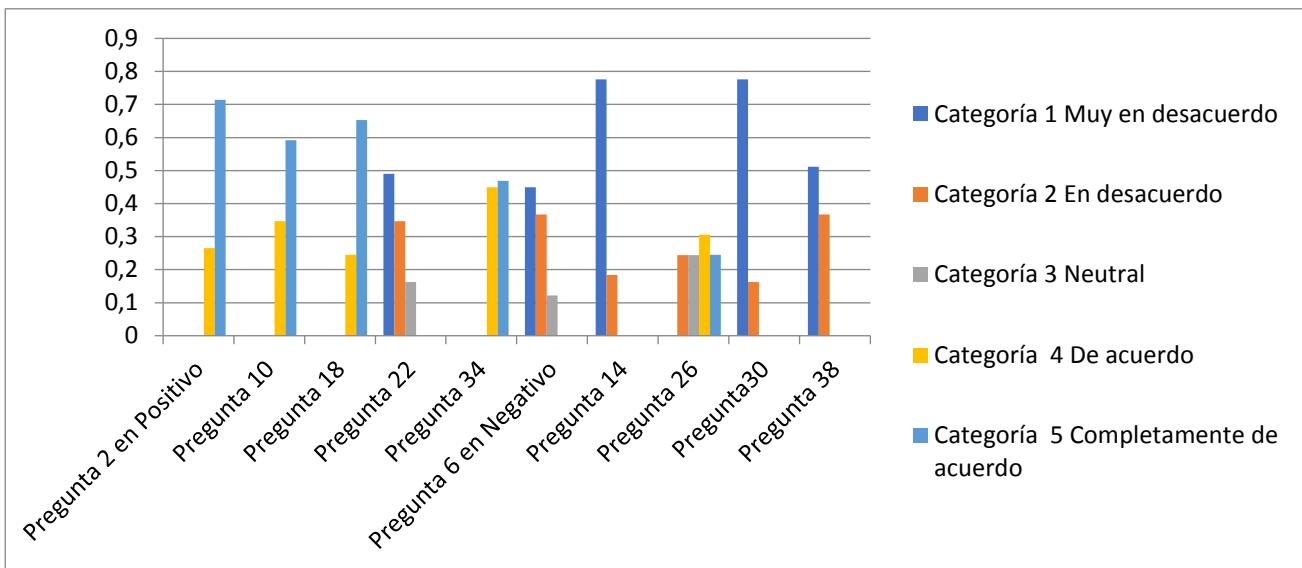


Ilustración 4: Benevolencia

Análisis del gráfico de BENEVOLENCIA: Cada factor contiene 10 declaraciones referentes a las opiniones sobre la manera de tratar y cuidar a las personas con una enfermedad mental grave. Cinco de los 10 ítems se expresan en positivo y los otros 5 están redactados en negativo.

En esta gráfica encontramos que los ítems en positivo corresponden a las preguntas (2, 10, 18, 22 y 34), y los negativos a las preguntas (6, 14, 26, 30 y 38).

A continuación, vamos a destacar que en las preguntas en positivo podemos apreciar que la mayoría de los encuestados se encuentran “completamente de acuerdo” en las afirmaciones 2, 10, 18 y 34, donde se establece que se debería de gastar más dinero estatal en cuidados y tratamientos, que se debería de adoptar una actitud más tolerante con este colectivo ya que han sido objeto de burlas durante muchos años y que la comunidad tiene la responsabilidad de proporcionar esto. Sin embargo, la gran mayoría está “muy en desacuerdo”, con la afirmación 22 que expresa que hay suficientes servicios para las personas con enfermedad mental.

Dicho esto, pasaremos a analizar las afirmaciones en negativo del apartado de Benevolencia, donde la gran mayoría se encuentra “muy en desacuerdo” o “en desacuerdo” con las afirmaciones de tipo negativo.

Nos ha llamado la atención la cuestión número 26 donde afirma que nuestros hospitales parecen más cárceles y es que la gran mayoría ha respondido que se encuentra “de acuerdo”, a lo que le sigue “Completamente de acuerdo”, pero se mantienen iguales las categorías “neutral” y “en desacuerdo”.

RESTRICCIÓN SOCIAL:

3. Las personas con enfermedades mentales se deberían mantener aisladas de la comunidad.
7. Las personas con enfermedades mentales son menos peligrosas de lo que supone la mayoría de la gente.
11. Una mujer sería tonta si se casa con un hombre que ha padecido una enfermedad mental, incluso cuando éste parezca estar totalmente recuperado.
15. Nadie tiene derecho a excluir a las personas con enfermedades mentales de su barrio.
19. No me gustaría vivir a lado de una persona que ha padecido una enfermedad mental.
23. Se debería motivar a las personas con enfermedades mentales a asumir las responsabilidades de una vida normal.
27. Cualquier persona con historia de problemas mentales debería estar excluida de asumir un trabajo público.
31. No deberían negarse sus derechos como individuos a las personas con enfermedades mentales.
35. No se puede dar ninguna responsabilidad a las personas con enfermedades mentales.
39. En la mayoría de los casos, se puede confiar en mujeres que han sido pacientes en hospitales de enfermedades mentales como canguros.

PREGUNTAS	MUY EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	NEUTRAL	DE ACUERDO	COMPLETAMENTE ACUERDO
3	69,4 %	28,6 %			
7		8,2 %	28,6 %	36,7 %	22,4 %
11	55,1 %	32,7 %			
15				18,4 %	77,6 %
19	36,7 %	46,9 %	10,2 %		
23	28,6 %	34,7 %	28,6 %	8,2 %	
27	57,1 %	30,6 %	10 %		
31				16,3 %	73,5 %
35	36,7 %	49 %		8,2 %	
39			51 %	16,3 %	16,3 %

Tabla 4: Restricción social

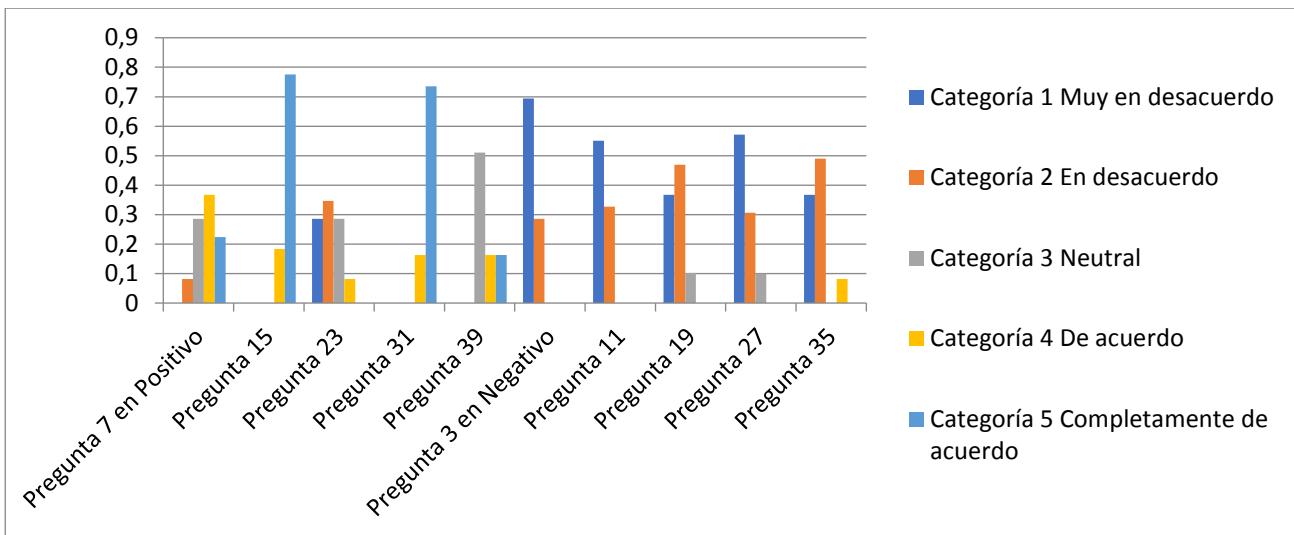


Ilustración 5: Restricción social

Análisis del gráfico de RESTRICCIÓN SOCIAL: Cada factor contiene 10 declaraciones referentes a las opiniones sobre la manera de tratar y cuidar a las personas con una enfermedad mental grave. Cinco de los 10 ítems se expresan en positivo y los otros 5 están redactados en negativo.

En esta gráfica encontramos que los ítems en positivo corresponden a las preguntas (7, 15, 23, 31 y 39), y los negativos a las preguntas (3, 11, 19, 27 y 35).

A continuación, vamos a destacar que en las preguntas en positivo podemos apreciar que la mayoría de los encuestados se encuentran “completamente de acuerdo” en las afirmaciones 15 y 31 donde se expone que nadie debe excluir a las personas con enfermedad mental ya que son personas con Derechos. Sin embargo, en las afirmaciones restantes de tipo positivo como la afirmación 7 y 23 parece haber diversas opiniones. En la afirmación 7 donde se expone que las personas con enfermedad mental son menos peligrosas de lo que lo que supone la mayoría de la gente predomina la opción “de acuerdo”, a la que le sigue la “neutral”. En la 23 por el contrario, establecen que se encuentran “en desacuerdo” a la hora de que se motive a las personas con enfermedad mental a asumir responsabilidades de una vida normal.

Dicho esto, pasaremos a analizar las afirmaciones en negativo del apartado de Restricción social, donde la gran mayoría se encuentra “muy en desacuerdo” o “en desacuerdo” ya que se expone que las personas con enfermedad mental deben ser excluidas ya sea de la comunidad, del trabajo....

Al terminar este análisis nos damos cuenta de que existe una controversia en las afirmaciones 23 y 35, ya que la mayoría está “en desacuerdo” a que se motive a asumir responsabilidades, sin embargo, en la afirmación 35 la mayoría está “en desacuerdo”, a que no se les pueda dar ninguna responsabilidad a las personas con enfermedad mental.

IDEOLOGÍA DE SALUD MENTAL COMUNITARIA:

4. La mejor terapia para muchas personas con enfermedades mentales es formar parte de la comunidad.
8. La ubicación de servicios de salud mental en zonas residenciales degradadas el barrio.
12. Siempre que sea posible los servicios de salud mental deberían ser ofrecidos a través de centros en la comunidad.

16. El hecho de tener personas con enfermedades mentales viviendo en comunidades residenciales puede ser una buena terapia, pero los riesgos para los residentes son demasiado grandes.

20. Los residentes deberían aceptar la ubicación de servicios de salud mental en sus barrios para cubrir las necesidades de la comunidad local.

24. Los residentes tienen buenos motivos para oponerse a la ubicación de servicios de salud mental en sus barrios.

28. La ubicación de servicios de salud mental en zonas residenciales no representa ningún peligro para los residentes.

32. Los centros de salud mental deberían estar fuera de barrios residenciales.

36. Los residentes no tienen nada que temer de personas que vienen a sus barrios para ser atendidos en los servicios de salud mental.

40. Asusta pensar en personas con problemas mentales viviendo en barrios residenciales.

PREGUNTAS	MUY EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	NEUTRAL	DE ACUERDO	COMPLETAMENTE ACUERDO
4				53,1 %	38,8 %
8	61,2 %	30,6 %			
12			14,3 %	34,7 %	49 %
16	30,6 %	40,8 %	18,4 %	10,2	
20			14,3 %	40,8 %	42,9 %
24	36,7 %	40,8 %	20,4 %		
28			16,3 %	32,7 %	42,9 %
32	53,1 %	28,6 %	10,2 %		
36			18,4 %	44,9 %	36,7 %
40	44,9 %	32,7 %	12,2 %	10,2 %	

Tabla 5: Ideología de salud mental comunitaria

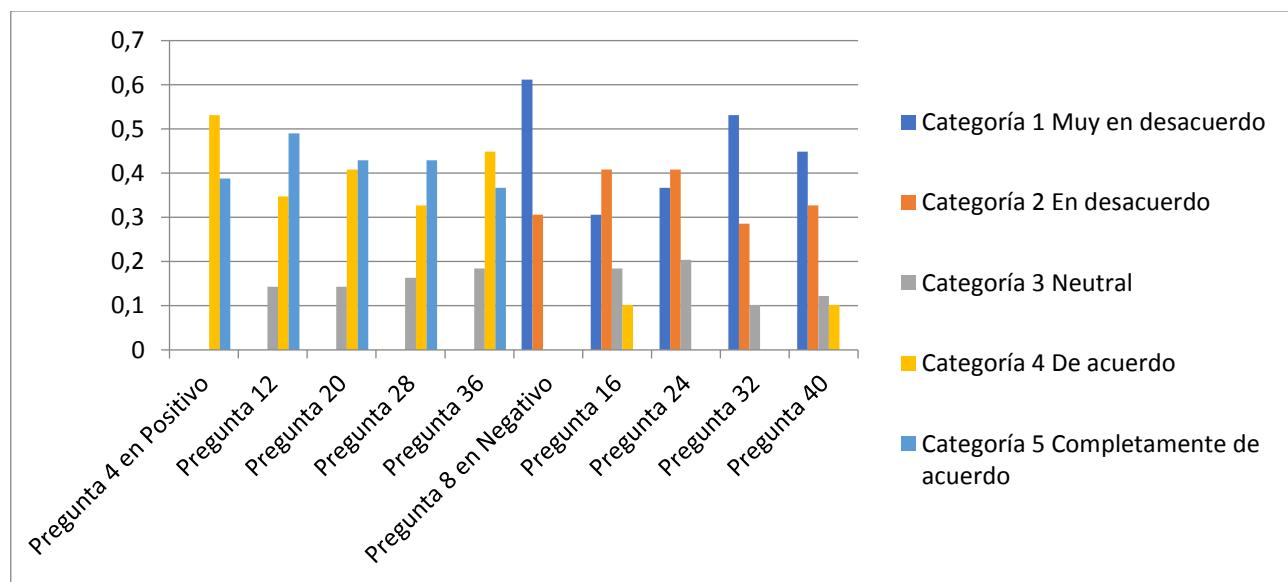


Ilustración 6: Ideología de salud mental comunitaria

Análisis del gráfico de IDEOLOGÍA DE LA SALUD MENTAL COMUNITARIA: Cada factor contiene 10 declaraciones referentes a las opiniones sobre la manera de tratar y cuidar a las personas con una enfermedad mental grave. Cinco de los 10 ítems se expresan en positivo y los otros 5 están redactados en negativo.

En esta gráfica encontramos que los ítems en positivo corresponden a las preguntas (4, 12, 20, 28 y 36), y los negativos a las preguntas (8, 16, 24, 32 y 40).

A continuación, vamos a destacar que en las preguntas en positivo podemos apreciar que la mayoría de los encuestados se encuentran “completamente de acuerdo” o “de acuerdo” en que la ubicación de los servicios de salud mental se encuentre en zonas residenciales, a la integración de estas personas en la comunidad ya que no se debe temer a una persona por que tenga una enfermedad mental.

Dicho esto, pasaremos a analizar las afirmaciones en negativo del apartado de ideología de la salud mental comunitaria, donde la mayoría se encuentra “en desacuerdo” o “muy en desacuerdo”, sobre las afirmaciones en negativo como, por ejemplo: que asusta pensar en personas con problemas mentales viviendo en barrios residenciales.

DISCUSIÓN

Al comenzar la investigación se partía de algunas hipótesis que no se sabía si eran ciertas o por el contrario eran erróneas, por eso, se quiere destacar esas ideas principales que más llamaban nuestra atención.

Algunas coinciden con las hipótesis anteriormente nombradas y otras van surgiendo a partir de la principal. Una vez se ha dado por finalizado el cuestionario, a través de los resultados obtenidos con las respuestas de los diferentes Trabajadores Sociales y por medio de porcentajes obtenidos de algunas respuestas, se va a poder analizar cada una y se explicará con datos y porcentajes obtenidos.

- ✓ **Hipótesis número 1º: La mayoría de los estudiantes o los profesionales que van a realizar el cuestionario piensan que las personas con enfermedad mental son peligrosas y deberían ser ingresadas, además de apartadas de la comunidad porque son una carga.**

En el apartado de restricción social se realiza la pregunta siete que dice: “Las personas con enfermedades mentales son menos peligrosas de lo que supone la mayoría de la gente”. En nuestra hipótesis manteníamos que los encuestados dirían que las personas con enfermedad mental eran peligrosas, pero lo cierto es que en los datos analizados nos hemos encontrado que tanto estudiantes como profesionales piensan que las personas con enfermedad mental no son peligrosas siendo así que el 36,7% está de acuerdo en que las personas con enfermedad mental son menos peligrosas de lo que la gente cree o dice, el 28,6% se mantiene neutral a esta cuestión, el 22,4% está completamente de acuerdo y el 8,2% en desacuerdo.

Haciendo referencia al mismo apartado y al de ideología de salud mental comunitaria se hace la siguiente pregunta: “Las personas con enfermedad mental son una carga para la sociedad y deberían ser apartadas de la comunidad”. Las respuestas a esta pregunta en cuestión es que el 69,4% está muy en desacuerdo con esta afirmación, y el 28,6% también se muestra en desacuerdo, por lo que diríamos que tanto alumnos como profesionales piensan que las personas con enfermedad mental deberían formar parte de la comunidad.

“No me gustaría vivir a lado de una persona que ha padecido una enfermedad mental”, el 46,9% está en desacuerdo con esta afirmación, el 36,7% muy en desacuerdo y el 10,2% es neutral. Por lo que a la gran mayoría no le importaría vivir con una persona que ha padecido una enfermedad mental.

“La ubicación de servicios de salud mental en zonas residenciales degradada el barrio”, el 61,2% está muy en desacuerdo, y el 30,6% en desacuerdo, por lo que todos coinciden en que los servicios de salud no degradan los barrios, y ven a estos como algo positivo.

“El hecho de tener personas con enfermedades mentales viviendo en comunidades residenciales puede ser una buena terapia, pero los riesgos para los residentes son demasiado grandes”, el 40,8% está en desacuerdo y el 30,6% muy en desacuerdo. Mientras que el 18,4% es neutral y el 10,2% está de acuerdo. Aquí vemos que la mayoría piensa que las personas con enfermedad mental deberían vivir en la comunidad y que esto sería bueno tanto para ellos como para la comunidad, sin embargo, hay otra parte de los encuestados que no está de acuerdo con esto y cree que sería un riesgo para la comunidad, mientras que otra parte se mantiene neutral a nuestra afirmación.

“Asusta pensar en personas con problemas mentales viviendo en barrios residenciales”, el 44,9% está muy en desacuerdo, junto con el 32,7% que está también en desacuerdo. Mientras que un 12,2% es neutral y un 10,2% se mantiene de acuerdo.

Queda claro, por tanto, que con este análisis hemos podido ver que nuestra hipótesis no se ha confirmado. Hemos podido comprobar que la mayoría de encuestados está a favor de integrar a las personas con enfermedad mental en la comunidad, ya que esto les ayudaría a continuar con su proyecto de vida. Ven los servicios de salud mental como algo positivo para el barrio y no creen que estas personas sean peligrosas. Pero también es importante destacar que, aunque la mayor parte piense esto, nos hemos encontrado con pequeños porcentajes que se muestran neutrales a estas cuestiones... siendo así que el 18,4% es neutral a la hora de poder ser una buena terapia para los enfermos mentales vivir en comunidades residenciales. Un 12,2% que también se muestra neutral a que estas personas vivan en su mismo barrio o con un 10,2% que no les gustaría vivir al lado de una persona que ha padecido una enfermedad mental.

Respecto a si consideran peligrosas a las personas con alguna enfermedad mental destacar que 28,6% se mantiene neutral a esta cuestión, y el 8,2% está de acuerdo con que sí son más peligrosos que otras personas.

- ✓ **Hipótesis número 2º: La experiencia en primera persona tanto de los profesionales como de los estudiantes sobre el tema (laboral, familiar, amistad...) repercute de manera positiva en las actitudes y comportamientos de estos hacia la comprensión de la enfermedad, defensa de los Derechos de los enfermos...**

Esta hipótesis es verdadera ya que muchos de los encuestados han tenido relación con personas que tienen un diagnóstico de trastorno mental, siendo así que el 30,6% de esta muestra ha mantenido un contacto laboral, el 22,4% familiar, el 16,3% han sido voluntarios en alguna entidad y el 10,2% a destacar han tenido contacto por amistad. Quizá por ello, nuestras hipótesis sobre que considerarían a estas personas como peligrosas o que no ven bueno que estas personas vivan en comunidad han sido falsas, porque el mantener o haber mantenido una relación ya sea de tipo familiar, laboral, etc. con una persona que padece enfermedad mental te acerca a la realidad, a una realidad de la que muchas veces no somos conscientes.

El 59,2% está completamente de acuerdo junto con el 34,7% que también está de acuerdo en que las personas con enfermedades mentales han sido objeto de burlas durante demasiado tiempo. Además de que

el 73,5% está completamente de acuerdo y el 16,3% también está de acuerdo en que no se deberían negar los derechos a las personas con enfermedad mental como individuos de la sociedad que son. Y que estas personas, por tanto, merecen de nuestra comprensión, respeto y ayuda.

Con la cuestión de “las personas con enfermedades mentales no merecen nuestra comprensión”, tanto el 77,6% está muy en desacuerdo, como el 16,3% que está en desacuerdo también.

- ✓ **Hipótesis número 3º: La mayoría de los estudiantes/profesionales creen que no se debería de gastar más dinero en fondos estatales para el cuidado y tratamiento de personas con enfermedad mental.**

Haciendo referencia al apartado de benevolencia, analizamos las cuestiones: “Se debería gastar más dinero de los fondos estatales en el cuidado y tratamiento de las personas con enfermedades mentales”, el 71,4% está completamente de acuerdo con esta afirmación y el 26,5% también se muestra de acuerdo. Respecto a otra cuestión como: “Las personas con enfermedades mentales representan una carga para la sociedad”, el 44,9% está muy en desacuerdo junto con el 36,7% que se muestra también en desacuerdo, pero el 12,2% es neutral.

“Gastar más en servicios de salud mental es un despilfarro de dinero público”, el 77,6% está muy en desacuerdo, junto con el 18,4% que también se encuentran en desacuerdo con esta afirmación.

“Hay suficientes servicios para las personas con enfermedades mentales”, el 49% está muy en desacuerdo, junto con el 34,7% también en desacuerdo y el 16,3% que se mantiene neutral.

“Nuestros hospitales parecen más cárceles que sitios donde se puede cuidar de las personas con enfermedades mentales”, un 30,6% está de acuerdo, el 24,5% está completamente de acuerdo. Mientras que el 24,4% coincide en las respuestas de en desacuerdo y neutral. Se quiere destacar esta pregunta en concreto ya que el 55,1 % del total de los estudiantes piensan que los hospitales parecen cárceles. Siguiendo a Cabot el individuo sería considerado como un miembro de una clase concreta, es decir, el individuo en una fábrica solo sería un obrero, en una escuela sería un alumno y en un hospital sería un enfermo, por lo tanto, no trata la individualidad de cada persona, sino que globaliza según la institución donde se encuentre. Por ello, las necesidades de dichos individuos se descuidan más fácilmente.

“Tenemos la responsabilidad de proporcionar el mejor cuidado posible a las personas con enfermedades mentales”, un 44,9% está de acuerdo, y el 46,9% completamente de acuerdo.

Por lo que a modo de conclusión de esta hipótesis vemos que la que planteábamos es falsa ya que la mayoría de encuestados ha respondido que sería conveniente gastar o invertir más dinero en servicios para el cuidado y/o tratamientos de las personas con alguna enfermedad mental. Además, de que esto no sería un despil�arro, ya que como comunidad ven como su responsabilidad proporcionar el cuidado de estas personas y consideran que actualmente faltan servicios y hospitales que en vez de parecer sitios donde la gente se puede curar parecen cárceles. Aunque en esta última afirmación también hay un alto porcentaje de 24,4% que se mantiene neutral o en desacuerdo viendo los hospitales como un lugar adecuado para las personas con enfermedad mental.

- ✓ **Hipótesis número 4º: La mayoría de los encuestados piensa que la enfermedad mental, es una enfermedad como cualquier otra. Y además que prácticamente cualquier persona puede sufrir una enfermedad mental.**

Haciendo referencia al apartado de autoritarismo, y analizando los resultados podemos ver que en esta cuestión podemos ver que 36,7% está completamente

de acuerdo, al igual que el 20,4% se mantiene de acuerdo, pero el 26,5% está en desacuerdo quizá porque estas personas necesitan de más cuidados o medicación... y el 12,2% es neutral.

“Una de las principales causas de la enfermedad mental es la falta de autodisciplina y de fuerza de voluntad”, el 44,9% responde estar muy en desacuerdo, junto con el 37,7% en desacuerdo. Mientras el 10,2% se muestra neutral y el 8,2% está de acuerdo con esta afirmación. Nos ha llamado la atención este 8,2% que está de acuerdo en que estas personas carecen de falta de voluntad y que por ello llegan a tener una enfermedad mental, ya que no creemos que nadie quiera pasar por eso, y que su única prioridad es ponerse bien, recuperarse y continuar con su proyecto de vida...” Prácticamente cualquier persona puede sufrir una enfermedad mental”, en esta afirmación encontramos mayoría absoluta por parte de los encuestados ya que el 71,4% está completamente de acuerdo, junto con el 24,5% que también está de acuerdo.

“Las personas con enfermedades mentales no deberían ser tratados como marginados sociales”, el 75,5% está completamente de acuerdo, y el 16,3% también se muestra de acuerdo. Y por último, “las personas con enfermedades mentales necesitan el mismo control y disciplina que un niño” el 36,7% está muy en desacuerdo con esto, el 26,5% también se muestra en desacuerdo. Mientras que el 20,4% es neutral y 12,2% está de acuerdo.

Cabe decir por tanto, que nuestra hipótesis ha sido verdadera ya que la mayoría de los encuestados ha respondido que la enfermedad mental es como otra cualquiera, pero como hemos dicho antes hay algunos porcentajes que nos llaman la atención como por ejemplo que 8,2% esté de acuerdo que una de las causas de enfermedad mental sea la fuerza de voluntad, o que el 20,4% se muestre neutral y que el 12,2% de acuerdo en que estas personas deben ser controladas o deban tener la misma disciplina que un niño... En esto no estamos de acuerdo ya que aquí queda reflejado parte del estigma que directa o indirectamente estamos teniendo hacia esta parte de la población. Estas personas son personas adultas pero en muchas ocasiones se les llega a “infantilizar” limitando así su capacidad de decisión en la vida diaria, la capacidad de decisión sobre su cuerpo... A modo de ejemplo, algunas personas que sufren alguna enfermedad mental y viven en pisos tutelados deben ser acompañados por los monitores para realizar la compra, muchos solo cuentan con la propina establecida, otros deben ser acompañados al médico en sus revisiones o consultas... Ojo, con ello no queremos decir que esto no sea lo adecuado ya que esta labor es muy importante y puede que ayude al usuario en cuestión a digamos “normalizar” su vida y su día a día.

Para concluir este apartado sobre los resultados que hemos obtenido de los participantes, habría que remarcar que el cuestionario se realizó a finales de la década de los años 70, por eso puede haber algunas palabras o referencias obsoletas actualmente pero que en cuestionario siguen apareciendo como en las preguntas 9 y 11, ¿Qué son personas normales?, diciendo esto se asume que las personas con problemas mentales no son “normales”. Respecto a la pregunta 11 que comienza diciendo una mujer sería tonta si... ¿Una mujer es tonta?, dicho de otra manera, sería más correcto, pero debemos hacer referencia a que la época en la que se realizó este cuestionario no es la misma que la de ahora y los tiempos han ido cambiando y con ello hemos ido evolucionando y cambiando nuestra manera de pensar.

En algunas otras cuestiones como en la 7, 13, 16, 38, 40, etc. se afirma como que las personas con enfermedad mental son altamente peligrosas, lo cierto es que para nuestro trabajo en cuestión nos ayuda a analizar lo que los encuestados piensan sobre este tema y ver también qué es lo que piensan de manera anónima, pero

alguna pregunta como la 25 (son tan peligrosos que hay que mantenerlos bajo llave), para nuestros tiempos sería excesiva pero para la sociedad de aquel momento no sería raro ese manera de actuar.

Para terminar, ver que en la cuestión 17, se compara a las personas con enfermedad mental con los niños, ¿Podríamos hablar por tanto de “infantilización” hacia este colectivo?, es una pregunta que nos ha surgido a raíz de realizar y elaborar los resultados, ya que en la pregunta 35 vuelve a surgir este tema en el que se cuestiona sobre que las personas con enfermedad mental no pueden tener ninguna responsabilidad.

Y por último nos hemos cuestionado con la pregunta 26 sobre si los hospitales parecen cárceles más que hospitales, a la que el 30,6% afirma que sí, ¿Deberíamos cambiar nuestro sistema hospitalario?, ¿Deberíamos cambiar la manera de proceder y de dar atención y/o servicio a este colectivo?, ¿Realmente han cambiado y evolucionado tanto los años y estas personas se sienten realmente comprendidas?....Son preguntas para las que aún no tenemos una respuesta definitiva pero que han surgido un gran revuelo en nuestro pensamiento y en nuestra manera de posicionarnos sobre este tema en cuestión.

CONCLUSIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Los profesionales de la salud mental y más concretamente el Trabajador Social, se dedican a atender de manera integral y de manera individualizada las diversas situaciones de necesidad que subyacen de las personas con trastorno mental. Este profesional debe trabajar para la rehabilitación y recuperación de estas personas con el objetivo de conseguir una calidad de vida y una integración totalitaria. Pero el Trabajador Social en el ámbito de la salud mental, no pretende mostrar solo las necesidades, la enfermedad, ni el estigma, sino que lucha por potenciar las capacidades, reivindicar la igualdad y la participación, consiguiendo así que se cumplan sus derechos como ciudadano.

La totalidad de la muestra ha reflejado una actitud positiva ante las personas con enfermedad mental como se refleja en las puntuaciones obtenidas del cuestionario. Además, en general, se ha apreciado que se encuentran actitudes y creencias que son más tolerantes, afectivas y van dirigidas hacia la inclusión de las personas con enfermedad mental.

Esto puede ser debido a un mayor conocimiento y formación continuada tanto de futuros Trabajadores Sociales como profesionales que contribuyen así a generar un cambio positivo de actitud hacia este colectivo.

No hay que olvidar que el Trabajador Social se apoya en el tejido asociativo contribuyendo y creando espacios en la comunidad con la finalidad de impulsar y crear la participación de este colectivo en el entorno.

Por eso, sería necesario y muy positivo diseñar e implementar acciones formativas que fueran encaminadas a la prevención, detección precoz y atención a las enfermedades mentales desde una perspectiva social, conociendo así las causas y consecuencias de la Enfermedad Mental.

Para concluir con esta investigación, hacemos referencia a que solo se pueden dejar los prejuicios de lado cuando estás inmerso en un problema ya que para poner hablar de un tema es necesario conocerlo.

BIBLIOGRAFÍA

- Arnaiz, A. & Uriarte, JJ., (2006). *Estigma y enfermedad mental*. Norte de Salud Mental, 26 (pp. 49-59).
- Cazorla Palomo, J. y Parra Ramajo, B. (2017). El cambio en los modelos del trabajo social en salud mental: del modelo rehabilitador al modelo social. *Alternativas: Cuadernos de Trabajo Social*, 24: 43-54.
- Colom Masfret, D. (2008). *El Trabajo social sanitario: atención primaria y atención especializada. Teoría y práctica*. Madrid: Siglo XXI.
- Colom Masfret, D. (2010). El trabajo social sanitario en el marco de la optimización y sostenibilidad del sistema sanitario. *Zerbitzuan: Gizarte zerbitzuetarako aldizkaria*, 47: 113.
- Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y personas con enfermedad mental (FEAFES). (2008). *Salud mental y medios de comunicación. Guía de estilo*. Recuperado de:
<https://consaludmental.org/publicaciones/GUIADEESTILOSEGUNDAEDICION.pdf> (Consultado el 27/08/2019).
- Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y personas con enfermedad mental (FEAFES). (2012). *Estatutos*. Recuperado de: <https://consaludmental.org/wp-content/uploads/2012/07/Estatutos2012.pdf> (Consultado el 09/04/2019).
- Corbetta, P. (2007). Capítulo 3: Traducción empírica de la teoría. En P. Corbetta, Metodología y Técnicas de Investigación Social (pág. 72). Madrid: McGrawHill.
- Corbetta, P. (2007). Capítulo 5: La encuesta por muestreo. En P. Corbetta, Metodología y Técnicas de Investigación Social (pág. 146). Madrid: McGrawHill.
- De España, J. C. I. R. (1986). Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. *España: Boletín Oficial del Estado*.

- De España, J. C. I. R. (2011). Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Sanidad. *España: Boletín Oficial del Estado*.

- Durán, M.S. (2012). El proyecto ético-político del Trabajo Social. Aportes para la construcción de un proyecto profesional crítico desde la intervención en procesos de salud-enfermedad mental. *Documentos de Trabajo Social: Revista de Trabajo y Acción Social*, 51: 128-129.

- FEAFFES Andalucía (Ed.). (2016). Buenas prácticas en la intervención por personas con enfermedad mental. Málaga, España: Gráficas Bueno. Recuperado de:
<http://D:/TFG.TRABAJO%20FIN%20DE%20GRADO/BUENAS%20PRÁCTICAS/Buenas-practicas-intervencion-salud-mental-Andalucia.pdf> (Consultado el 19/07/2019).

- Garcés Trullenque, E.M. (2010). El Trabajo Social en Salud Mental. *Cuadernos de Trabajo Social*, 23: 333-352.

- Giddens, A. (2011). Salud, enfermedad y discapacidad. En Giddens, A. (Ed.), *Sociología*. Madrid: Alianza Editorial.

- Gobierno de Aragón - Departamento de Sanidad (s.d.). *Plan de Salud Mental, 2017-2021*. Servicio Aragonés de Salud. Disponible en:
http://www.aragonhoy.net/index.php/mod.documentos/mem.descargar/fichero.documentos_PS_M_17_21_25b1b4fa%232E%23pdf (Consultado el 04/06/2019).

- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. New Jersey: Prentice Hall.

- Michaels, P.J.; López, M.; Rüschen, N. & Corrigan, P. W. (2012). Constructs and concepts comprising the stigma of mental illness. *Psychology, Society & Education*, 4(2), 183-194. Disponible en:
<https://doi.org/10.25115/psye.v4i2.490> (Consultado el 26/08/2019).

- Ministerio de Ciencia e Innovación. (2009). *Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave*. Recuperado de:
http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_453_TMG_ICS_compl.pdf (Consultado el 21/07/2019).

- Miranda Aranda, M. (coord.). (2015). *Lo social en la salud mental (I)*. Trabajo social en Psiquiatría. Zaragoza: Prensas de la Universidad de Zaragoza.
- Organización Mundial de la Salud. (1948). *Constitución de la Organización Mundial de la salud*. Recuperado de: [http://www.who.int/gb/bd/PDF/bd46\(s-bd46.pdf](http://www.who.int/gb/bd/PDF/bd46(s-bd46.pdf) (Consultado el 22/05/2019).
- Organización Mundial de la Salud. (2009). *Plan de acción sobre salud mental*. Recuperado de: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spain.pdf;jsessionid=901BB880C293C2F0EBB39DD98FD13119?sequence=1 (Consultado el 03/06/2019).
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Salud mental: un estado de bienestar*. Recuperado de: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/ (Consultado el 03/06/2019).
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Discapacidad y salud*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health> (Consultado el 03/06/2019).
- Parra, B., Oriol, A. y Martínez, M. (2011): Trabajo social y enfermero en un equipo de atención precoz a la psicosis. *Revista de Psicopatología y salud mental del niño y del adolescente*, 18, 89-98.
- Prieto, A. (2002). *Salud mental: situación y tendencias*. Revista de salud pública, 4 (1), 78. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v4n1/v4n1a05.pdf> (Consultado el 15/07/2019).
- Taylor SM, Dear MJ. (1981) Scaling community attitudes toward the mentally ill. *Schizophr Bull*. Recuperado de: <https://camiscale.com/article-scaling-community-attitudes-toward-the-mentally-ill/> (Consultado el 27/08/2019).
- Traid, V., et al. (2005). Revisión histórica del modelo biopsicosocial. Recuperado de: <http://www/bibliopsiquis/bitstream/10401/3479/1/interpsi quis 2005 20229.pdf> (Consultado el 25/08/2019).

ANEXOS

PRIMERO

- “MENTALIZATE. Campaña informativa sobre la enfermedad mental” (<http://www.fefescyl.org>)
- *Salud mental y medios de comunicación*: guía de estilo Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES) 2003

Salud mental y medios de comunicación: manual para entidades Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES) 2003.

SEGUNDO

CD: Centro de Día

CDIJ: Centro de Día Infantojuvenil

CIL: Centro de Inserción Sociolaboral

CRP: Centro de Rehabilitación Psicosocial

EASC: Equipo de Apoyo Social Comunitario

HD: Hospital de Día

PG: Psicogeriatría

PISO: Piso supervisado

UASA: Unidad de Atención y Seguimiento de Adicciones

UCE: Unidad de hospitalización de Corta Estancia

UCEIJ: Unidad de Corta Estancia Infantojuvenil

ULE: Unidad de hospitalización de Larga Estancia

UME: Unidad de hospitalización de Media Estancia

UP: Unidad de Psicosomática y Salud Mental de Enlace

USM: Unidad de Salud Mental

USMIJ: Unidad de Salud Mental Infantojuvenil

UTCA: Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria

UTP: Unidad de Trastornos de Personalidad

TERCERO

2.aVía Acompañamiento Terapéutico Sociedad Cooperativa

ASAPME Bajo Aragón

ASAPME Teruel

ASAPME Zaragoza

Asociación Guayente

Caritas Diocesana de Zaragoza-CRPS San Carlos

Fundación Centro de Solidaridad de Zaragoza

Ejea Sociedad Cooperativa de Iniciativa Social

Fundación ADUNARE

Hermanas Hospitalarias Centro Neuropsiquiátrico Ntra. Sra. del Carmen

Fundación La Caridad

Fundación Ramón Rey Ardid

Hermanos de la Cruz Blanca (Huesca)

Punto de Apoyo y Rehabilitación Psicosocial Comunitaria Soc. Coop.

ASAPME Huesca

Fundación Agustín Serrate

CUARTO

Asociación Aragonesa Pro Salud Mental ([ASAPME](#)).

Asociación Oscense Pro Salud Mental ([ASAPME Huesca](#)).

Asociación Pro Salud Mental Bajo Aragón ([ASAPME Bajo Aragón](#)).

Asociación Salud Mental Teruel ([ASAPME Teruel](#)).

Asociación Augusta de Enfermos Mentales de Calatayud ([ASAEME](#)).

Asociación de Familiares de Personas con Trastornos de Personalidad de Zaragoza “[El Volcán](#)”.

Asociación El Puerto.

CUESTIONARIO

CUESTIONARIO DE ACTITUDES DE LA COMUNIDAD HACIA LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL (CAMI)

Las siguientes afirmaciones expresan diversas opiniones sobre las enfermedades mentales y las personas que las padecen alguna enfermedad mental (personas que necesitan de algún tratamiento, pero son capaces de vivir de manera independiente fuera de un hospital).

Marque con una “X” la respuesta que describa con más precisión su reacción a cada frase.

Por favor, no dejes ningún ítem sin respuesta. Debes responder puntuando entre 1 y 5 en cada casilla, en una escala en la que: 1 significa “Totalmente de acuerdo” y 5 “Totalmente en desacuerdo”.

(1) Totalmente de acuerdo

(2) De acuerdo

(3) Ni de acuerdo ni en desacuerdo

(4) No estoy de acuerdo

(5) Totalmente en desacuerdo

1. Edad:

2. Sexo:

3. Estudio /trabajo

4. He tenido contacto con personas con enfermedad mental: Sí - No

CUESTIONARIO:

1. En cuanto que una persona muestra signos de alteración mental, debería ser ingresada en el hospital.

2. Se debería gastar más dinero de los fondos estatales en el cuidado y tratamiento de las personas con enfermedades mentales.

3. Las personas con enfermedades mentales se deberían mantener aisladas de la comunidad.

4. La mejor terapia para muchas personas con enfermedades mentales es formar parte de la comunidad.

5. Una enfermedad mental es una enfermedad como cualquier otra.

6. Las personas con enfermedades mentales representan una carga para la sociedad.

7. Las personas con enfermedades mentales son menos peligrosas de lo que supone la mayoría de la gente.

8. La ubicación de servicios de salud mental en zonas residenciales degradó el barrio.

9. Las personas con enfermedades mentales tienen algo que las hace fácil distinguirlas de las personas normales.

10. Las personas con enfermedades mentales han sido objeto de burlas durante demasiado tiempo.
11. Una mujer sería tonta si se casa con un hombre que ha padecido una enfermedad mental, incluso cuando éste parezca estar totalmente recuperado.
12. Siempre que sea posible los servicios de salud mental deberían ser ofrecidos a través de centros en la comunidad.
13. Se debería dar menos importancia a proteger a la población de las personas con enfermedad mental.
14. Gastar más en servicios de salud mental es un despilfarro de dinero público.
15. Nadie tiene derecho a excluir a las personas con enfermedades mentales de su barrio.
16. El hecho de tener personas con enfermedades mentales viviendo en comunidades residenciales puede ser una buena terapia, pero los riesgos para los residentes son demasiado grandes.
17. Las personas con enfermedades mentales necesitan el mismo control y disciplina que un niño.
18. Necesitamos adoptar una actitud mucho más tolerante en nuestra sociedad hacia las personas con enfermedades mentales.
19. No me gustaría vivir a lado de una persona que ha padecido una enfermedad mental.
20. Los residentes deberían aceptar la ubicación de servicios de salud mental en sus barrios para cubrir las necesidades de la comunidad local.
21. Las personas con enfermedades mentales no deberían ser tratados como marginados sociales.
22. Hay suficientes servicios para las personas con enfermedades mentales.
23. Se debería motivar a las personas con enfermedades mentales a asumir las responsabilidades de una vida normal.
24. Los residentes tienen buenos motivos para oponerse a la ubicación de servicios de salud mental en sus barrios.
25. La mejor manera de tratar a personas con enfermedades mentales es mantenerlos bajo llave.
26. Nuestros hospitales parecen más cárceles que sitios donde se puede cuidar de las personas con enfermedades mentales.
27. Cualquier persona con historia de problemas mentales debería estar excluida de asumir un trabajo público.
28. La ubicación de servicios de salud mental en zonas residenciales no representa ningún peligro para los residentes.
29. Los hospitales para enfermedades mentales representan un tipo de tratamiento obsoleto.
30. Las personas con enfermedades mentales no merecen nuestra comprensión.
31. No deberían negarse sus derechos como individuos a las personas con enfermedades mentales.
32. Los centros de salud mental deberían estar fuera de barrios residenciales.

33. Una de las principales causas de la enfermedad mental es la falta de autodisciplina y de fuerza de voluntad.
34. Tenemos la responsabilidad de proporcionar el mejor cuidado posible a las personas con enfermedades mentales.
35. No se puede dar ninguna responsabilidad a las personas con enfermedades mentales.
36. Los residentes no tienen nada que temer de personas que vienen a sus barrios para ser atendidos en los servicios de salud mental.
37. Prácticamente cualquier persona puede sufrir una enfermedad mental.
38. Es mejor evitar a cualquier persona que tenga problemas mentales.
39. En la mayoría de los casos, se puede confiar en mujeres que han sido pacientes en hospitales de enfermedades mentales como canguros.
40. Asusta pensar en personas con problemas mentales viviendo en barrios residenciales.

AUTORITARISMO:

1. En cuanto una persona muestra signos de alteración mental, debería ser ingresada en el hospital.
5. Una enfermedad mental es una enfermedad como cualquier otra.
9. Las personas con enfermedades mentales tienen algo que las hace fácil distinguirlas de las personas normales.
13. Se debería dar menos importancia a proteger a la población de las personas con enfermedad mental.
17. Las personas con enfermedades mentales necesitan el mismo control y disciplina que un niño.
21. Las personas con enfermedades mentales no deberían ser tratados como marginados sociales.
25. La mejor manera de tratar a personas con enfermedades mentales es mantenerlos bajo llave.
29. Los hospitales para enfermedades mentales representan un tipo de tratamiento obsoleto.
33. Una de las principales causas de la enfermedad mental es la falta de autodisciplina y de fuerza de voluntad.
37. Prácticamente cualquier persona puede sufrir una enfermedad mental.

BENEVOLENCIA:

2. Se debería gastar más dinero de los fondos estatales en el cuidado y tratamiento de las personas con enfermedades mentales.
6. Las personas con enfermedades mentales representan una carga para la sociedad.
10. Las personas con enfermedades mentales han sido objeto de burlas durante demasiado tiempo.
14. Gastar más en servicios de salud mental es un despilfarro de dinero público.
18. Necesitamos adoptar una actitud mucho más tolerante en nuestra sociedad hacia las personas con enfermedades mentales.

22. Hay suficientes servicios para las personas con enfermedades mentales.

26. Nuestros hospitales parecen más cárceles que sitios donde se puede cuidar de las personas con enfermedades mentales.

30. Las personas con enfermedades mentales no merecen nuestra comprensión.

34. Tenemos la responsabilidad de proporcionar el mejor cuidado posible a las personas con enfermedades mentales.

38. Es mejor evitar a cualquier persona que tenga problemas mentales.

RESTRICCIÓN SOCIAL:

3. Las personas con enfermedades mentales se deberían mantener aisladas de la comunidad.

7. Las personas con enfermedades mentales son menos peligrosas de lo que supone la mayoría de la gente.

11. Una mujer sería tonta si se casa con un hombre que ha padecido una enfermedad mental, incluso cuando éste parezca estar totalmente recuperado.

15. Nadie tiene derecho a excluir a las personas con enfermedades mentales de su barrio.

19. No me gustaría vivir a lado de una persona que ha padecido una enfermedad mental.

23. Se debería motivar a las personas con enfermedades mentales a asumir las responsabilidades de una vida normal.

27. Cualquier persona con historia de problemas mentales debería estar excluida de asumir un trabajo público.

31. No deberían negarse sus derechos como individuos a las personas con enfermedades mentales.

35. No se puede dar ninguna responsabilidad a las personas con enfermedades mentales.

39. En la mayoría de los casos, se puede confiar en mujeres que han sido pacientes en hospitales de enfermedades mentales como canguros.

IDEOLOGÍA DE SALUD MENTAL COMUNITARIA:

4. La mejor terapia para muchas personas con enfermedades mentales es formar parte de la comunidad.

8. La ubicación de servicios de salud mental en zonas residenciales degrada el barrio.

12. Siempre que sea posible los servicios de salud mental deberían ser ofrecidos a través de centros en la comunidad.

16. El hecho de tener personas con enfermedades mentales viviendo en comunidades residenciales puede ser una buena terapia, pero los riesgos para los residentes son demasiado grandes.

20. Los residentes deberían aceptar la ubicación de servicios de salud mental en sus barrios para cubrir las necesidades de la comunidad local.

24. Los residentes tienen buenos motivos para oponerse a la ubicación de servicios de salud mental en sus barrios.

28. La ubicación de servicios de salud mental en zonas residenciales no representa ningún peligro para los residentes.

32. Los centros de salud mental deberían estar fuera de barrios residenciales.

36. Los residentes no tienen nada que temer de personas que vienen a sus barrios para ser atendidos en los servicios de salud mental.

40. Asusta pensar en personas con problemas mentales viviendo en barrios residenciales.