



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

El estigma en las personas con trastorno mental grave: un estudio exploratorio.

The stigma in people with a serious mental illness: an exploratory study.

Autor

Sonia Huarte Balaguer

Director

Pedro José Ramos Villagrasa

Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo. Universidad de Zaragoza.
2018

*“Yo solo tengo una cosa más que decir,
espero que de cara al futuro
la gente abra un poco su mente...
y también su corazón”*

- Aportación de uno de los participantes del grupo focal realizado para el presente trabajo

AGRADECIMIENTOS

Tras haber llegado al final del proceso no quería dar por terminado este trabajo sin antes haber dado las gracias a todas las personas que de una manera u otra han hecho que este pudiese llevarse a cabo.

A los trabajadores sociales de la Fundación Rey Ardid que participaron en la realización de las entrevistas, por mostrar interés por la investigación, por tratarme con tanto cariño y por dedicar un espacio de su tiempo a entrevistarse conmigo.

A los participantes del grupo focal, usuarios del Centro de Rehabilitación y Apoyo Psicosocial de la Fundación Rey Ardid, quienes con tanta amabilidad me acogieron y quienes sin conocerme se mostraron de una manera tan abierta y sincera.

A Pedro, mi director de Trabajo de Fin de Grado, por su confianza en mí desde el primer momento, por su gran disposición por ayudarme y en definitiva por el gran apoyo que ha supuesto para mí durante todos estos meses.

Por último, a la gente con la que comparto mi día a día: a mi familia, a mis amigos y a mi pareja, por estar siempre apoyándome y dándome ánimos de manera incondicional.

ÍNDICE

ÍNDICE DE TABLAS	II
ÍNDICE DE FIGURAS	II
RESUMEN	III
ABSTRACT	III
1. INTRODUCCIÓN	1
2. MARCO TEÓRICO	4
2.1 SALUD MENTAL	4
2.2 EL ESTIGMA EN LA SALUD MENTAL	8
2.3 TRABAJO SOCIAL Y ESTIGMA EN SALUD MENTAL	11
3. METODO	14
3.1 MÉTODO Y ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN	14
3.2 CONTEXTO DEL ESTUDIO	14
3.3 PARTICIPANTES	15
3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	15
3.5 PROCEDIMIENTO	17
3.6 ANÁLISIS	17
4. RESULTADOS OBTENIDOS	22
4.1 A PARTIR DE LAS ENTREVISTAS	22
4.2 RESULTADOS OBTENIDOS EN EL GRUPO FOCAL	32
5. CONCLUSIONES	35
6. BIBLIOGRAFÍA	38
7. ANEXOS	42
7.1 ANEXO I	42
7.2 ANEXO II	43
7.3 ANEXO III	44
7.4 ANEXO IV	46
7.5 ANEXO V	47
7.6 ANEXO VI	48

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Relación entre objetivos, muestra y estrategia llevada a cabo	16
Tabla 2: Categorización entrevistas.....	19
Tabla 3: Categorización grupo focal	21
Tabla 4: Resultados “Estereotipos asociados a personas con trastorno mental grave”	22
Tabla 5: Resultados “Ámbitos en los que se manifiesta el estigma”	23
Tabla 6: Colectivos a los que deberían dirigir las acciones en contra del estigma.....	25

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Diagrama de Gantt	2
Figura 2: Objetivos propuestos	3
Figura 3: Relación entre estereotipo, prejuicio y discriminación.....	9
Figura 4: Intervenciones contra el estigma	12

RESUMEN

El presente Trabajo de Fin de Grado es una investigación sobre el estigma en las personas con trastorno mental grave (TMG). Para realizar la investigación se hizo una revisión bibliográfica, se entrevistó a trabajadores sociales de la Fundación Rey Ardid y se formó un grupo focal cuyos participantes fueron usuarios de la Fundación diagnosticados con TMG. Por un lado, con la revisión bibliográfica se pudo contextualizar la investigación y conocer la dimensión social de la enfermedad mental. Por otro lado, la información derivada de las entrevistas y del grupo focal contribuyó a conocer cómo afecta el estigma a las personas con TMG así como se recogieron experiencias relacionadas con el estigma vividas por este colectivo. Además, la investigación permitió conocer el papel del trabajador social en las intervenciones que se realizan para ayudar a combatir el estigma y cuál es la labor de la Fundación Rey Ardid para tal propósito.

Palabras clave: Salud Mental, Enfermedad mental, Trastorno Mental Grave, Estigma, Trabajo Social.

ABSTRACT

The present final degree project is an investigation about the stigma in people with a serious mental illness (SMI). To carry out the research what was done was a literature review, social workers of the Rey Ardid Foundation were interviewed, as well as was created a focus group whose participants were users of the Foundation diagnosed with SMI. On the one hand, with the literature review the research could be contextualized and know the social dimension about the mental illness. On the other hand, the information derived from the interviews and from the focus group contributed to know how stigma affects people with SMI as well as experiences related to the stigma lived by this collective were collected. Beside, the research allowed know the paper of the social worker in the interventions that are made to help fight versus the stigma and what is the work of the Foundation Rey Ardid for such purpose.

Key words: Mental Health, Mental Illness, Serious mental disorder, Stigma, Social Work.

1. INTRODUCCIÓN

Vivimos en una sociedad en la que las personas que padecen una enfermedad mental, además de las dificultades derivadas de la propia enfermedad, tienen que soportar una dificultad añadida: la estigmatización y discriminación que se adscribe a la enfermedad mental. Este estigma influye de manera muy negativa en este colectivo y repercute de manera directa en el transcurso de su enfermedad.

Si echamos la vista atrás, las personas que han padecido enfermedades mentales han sido durante muchos años personas marginadas de la sociedad e incluso han sido concebidas como personas poseídas, embrujadas o endemoniadas, recibiendo un trato completamente deshumanizado en instituciones tales como cárceles, asilos, hospitales o manicomios. Han ido pasando los años y esta situación ha cambiado notoriamente, pero todavía a día de hoy siguen estando presentes en la sociedad estereotipos o estigmas asociados a estas personas.

Las personas que padecen una enfermedad mental son un colectivo que requiere una atención personalizada, abordada no solo desde un enfoque médico o psicológico, sino también desde un enfoque social, y desde una perspectiva multidisciplinar. Entraría aquí en juego la práctica de los trabajadores sociales, que trabajan junto con psiquiatras, psicólogos, educadores sociales, terapeutas ocupacionales, etc.

El motivo por el que he decidido centrar este Trabajo de Fin de Grado (TFG) en este tema ha sido porque durante toda mi formación universitaria me ha interesado el ámbito de la salud mental y ello me ha motivado a realizar las prácticas externas en la Unidad de Rehabilitación de Media Estancia Profesor Rey Ardid, donde he podido conocer de manera más cercana a pacientes con un trastorno mental grave (TMG) y donde he podido sentir y comprobar la gran discriminación y estigma que posee este colectivo en nuestra sociedad.

Planificación del TFG

A continuación se muestra un Diagrama de Gantt en el que aparecen las tareas y el periodo de tiempo en que se han realizado. En color verde se muestran las actividades realizadas cuando estaba previsto y en rojo se mostrarían las actividades que no se han realizado en el tiempo previsto. Como puede observarse, todas las tareas se han realizado en el tiempo previsto.

1. INTRODUCCIÓN

Figura 1:
Diagrama De Gantt

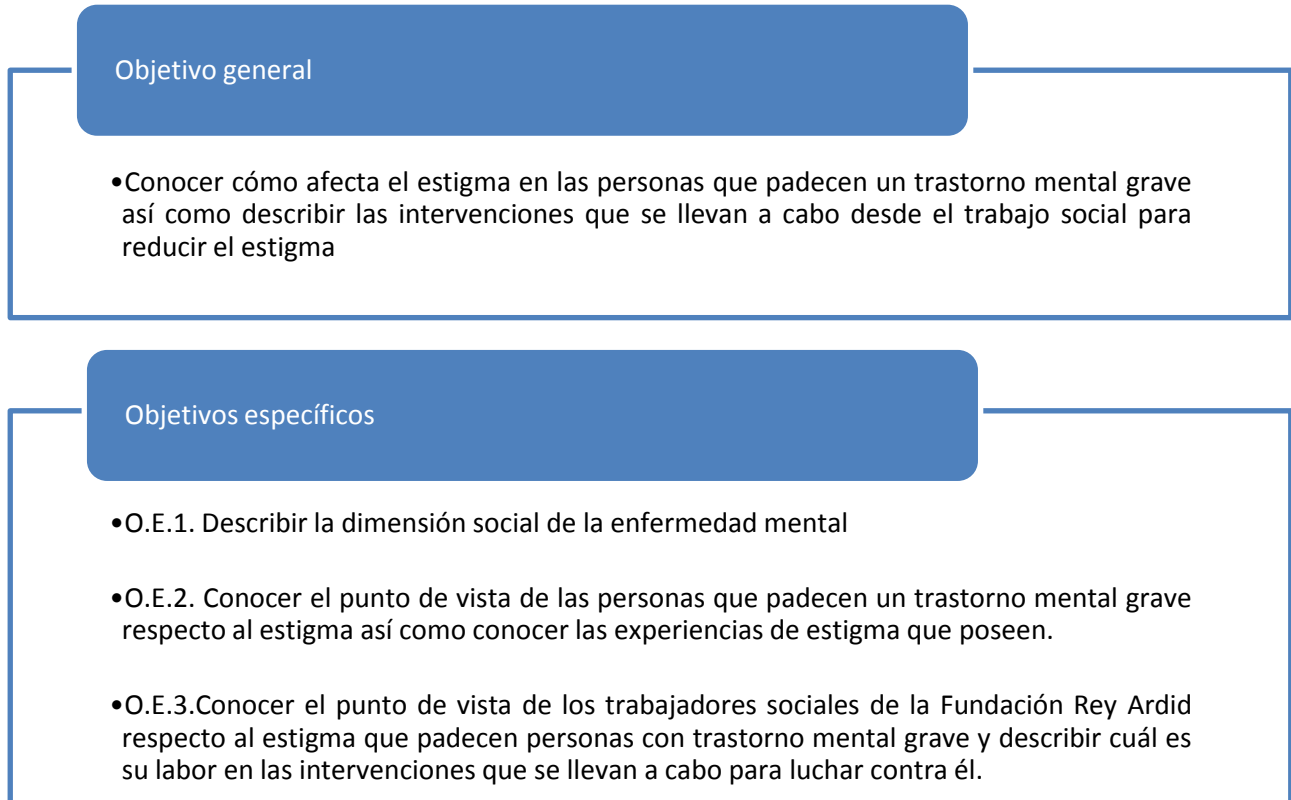
TAREAS	TIEMPO DEDICADO (SEMANAS)																			
	FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Primera reunión TFG			■																	
Búsqueda bibliográfica			■	■	■	■														
Elaboración del marco teórico					■	■	■	■	■	■										
Diseño de la investigación										■	■	■	■	■						
Contactar con los centros															■					
Diseño de entrevistas															■	■				
Diseño de <i>focus group</i>															■	■				
Realización de entrevistas																■	■			
Realización del grupo focal																	■			
Análisis de los datos																	■	■	■	
Elaboración de resultados obtenidos																		■	■	■
Discusión y conclusiones																			■	■
Maquetación final																				■
Última tutoría TFG																				■
Depósito del TFG																				■

1. INTRODUCCIÓN

Objetivos propuestos

El presente TFG persigue un objetivo general que se concreta en una serie de objetivos específicos que se muestran en la Figura 2.

Figura 2:
Objetivos propuestos



Para alcanzar estos objetivos el TFG se articula en cuatro capítulos. En el primero se aborda el marco teórico y en él se construye la base sobre la que se sustentará el TFG. Dicho marco teórico se divide en tres subapartados: (1) salud mental, (2) el estigma en la salud mental y (3) trabajo social y estigma en salud mental. En segundo lugar se muestra el método llevado a cabo en la investigación así como se expone el procedimiento y el análisis. En el tercer capítulo se muestran los resultados obtenidos y en el cuarto se exponen las conclusiones. El penúltimo capítulo muestra las referencias bibliográficas utilizadas y en el último se adjuntan los anexos.

2. MARCO TEÓRICO

En primer lugar, se exponen en este capítulo aspectos acerca de la salud mental como qué es la salud mental, la enfermedad mental, el trastorno mental grave (TMG) así como se aborda el concepto de salud mental desde diferentes perspectivas: biomédica, psicológica así como social. En segundo lugar, se aborda el estigma en el ámbito concreto de la salud mental, y por último se presenta la relación entre Trabajo Social y estigma en salud mental.

2.1 SALUD MENTAL

2.1.1 Concepto de salud mental

A lo largo de la historia se han planteado modelos de salud que han ido evolucionando con el tiempo. 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. Engel (1977), hizo una crítica al reduccionismo 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). Actualmente se sigue la propuesta de la Organización Mundial de la Salud, que en 1948 estableció que la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (OMS, 1948).

Así, centrándonos en la salud mental y parafraseando a la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013), la salud mental es un estado de bienestar que permite al individuo afrontar las situaciones normales de la vida y desarrollarse de forma efectiva en su comunidad.

2.1.2 Concepto de enfermedad mental

Los términos “trastorno mental” y “enfermedad mental” pueden generar controversia y es común que en ocasiones no se utilicen de manera adecuada, sino que más bien se utilicen para designar lo mismo. Parafraseando a Caballero (2007), el término “enfermedad” hace referencia a aquellos procesos patológicos en los que la pérdida de la salud tiene una causa orgánica conocida. El término “trastorno” se utiliza siempre que exista una alteración de la salud de cualquier tipo, independientemente de si la causa por la que el estado de salud ha empeorado tiene como origen una alteración somática.

Aranda y Royo (2016) defienden que puede considerarse enfermedad a la ausencia o alteración de salud, mientras que un trastorno es una alteración de la salud que se asocia a una patología mental o a alteraciones de los procesos cognitivos. De acuerdo con la Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y personas con enfermedad mental (FEAFES), la enfermedad mental es una alteración de tipo emocional, cognitiva y/o del comportamiento, en que quedan afectados procesos psicológicos básicos como la emoción, la motivación, la cognición, la conciencia, la conducta, la percepción, la sensación, el aprendizaje, el lenguaje, etc. Esto dificulta a la persona su adaptación al entorno cultural y social en que vive y crea alguna forma de malestar subjetivo (FEAFES, 2008).

2. MARCO TEÓRICO

2.1.3 Concepto de Trastorno Mental Grave (TMG)

Cuando nos referimos a trastornos mentales podemos distinguir dos grandes bloques que ya en 1924 mencionó Freud en su obra. Dichos términos son psicosis y neurosis (Freud, 1924, citado por Freud, 1996). Por un lado, el término neurosis hace referencia a los trastornos de ansiedad. Por otro lado, el término psicosis se refiere al conjunto de trastornos mentales que se caracterizan por la pérdida de contacto con la realidad. Dentro de los trastornos psicóticos podemos encontrar los trastornos esquizofrénicos, esquizoafectivos, bipolares, paranoides, depresiones mayores, trastornos obsesivos compulsivos, trastornos de personalidad graves y trastornos neuróticos graves (Béjar et al., 2003).

Para que una persona sea diagnosticada con alguno de estos trastornos deben cumplirse una serie de requisitos: que exista una persistencia de la enfermedad como mínimo durante dos años y que la enfermedad genere en la persona graves dificultades en el funcionamiento personal y social (Sistema de Salud, 2012), que detallaremos más adelante.

Aunque a lo largo de la historia se ha intentado establecer una definición consensuada y homogénea que defina el trastorno mental grave (TMG), no se ha llegado a una definición que sea totalmente válida. La definición que más consenso tuvo fue la formulada por el Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos (NIMH) en 1987, que define a las personas que padecen un TMG 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” (1987).

Siguiendo a Pinilla (2015), el concepto de TMG engloba una serie de entidades nosológicas que nos permiten clasificar los diferentes trastornos mentales graves. Dichas entidades tienen en común criterios de gravedad y persistencia en el tiempo, con tendencia al deterioro y que alteran las relaciones personales.

La definición de TMG que nos brinda el NIMH atribuye al TMG tres dimensiones que lo definen: criterios diagnósticos, duración de la enfermedad y del tratamiento y por último presencia de discapacidad (Gisbert, 2003). A continuación se desglosan cada una de dichas dimensiones.

Respecto a los criterios diagnósticos se incluirá como personas con TMG aquellas que cumplan como mínimo una de las siguientes categorías diagnósticas de la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10 (OMS, 2003):

- Trastornos esquizofrénicos
- Trastorno esquizotípico
- Trastornos delirantes persistentes
- Trastornos delirantes inducidos
- Trastornos esquizoafectivos
- Otros trastornos psicóticos no orgánicos
- Trastorno bipolar
- Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos
- Trastornos depresivos graves recurrentes
- Trastorno obsesivo compulsivo

2. MARCO TEÓRICO

La segunda dimensión a tener en cuenta es la duración de la enfermedad y del tratamiento, debiendo ser siempre el tiempo superior a dos años, a excepción de existir un deterioro progresivo y marcado en el funcionamiento en los últimos seis meses (NIHM, 1987).

Por último, la presencia de discapacidad también se tiene en consideración. Siguiendo al NIHM (1987), una persona con discapacidad posee limitaciones funcionales en actividades importantes de la vida, y además incluye dos o más de los siguientes criterios de manera continua o intermitente: (1) desempleo, o empleo protegido o apoyado, habilidades claramente limitadas o historia laboral pobre, (2) necesidad de apoyo económico público para mantenerse fuera del hospital y es posible que precise apoyo para procurarse dicha ayuda; (3) dificultades para establecer o mantener sistemas de apoyo social personal, (4) necesidad de ayuda en habilidades de la vida diaria, como higiene, preparación de alimentos o gestión económica; y (5) conducta social inapropiada que determina la intervención del Sistema de Salud Mental o del Sistema Judicial.

A pesar de que exista consenso en cuanto a estos criterios, otros investigadores proponen ampliarlos teniéndose también en cuenta otros criterios tales como la funcionalidad, el grado de autonomía, la edad de comienzo de la enfermedad, la conciencia de enfermedad, la falta de *insight*, el nivel de formación así como el apoyo familiar y social entre otros (Conejo et al, 2014).

2.1.4 La salud mental desde una perspectiva biomédica, psicológica y social.

El concepto de salud mental es muy amplio y debe abordarse desde un enfoque biopsicosocial. A continuación se muestra un abordaje desde las tres perspectivas de este enfoque: biomédica, psicológica y social.

➤ La salud mental desde una perspectiva biomédica

Parafraseando a Restrepo y Jaramillo (2012), el enfoque biomédico de la salud mental va de la mano de la tradición biologicista y empirista de la medicina occidental. La enfermedad sería por consiguiente el producto de factores anatómicos o fisiológicos que interfieren en el funcionamiento orgánico. En esta línea podría definirse la salud mental haciendo alusión a procesos biológicos por lo que aspectos tales como la personalidad, el comportamiento, las emociones o los pensamientos estarían determinados únicamente por causas físicas y, en palabras de Guze (1989, citado por Restrepo y Jaramillo, 2012), el funcionamiento psicológico vendría determinado por la manifestación de desórdenes en los procesos cerebrales.

Este modelo ha cambiado en las últimas décadas y numerosos autores lo han criticado proponiendo otras concepciones de la salud mental que tienen en cuenta otros factores además de los biológicos: factores psicológicos, sociales, culturales, políticos o económicos entre otros.

➤ La salud mental desde una perspectiva psicológica

Cuando en Psicología se hace referencia a la salud mental, este concepto se entiende como un “estado relativamente perdurable en el cual la persona se encuentra bien adaptada, siente gusto por la vida y está logrando su autorrealización. Es un estado positivo y no la mera ausencia de trastornos mentales” (Carrazana, 2002).

2. MARCO TEÓRICO

Existe una clasificación universal de trastornos mentales, reconocida por la OMS: el DSM-V (del inglés *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), creado por la Asociación Americana de Psiquiatría. Así mismo, también podemos encontrar la CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades), en este caso escrita en Europa por la OMS. Por un lado, el DSM-V se trata de un sistema de clasificación psicopatológica que incluye un diagnóstico multiaxial formado por tres ejes: (1) trastornos mentales, trastornos de la personalidad, retraso mental y enfermedades médicas, (2) alteración del funcionamiento y (3) otras condiciones que puedan ser objeto de atención clínica. Por otro lado, el CIE-10 recoge tres ejes de evaluación: (1) eje clínico, (2) discapacidad social y (3) factores ambientales y relativos al estilo de vida.

Tal y como plantean Echeburúa, Salaberria y Cruz-Sáez (2014), muchos autores se cuestionan la validez del DSM aun siendo el sistema clasificatorio referente en la salud mental. Dichos criterios engloban a pacientes con un mismo diagnóstico pero que poseen perfiles sintomáticos de lo más variados por lo que esta clasificación presenta numerosas limitaciones.

➤ La salud mental desde una perspectiva social

La perspectiva ecológica pretendía sustituir la idea de que la salud estaba únicamente condicionada por factores biológicos y proponía tener en cuenta también la dimensión social. Fueron numerosos autores quienes defendieron este modelo en el que, como afirmaban Miranda y Garcés (2015), “la salud sería el resultado final de componentes como la biología humana, el medio ambiente, el estilo de vida y la atención sanitaria” (2015, p.21)..

Centrándonos más específicamente en la salud mental, los factores sociales están constituidos por la actuación que ejerce el contexto social y ambiental sobre el individuo, lo que influye en la aparición y desarrollo de las enfermedades mentales (Hernández, 2013).

A continuación se analiza, siguiendo a Seoane (2005), los orígenes sociales de la salud mental, remontándonos desde el siglo XVIII en adelante.

En el siglo XVIII comenzó a iniciarse un nuevo orden urbano, ya no tan orientado a la vida campesina sino a una organización social más racional por lo que se produjeron importantes cambios sociales que requerían de adaptación social y que producían en numerosas ocasiones marginación, conflictos sociales, enfermedades sociales así como generaban prejuicios entre razas y culturas distintas.

Durante esta época los teóricos sociales se preocuparon por la repercusión que generaba lo social en la concepción de la salud mental. Durkheim, por ejemplo, hizo importantes aportaciones en el ámbito psiquiátrico y de la salud mental ya que estudió el suicidio y la anomia en base a características sociales externas al individuo.

De nuevo siguiendo a Seoane (2005), en 1969 aparece la segunda edición del *Handbook of Social Psychology*, en el cual se dedica un capítulo específico a la psicología social de la salud mental. En el siglo XX comenzaron a realizarse investigaciones acerca de las actitudes y opiniones que la sociedad tenía sobre la enfermedad mental para estudiar las características sociales, las preconcepciones y prejuicios, los estereotipos y estigmas, que incidían sobre las personas a las que se etiquetaba como mentalmente enfermas.

2. MARCO TEÓRICO

La década de los años 70 estaba caracterizada, según Garcés (2010), por una precariedad de recursos sociales en España. La asistencia psiquiátrica todavía no estaba incluida como una prestación sanitaria de la seguridad social y predominaba en el sistema psiquiátrico una organización manicomial. Siguiendo a Giménez (2012), durante los años 80 surgió en España una reforma en la atención psiquiátrica que supuso importantes transformaciones en la estructura organizativa del sistema general de salud. Algunos de los resultados fueron “el desarrollo de una nueva estructura organizativa de servicios para la enfermedad mental; la integración de la atención a estos pacientes en el sistema general de salud; la creación de una amplia red de centros de salud mental; la aprobación y adopción de medidas legislativas dirigidas a mejorar los derechos civiles y legales de los pacientes; y por último, la promoción de actitudes más positivas hacia la enfermedad mental y su tratamiento” (Gimenez, 2012, p. 26).

En los años 80 se produjo, parafraseando a Garcés (2010) un cambio en la concepción del enfermo mental pasando a ser una persona con derechos y obligaciones que requiere de una intervención técnica, psicológica y social.

La conferencia de Alma Ata (1978) reconoció la salud como un objeto social prioritario que requería de la acción de actores sociales, políticos y económicos.

Fue en 2006 cuando se determina en España la cartera de servicios comunes al Sistema Nacional de Salud, mediante el Real Decreto 1030/2006 de 15 de septiembre en el que se especifican de manera más amplia las prestaciones ligadas a la atención a la salud mental y la asistencia psiquiátrica, definiéndose la cartera de servicios comunes de salud mental dentro de la Atención Especializada.

Para atender los problemas de salud mental entran en escena disciplinas que se encargan de abordar la dimensión social de la salud mental. En este caso haremos una especial mención al trabajo social, que siguiendo a Seva Diaz (1979), citado por Miranda (2015), es el portador de la dimensión social de la enfermedad.

2.2 EL ESTIGMA EN LA SALUD MENTAL

Históricamente, el término estigma ha ido evolucionando y ha sido cambiante en el tiempo. En 1963, Goffman puso de manifiesto que la sociedad categoriza a las personas y las relaciona con atributos que se perciben como corrientes y naturales de modo que “es probable que al encontrarnos frente a un extraño las primeras apariencias nos permitan prever en qué categoría se halla y cuáles son sus atributos, es decir, su identidad social” (Goffman, 1963, p.12). De este modo, estaríamos anticipándonos a la realidad y atribuyendo a la persona una identidad a la que Goffman denominó “identidad social virtual”. Si las expectativas que tenemos no coinciden con la realidad dejaremos de verlo “como una persona total y corriente para reducirlo a un ser inficionado y menospreciado” (Goffman, 1963, p.12). El término de estigma se utilizará para hacer referencia a un atributo profundamente devaluador y desacreditador, el cual degrada y rebaja a la persona portadora del mismo.

En 1984, Jones et al. (1984) proponen que el estigma es un atributo que vincula a la persona con características indeseables, es decir, con estereotipos. Más adelante, en 1998, Croker, Major y Steele ponen de manifiesto el contenido sociológico del estigma considerando que los individuos que poseen

2. MARCO TEÓRICO

estigma tienen algún atributo o característica que implica una identidad social que es devaluada en contexto social particular (Crocker, Major y Steele, 1998, p.505, citado por Hogg y Vaughan, 2008).

Para Ottati, Bodenhausen, y Newman (2005), el estigma se manifiesta en tres aspectos del comportamiento social: los estereotipos, los prejuicios y la discriminación. Es decir, el estigma está formado por tres esferas: la cognitiva (estereotipo), la emocional (prejuicio) y la conductual (discriminación). Destacar que los estereotipos generan prejuicios y éstos a su vez generan discriminación. A continuación se muestra un esquema que muestra la relación entre estereotipo, prejuicio y discriminación.

Figura 3:

Relación entre estereotipo, prejuicio y discriminación. Fuente: elaboración propia



Por un lado, parafraseando a Baron y Byrne (2005), los estereotipos son creencias o actitudes que se refieren a las características o rasgos que tienen en común los miembros de grupos sociales específicos. Funcionan como marcos cognitivos de modo que dichas actitudes hacen que se mantengan los prejuicios y nos ahorran un esfuerzo cognitivo y mental influyendo en el procesamiento de la información social que recibimos. Por otro lado, siguiendo de nuevo a Baron y Byrne (2005), los prejuicios son generalmente actitudes negativas hacia los miembros de algún grupo basados exclusivamente a la pertenencia a dicho grupo. Es decir, una persona que tenga prejuicios hacia un determinado grupo social evaluará a los miembros de este grupo simplemente en razón de la pertenencia a este grupo. El prejuicio incluye sentimientos o emociones negativas que experimentan las personas que tienen prejuicios cuando se ven expuestas o piensan en los grupos que les desagradan (Bodenhausen, Kramer y Susser, 1994; Vanman et al., 1997, citado por Baron y Byrne, 2005). Para finalizar, destacar que la discriminación “se refiere a acciones negativas hacia grupos que son víctimas del prejuicio” (Baron y Byrne, 2005, p.217).

Uno de los colectivos que en la actualidad se encuentra muy estigmatizado y cuyo análisis es centro del presente trabajo es el de las personas que padecen un problema grave de salud mental.

Siguiendo a Garcés (2010), el enfoque de la salud mental no solo se limita a la enfermedad mental y a su tratamiento clínico, sino que el equipo en salud mental trabaja también en rehabilitación y reinserción social. En esta línea, la lucha por acabar con el estigma entraría dentro de las funciones del equipo en salud mental.

Según la Confederación de Salud Mental de España (2015), el principal estereotipo que se asocia a los problemas de salud mental está relacionado con la violencia y/o la agresividad.

En la actualidad, el modo en que los medios de comunicación transmiten información relacionada con episodios puntuales de violencia en los que el agresor es una persona con trastorno mental puede influir en

2. MARCO TEÓRICO

la manera en que la gente ve a las personas que padecen este tipo de trastornos. Es pues muy común que se atribuyan al trastorno mental etiquetas tales como “violentos”, “agresivos” o “peligrosos”, produciéndose entonces un rechazo hacia este colectivo.

Lee (2012), considera que el estigma alrededor de la enfermedad mental es un fenómeno global que tiene un impacto importante sobre el acceso a los servicios de salud y en el desempeño social y laboral de los pacientes. En definitiva, los estereotipos, prejuicios y discriminaciones asociadas a la enfermedad mental pueden privar a quienes la padecen de oportunidades que pueden resultar esenciales para el logro de sus objetivos vitales, especialmente aquellos que tienen que ver con su independencia económica y personal (Corrigan y Kleinlein, 2005).

Es importante mencionar el problema que supone para las personas estigmatizadas el autoestigma o estigma percibido. Según el Fórum de entidades aragonesas de salud mental (2017) el estigma en las personas con enfermedad mental genera la aparición de auto-prejuicios, que conduce a dichas personas al auto-aislamiento social, o a la limitación de los contactos sociales con otras personas que también padecen enfermedad mental, lo que desemboca en la marginalización, perpetuando el ciclo del estigma. Las personas llegan a internalizar tanto la discriminación que sufren que incluso, en palabras de Garay, Pousa y Pérez (2014), son ellos mismos quienes tienen prejuicios contra ellos mismos y tienden a estar de acuerdo con los estereotipos típicos que se asocian con el trastorno mental que padecen.

Estudios como el de Livingston y Boyd (2010) nos desvelan datos como que son las variables psicosociales las que se relacionan significativamente y generalmente de manera inversa con el autoestigma. Dichas variables serían la esperanza, el autoestima, el empoderamiento, la autoeficacia, la calidad de vida o variables sociales tales como el apoyo o la integración social entre otras.

Otros estudios como el de Ritsher y Phelan (2004) muestran que el autoestigma es uno de los principales obstáculos con los que se encuentran las personas que padecen un TMG dado que dificulta el correcto desarrollo e integración de estas personas. Existe un gran porcentaje de personas afectadas por problemas de salud mental que piensa que por el hecho de padecer un trastorno mental van a ser desvalorizadas y discriminadas (Markowitz, 1998; Ritsher y Phelan, 2004; Muñoz et al., 2009, citado por Brea y Gil, 2016). El estigma percibido está asociado con la vivencia del estigma experimentado presente en aquellas personas que refieren haber vivido en primera persona experiencias estigmatizadoras (Muñoz et al., 2009, citado por Brea y Gil, 2016).

Siguiendo a Caballero, López y Luque-Romero (2014), el autoestigma limita el desempeño ocupacional de la persona y por tanto perjudica y obstaculiza su recuperación produciendo que la persona se crea incapaz, niegue la posibilidad de trabajar, deje de cuidarse o no trate de llevar una vida lo más satisfactoria y plena posible.

Existe pues una necesidad de trabajar el problema que el autoestigma genera en las personas que padecen trastorno mental. Corrigan et al. (2011) proponen que una estrategia para disminuir el estigma internalizado o autoestigma son los "programas de empoderamiento personal". Tal y como proponen Mascayano, Franco, Lips y Manchego (2015), también existen intervenciones individuales a través de la terapia cognitivo-conductual que van dirigidas a personas con estigma internalizado que se realizan con el

2. MARCO TEÓRICO

objetivo de aumentar el autoestima, la autoeficacia, el bienestar subjetivo así como reducir las creencias negativas asociadas a la enfermedad.

El trabajo social es una de las disciplinas desde las que pueden llevarse a cabo intervenciones para paliar el problema del estigma y sobre ellas se hablará en el capítulo dedicado a trabajo social y estigma en salud mental.

2.3 TRABAJO SOCIAL Y ESTIGMA EN SALUD MENTAL

Actualmente el trabajo social en la salud mental es una disciplina que interviene de manera multidisciplinar junto con otros profesionales tales como psiquiatras, psicólogos, enfermeros o terapeutas ocupacionales entre otros procurando la integración de las diferentes disciplinas (Barg, 2006). Los trabajadores sociales atienden a toda la población adscrita al dispositivo de atención de salud mental. Por consiguiente, son profesionales formados y preparados para atender las problemáticas que presentan las personas con enfermedades mentales, proporcionándoles apoyo psicosocial, y su papel es fundamental en el tratamiento de éstos. Una de estas problemáticas es el estigma que poseen las personas que padecen un trastorno mental.

En palabras de Miranda (2015), todavía en el siglo XXI continúa existiendo el riesgo de marginación que se asocia a la enfermedad mental. La marginación se trata de un añadido a la enfermedad mental producto de la estructura social, de la ideología compartida, de las etiquetas, prejuicios y estereotipos. Es pues un aspecto ligado a lo cultural, a lo social y no a lo estrictamente biológico. Por consiguiente, es materia de actuación para los trabajadores sociales.

Tal y como comenta Abad (2012), los trabajadores sociales abordan el origen y la vivencia de los problemas, de modo que es preciso intervenir donde aparece la marginación, la exclusión, la discriminación y será allí donde también encontraremos enfermos mentales y sus familias sufriendo tanto las consecuencias de la propia enfermedad como el problema añadido que supone el rechazo. Son por consiguiente objeto de intervención de los trabajadores sociales aspectos como el estigma, los estereotipos o los prejuicios, los cuales predisponen a la sociedad al rechazo. Es preciso tener conocimiento de estos como punto de partida para obtener algún resultado o plantear la modificación de dichas actitudes negativas que implican sentimientos de rechazo o repudio (Abad, 2015).

El trabajador social, además de realizar una labor asistencialista, tal y como promulga la ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, también tiene competencias en materia de atención primaria de la salud. “La atención primaria es el nivel básico e inicial de atención, que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de toda la vida del paciente, actuando como gestor y coordinador de casos y regulador de flujos. Comprenderá actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, así como la rehabilitación física y el trabajo social” (Art. 12.1 Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud). Entrarían aquí en juego los aspectos relacionados con la prevención, la educación y la promoción para la salud.

La profesión de Trabajo Social promueve el cambio social y por consiguiente los trabajadores sociales tienen asignada la tarea de luchar contra la discriminación y la marginación de las personas a través de diferentes formas de lucha.

2. MARCO TEÓRICO

Tal y como indica Guillén (2012), podemos clasificar diversas intervenciones contra el estigma en función de a quién se dirijan. A continuación se muestra un esquema en el que se expone dicha clasificación:

Figura 4:
Intervenciones contra el estigma. Fuente: Elaboración propia a partir de Guillén (2012)



En concreto nos centraremos en las estrategias dirigidas a la población general y a los grupos diana, que según Arnaiz y Uriarte (2006); y López et al. (2009, citado por Abad, 2015) son algunas de las formas más eficaces de lucha contra la discriminación que genera el estigma en salud mental.

- **Protesta:** eliminar pensamientos estereotípicos y conductas discriminatorias puede conseguirse protestando contra declaraciones públicas, reportajes de medios de comunicación y anuncios que estigmatizan a los enfermos mentales. Se trata de un proceso que reduce las imágenes públicas estigmatizadoras de la enfermedad mental de modo que puede ayudar a reducir el comportamiento público estigmatizador pero no tiene tanta eficacia en cuanto a la promoción de nuevas actitudes positivas.

Un ejemplo que cita Abad (2012) es la Plataforma de Salud Mental de Aragón, que publicó en 2015 un Manifiesto por una atención de calidad y contra la discriminación de la salud mental en el sistema de salud de Aragón. En dicho manifiesto se critica las actitudes de los gobiernos frente a los enfermos mentales así como se denuncia la marginación y discriminación que sufren estas personas.

- **Educación:** la educación trata de disminuir el estigma proporcionando información verdadera. Como medios para llevar a cabo esta técnica destacar los libros, videos o cursos educativos sobre la enfermedad mental. Para que los programas educativos sean efectivos es preciso que sean de

2. MARCO TEÓRICO

larga duración y que en ellos se dé información y se discuta sobre diversos aspectos y que en ellos participen enfermos mentales.

- Contacto: el contacto con personas con enfermedad mental genera mejores resultados, sobre todo combinado con la educación genera una reducción del estigma mucho mayor. Además de reducir el estigma, el contacto genera actitudes más positivas. Investigaciones muestran que el contacto es una parte muy importante de la intervención.

Además de estas estrategias dirigidas a la población general y a grupos diana también existen otras tal y como se ha reflejado en Figura 5. Aunque no hablaremos específicamente acerca de cada una de ellas, destacar que tal y como comentaba Guillén (2012), combinar diversos tipos de estrategias puede generar mejores resultados.

A continuación se da paso a la parte empírica del trabajo en la que se lleva a cabo la investigación que tiene por finalidad cumplir los objetivos que habían sido planteados.

3. METODO

En este capítulo se expone el método y enfoque de la investigación así como se describe la entidad de referencia de la investigación: la Fundación Rey Ardid, y seguidamente se presenta a los participantes de la misma. Posteriormente se describen las técnicas e instrumentos utilizados así como el procedimiento que se ha realizado durante la investigación. Por último se muestra el análisis.

3.1 MÉTODO Y ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN

En enfoque de la investigación es de tipo cualitativo. La investigación cualitativa, siguiendo a Hernández, Baptista y Fernández (2010), “se enfoca a comprender y profundizar los fenómenos explorándolos desde la perspectiva de los participantes en un ambiente natural y en relación con el contexto. El enfoque cualitativo se selecciona cuando se busca comprender la perspectiva de los participantes (...) acerca de los fenómenos que los rodean, profundizar en sus experiencias, perspectivas, opiniones y significados, es decir, la forma en que los participantes perciben subjetivamente su realidad” (p.364).

Respecto al tipo de investigación, siguiendo a Alvira (1992), se trataría de una investigación exploratoria. Suelen realizarse este tipo de investigaciones cuando no se tiene conocimiento del tema que se va a abordar o se conoce muy poco sobre el mismo. El objetivo suele dirigirse a formalizar y hacer más riguroso un planteamiento teórico. Los estudios exploratorios pueden plantearse como estudios previos para delimitar mejor las hipótesis o conceptos teóricos de modo que constituiría realmente la primera etapa del proceso investigador.

Además de una investigación exploratoria, destacar que la presente investigación se trata de una investigación seccional según su alcance temporal, mixta si atendemos a las fuentes utilizadas, que en el caso de esta investigación se utilizaron tanto fuentes primarias como secundarias, y por último se trataría de una investigación de campo si nos fijamos en el campo de estudio.

3.2 CONTEXTO DEL ESTUDIO

La Fundación Ramón Rey Ardid es una entidad sin ánimo de lucro que atiende a personas y grupos con discapacidades en especial relacionadas con la salud mental. Atiende también a otros colectivos con dificultades para su integración social y/o laboral como infancia, juventud y personas mayores. Este sería pues el ámbito de actuación a nivel sectorial de la Fundación. A nivel territorial, la Fundación desarrolla sus actuaciones tanto en el territorio de la Comunidad Autónoma de Aragón como en otras comunidades autónomas ya que se encarga de la gestión de otros centros como el CREAP de Valencia o el Centro de Día de Alfaro (La Rioja).

La Fundación Rey Ardid trabaja en diversas áreas diferenciadas pero relacionadas entre sí, lo que permite diseñar itinerarios de atención y rehabilitación que favorezcan la integración de las personas con dificultades en un entorno social, vital y laboral normalizado. El área de salud mental tiene como finalidad atender a personas afectadas por un trastorno mental grave realizando actividades y servicios dirigidos a cubrir integralmente todas sus necesidades y buscando su integración social y laboral.

3. METODO

3.3 PARTICIPANTES

Para llevar a cabo la investigación se decidió realizar entrevistas a trabajadores sociales de la Fundación Rey Ardid así como se realizó un grupo focal cuyos participantes fueron usuarios del Centro de Rehabilitación y Apoyo Psicosocial (CRAP) de la misma Fundación. Se distinguen pues dos tipos de perfil:

- Trabajadores sociales que están ejerciendo su labor profesional en la Fundación Rey Ardid, de los cuales han participado un total de 7 trabajadores sociales en la realización de entrevistas individuales.
- Usuarios de la Fundación Rey Ardid diagnosticados con un trastorno mental grave, de los cuales participaron un total de 7 usuarios en el grupo focal.

3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Para llevar a cabo el TFG se han utilizado tanto fuentes secundarias, como es la revisión bibliográfica así como fuentes primarias, como lo son la realización de entrevistas y del grupo focal.

Respecto a las fuentes secundarias, su utilización ha sido primordial tanto para elaborar el marco teórico así como para conocer la dimensión social de la enfermedad mental, lo cual es imprescindible para lograr la consecución de uno de los objetivos específicos del TFG (O.E.1). Como fuentes secundarias destacar la búsqueda bibliográfica en bases de datos electrónicas tales como Google Académico, SCOPUS o Catálogo Roble.

La **revisión a través de la búsqueda bibliográfica** consiste, según Hernández, Baptista y Fernández (2010), en detectar consultar y obtener la bibliografía y otros materiales útiles para los propósitos del estudio, de los cuales se extrae y recopila información relevante y necesaria para el problema de investigación.

Como fuentes primarias se realizaron una serie de entrevistas así como se llevó a cabo un grupo focal. Esto nos permitió obtener información de primera mano que nos resultaría interesante para alcanzar los objetivos planteados.

La **entrevista** es “una forma específica de interacción social que tiene por objeto recolectar datos para una indagación. El investigador formula preguntas a las personas capaces de aportarle datos de interés, estableciendo un diálogo, donde una de las partes busca recoger informaciones y la otra es la fuente de esas informaciones (...)” (Rodríguez, Gil y García, 1996).

Siguiendo de nuevo a Hernández, Fernández y Baptista (2008), dichos autores establecen diferentes tipos de entrevistas: entrevistas estructuradas, entrevistas semiestructuradas y entrevistas abiertas. En nuestro caso, se trataría de una entrevista semiestructurada (Anexo 3, pág. 44) dado que, en este tipo de entrevistas el investigador se basa en una guía o listado de preguntas previamente preparadas pero también tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información sobre los temas deseados.

3. METODO

Para este TFG se llevaron a cabo un total de 7 entrevistas. Los entrevistados fueron trabajadores sociales de la Fundación Rey Ardid. La duración media de las mismas fue de 38 minutos y se registraron a través de grabación de voz.

El **grupo focal** siguiendo a Korman (1978) es una reunión de un grupo de individuos seleccionados para discutir y elaborar, desde su experiencia, una temática o hecho social objeto de una investigación elaborada.

El grupo focal llevado a cabo para este TFG se realizó en el Centro de Rehabilitación y Apoyo Psicosocial (CRAP) de la Fundación Rey Ardid, tuvo una duración de una hora y lo formaron 7 usuarios diagnosticados con TMG. Asistió también a la dinámica una trabajadora social de prácticas a la que se le dio impresa la dinámica de presentación así como el guión de temas (Anexos 4 y 5, pág. 46 y 47). A todos los participantes se les explicó en qué consistía la dinámica, el propósito de la investigación y el tratamiento que se iba a realizar de los datos. Todos ellos aceptaron participar en la investigación y que se grabase la reunión para su posterior transcripción y análisis.

Se muestra a continuación una tabla resumen en la que aparece la relación entre los objetivos a lograr y la muestra escogida así como la estrategia que se ha llevado a cabo para alcanzar dicho objetivo.

Tabla 1:
Relación entre objetivos, muestra y estrategia llevada a cabo. Fuente: Elaboración propia

OBJETIVO	MUESTRA	ESTRATEGIA
<u>O.Específico.1:</u> Describir la dimensión social de la enfermedad mental	-	Revisión bibliográfica
<u>O.Específico.2:</u> Conocer el punto de vista de las personas que padecen un trastorno mental grave respecto al estigma así como conocer las experiencias de estigma que poseen.	Personas con TMG	Grupo focal de 7 personas
<u>O.Específico.3:</u> Conocer el punto de vista de los trabajadores sociales de la Fundación Rey Ardid respecto al estigma y describir cuál es su labor en las intervenciones contra el estigma	Trabajadores sociales pertenecientes a la Fundación Rey Ardid que trabajan con personas con TMG	Entrevistas a 7 trabajadores sociales

Se elaboraron los consentimientos informados tanto para la realización de la entrevista (ver Anexo 1, pág. 42) como del grupo focal (ver Anexos 2 y 3, pág. 43 y 44). Tras haber realizado los consentimientos informados se diseñó la entrevista individual (ver Anexo 3, pág. 45) que se realizaría a cada uno de los trabajadores así como se diseñó el grupo focal (ver Anexos 4 y 5, pág. 46 y 47).

3. METODO

3.5 PROCEDIMIENTO

En esta apartado se explica el procedimiento que se ha llevado a cabo para realizar la investigación.

Para llevar a cabo el reclutamiento de la muestra se elaboró un listado con cada uno de los trabajadores sociales a los que se quería proponer que colaborasen con la investigación. Con cinco de ellos se contactó telefónicamente y con dos a través de e-mail. Todos ellos aceptaron formar parte de la muestra y se concretó por teléfono fecha y hora para realizar la entrevista. En el caso de los trabajadores sociales con los que se contactó a través de e-mail también se trató de fijar un día concreto en el mismo hilo del mensaje. Destacar que con uno de los trabajadores sociales con los que se contactó a través de e-mail se solicitó una reunión para comentar presencialmente la idea de plantear un grupo focal en el que fuesen los propios usuarios con TMG quienes formasen la muestra.

Respecto al grupo focal, se habló presencialmente con un profesional de referencia, que como comentaba, fue uno de los trabajadores sociales a los que se entrevistó. En dicha reunión se comentó la idea de formar un grupo focal llegándose a la conclusión de que una buena muestra podrían formarla los miembros del Grupo de Ayuda Mutua (GAM) que se reúnen en el Centro de Rehabilitación y Apoyo Psicosocial de la Fundación Rey Ardid. Tras esta reunión con el profesional de referencia, este contactó con los posibles participantes y les comentó qué les parecía la idea de que se llevase a cabo una investigación desde la Universidad de Zaragoza realizando un grupo focal. Dado que les pareció buena idea se concretó fecha y hora para realizarlo.

Respecto al grupo focal, el día que se había concretado para llevar a cabo dicha reunión se acudió media hora antes al Centro de Rehabilitación y Apoyo Psicosocial (CRAP) Rey Ardid para poder conversar sobre algunos aspectos con el profesional de contacto tales como comentar cómo iba a llevarse a cabo la dinámica así como para valorar la idoneidad de entregar a cada uno de los usuarios el consentimiento informado que previamente se había diseñado con la intención de que fuese firmado por ellos. Se decidió que en lugar de entregarles a cada uno de ellos el consentimiento, éste se leería en voz alta y se pediría a los usuarios que mostrasen su conformidad o disconformidad acerca de formar parte de la muestra así como de que se grabase la reunión. Todos los usuarios mostraron conformidad con lo que se planteaba.

Respecto a la recogida de información tanto para las entrevistas como para el grupo focal se registró en formato de audio mediante grabación de voz. A la hora de transcribir la información registrada se reprodujo el audio y se transcribió la información.

El siguiente paso estaría más enfocado en el análisis de la información obtenida, de modo que esto se abordará en el siguiente apartado de análisis. Posteriormente se mostrarán los resultados obtenidos así como se elaborarán las conclusiones.

3.6 ANÁLISIS

Tras el proceso de transcripción tanto de las entrevistas como del grupo focal destacar en primer lugar que fue muy útil releer posteriormente varias veces la información que se había transcrito. En este sentido, Martínez (2007), considera muy importante realizar el esfuerzo de *sumergirse* mentalmente en la realidad

3. METODO

expresada en las transcripciones y hacer el esfuerzo de escuchar en repetidas ocasiones las grabaciones y releer las transcripciones.

En el caso de las entrevistas, lo que se hizo fue transcribir literalmente cada una de ellas y, para facilitar el análisis de las respuestas, reunir en un mismo documento cada ítem de la entrevista seguida de cada una de las respuestas que habían volcado cada uno de los entrevistados.

Esto fue especialmente beneficioso para tener ordenados todos los datos y hacerlos más manejables así como para posteriormente analizar la información obtenida y sobre todo a la hora de identificar patrones para categorizar las respuestas. Para encontrar unidades de análisis para categorizar la información y codificarla se realizó una lectura exhaustiva para identificar los temas comunes que se abordaban en las diferentes preguntas de la entrevista y se crearon categorías así como se hizo una codificación.

En el caso del grupo focal, lo que se hizo fue transcribir literalmente la reunión. Tras realizar la transcripción se creó otro documento en el que se ordenarían los datos. Destacar que conforme se iba leyendo se etiquetaba el texto con los códigos de las diferentes categorías, como por ejemplo con la etiqueta "EST" (estereotipos), procediéndose pues del mismo modo que se hizo con las entrevistas. Además, se identificó y se señaló en formato "Tachado" aquella información irrelevante para la investigación para de este modo disminuir la cantidad de datos obtenidos y tener una selección de la información que era útil para la investigación y la que no lo era.

Para Galeano (2004), las categorías son unidades que dan sentido a los datos permitiendo reducirlos, compararlos y relacionarlos. El proceso de categorización permite que identifiquemos estructuras, patrones comunes (...) en el material que se ha recopilado. Para esta autora, "dar sentido a los datos a los datos cualitativos significa reducir notas de campo, grabaciones, filmaciones, transcripciones de entrevistas, de grupos focales, información documental, etc., hasta llegar a una cantidad manejable de unidades significativas" (p. 38).

Destacar que a cada una de las categorías se les atribuyó un código con la finalidad de, tal y como comentaba en el anterior apartado, extraer con mayor facilidad la información obtenida.

A continuación se muestran las categorías así como los códigos que se extrajeron. Así mismo, junto a cada categoría y código se muestran las diferentes subcategorías, en los casos en los que procede, que se crearon con el objetivo de hacer más manejables los datos obtenidos y para facilitar el posterior análisis.

3. METODO

– CATEGORIZACIÓN ENTREVISTAS:

Tabla 2:
Categorización entrevistas. Fuente: elaboración propia

CATEGORIZACIÓN ENTREVISTAS		
CATEGORÍA	CÓDIGO	SUBCATEGORÍA/S
1: Estereotipos asociados a las personas con trastorno mental grave	EST	-
		Laboral
		Sociedad/Comunidad
		Familiar
2: Ámbitos en los que se manifiesta el estigma	AMBEST	Acceso a vivienda
		Político-Jurídico
		Sanidad
		Afectivo-sexual
		Estudios
3: Colectivos a los que se deberían dirigir especialmente las acciones en contra del estigma	COL	-
4: Ámbitos desde los que podría intervenir en contra del estigma	AMBINT	-
5: Medios de comunicación	MDC	-
		Auto estigmatización
		Autoestima
6: Consecuencias del estigma en las personas con TMG	CONEST	Sentimientos negativos
		Pocas relaciones
		Empeoramiento de la enfermedad
		En el proceso de rehabilitación
7: Evolución en la sociedad respecto al estigma	EVOEST	-

3. METODO

CATEGORIZACIÓN ENTREVISTAS		
CATEGORÍA	CÓDIGO	SUBCATEGORÍA/S
8: Proyectos de la Fundación Rey Ardid	PRFA	-
9: Papel del trabajador social en las intervenciones en contra del estigma	PTS	-
10: Propuestas de intervención por parte de los entrevistados	PDI	-

3. METODO

– CATEGORIZACIÓN GRUPO FOCAL:

Tabla 3:
Categorización Grupo Focal. Fuente: elaboración propia

CATEGORIZACIÓN GRUPO FOCAL		
CATEGORÍA	CÓDIGO	SUBCATEGORÍA
1: Definiciones de estigma	DEFEST	-
2: Estereotipos asociados a las personas con trastorno mental grave	EST	
3: Esferas de la persona	ESF	Familia
		Círculo de amistades
		Comunidad / Sociedad
		Laboral y estudios
4: Medios de comunicación	MDC	-
5: Percepciones y otras aportaciones	PERC	-

4. RESULTADOS OBTENIDOS

4. RESULTADOS OBTENIDOS

En este bloque se exponen los resultados obtenidos tanto a partir de las entrevistas como del grupo de discusión. Destacar que a la hora de mostrar dichos resultados se decidió sintetizar la información obtenida y mostrar en el Anexo VI los testimonios recogidos clasificados por categorías que resultasen interesantes para la investigación.

4.1 A PARTIR DE LAS ENTREVISTAS

CATEGORÍA 1: Estereotipos asociados a personas con trastorno mental grave

A continuación se muestra una tabla que muestra los estereotipos más frecuentes o comunes que se asocian a las personas que tienen un TMG.

Tabla 4:
Resultados "Estereotipos asociados a personas con trastorno mental grave"

Estereotipo	Nº trabajadores sociales que lo han mencionado	Porcentaje respecto del total
Agresivos/Violentos	7	100%
Peligrosos	4	57,12%
Incapaces	3	42,85%
Impredecibles/imprevisibles	2	28,57%
Menos inteligentes que el resto de la población	2	28,57%
Incontrolables	2	28,57%
Pobres/marginales	2	28,57%
Otros	Raros	14,28%
	Dan miedo	14,28%

Todos los entrevistados coinciden en el estereotipo de la agresividad y violencia. Más de la mitad de los entrevistados mencionó también el estereotipo de la peligrosidad. Otros estereotipo común es la incapacidad ya que se considera que son incapaces de hacer diversas cosas así como para afrontar y tomar decisiones. Por último, el resto de estereotipos que muestra la tabla fueron los mencionados por menos personas entrevistadas.

CATEGORÍA 2: Ámbitos en los que se manifiesta el estigma

Todos los entrevistados mencionaron que en general el estigma se manifestaba en todos los ámbitos de la persona afectada. A continuación se muestra una tabla elaborada a partir de la opinión que mostraron abiertamente los entrevistados.

4. RESULTADOS OBTENIDOS

Tabla 5:
Resultados "Ámbitos en los que se manifiesta el estigma"

Ámbitos en los que se manifiesta el estigma	Nº trabajadores sociales que lo han mencionado	Porcentaje respecto del total	
EN TODOS LOS ÁMBITOS	7	100%	
Laboral	5	71,4%	
Sociedad / Comunidad	5	71,4%	
Familiar	3	42,85%	
Acceso a una vivienda	2	28,57%	
Otros	Político-jurídico	1	14,28%
	Sanidad	1	14,28%
	Estudios	1	14,28%

SUBCATEGORÍA 1. ÁMBITO LABORAL

Las personas con TMG tienen grandes dificultades para acceder al mundo laboral y es un porcentaje muy bajo de personas que finalmente consiguen acceder al mundo laboral.

Por parte de los empresarios existe un rechazo respecto a la contratación de este colectivo por razones tales como la carga que implica tener que tengan que acudir frecuentemente a citas médicas así como el temor que tienen respecto a cómo manejar en el caso de que se diese una situación conflictiva en la que pudiesen comportarse con agresividad y ser peligrosos. Además sucede que antes de ser contratados tienen que demostrar su capacidad para hacer el trabajo y también existe una tendencia general por parte de los contratantes a rechazar a posibles trabajadores que tienen un problema de salud mental respecto a otro tipo de discapacidades.

“El tema es que hasta que no nos conocen no nos compran.... Entonces en el momento que han visto trabajar a gente y los han visto trabajar pues ya dicen “ah pues yo quiero a este, que le he visto trabajar y sé que no falla ningún día y trabaja bien...” “ (TS 6)

El hecho de tener un trabajo es muy beneficioso para las personas con TMG ya que esto genera motivación y luego esto se traslada a otras áreas de su vida así como repercute en las relaciones sociales.

SUBCATEGORÍA 2. SOCIEDAD / COMUNIDAD

En el ámbito social y comunitario el colectivo de personas con TMG está muy estigmatizado puesto que la sociedad en general se guía por estereotipos que favorecen la estigmatización y el aislamiento social. La sociedad desconoce realmente al colectivo de personas afectadas por un TMG de modo que expresa y fomenta prejuicios así como mantiene actitudes negativas. Contra más información haya de la realidad que viven estas personas será mucho más fácil que el mundo las conozca y reconozca.

“La sociedad no tiene aun clara la imagen de los afectados por TMG, la imagen que hay de ellos en la sociedad no representan la realidad, cometen omisiones y sesgos, expresan y fomentan

4. RESULTADOS OBTENIDOS

prejuicios, y mantienen y alientan actitudes negativas. Todavía existe un desconocimiento sobre las enfermedades mentales, y sobre los que la padecen” (TS 1)

El rechazo por parte de la sociedad produce en la persona con TMG una tendencia al ocultamiento y al aislamiento social así como temor al exterior.

“Los trastornos mentales son ocultados por la persona que los padece, porque si ellos no supieran que existe este estigma pues quizás podrían decirlo más abiertamente como se puede decir otro tipo de patología” (TS 2)

SUBCATEGORÍA 3. ÁMBITO FAMILIAR

La familia es el contexto más cercano al enfermo mental grave y ha sido siempre la encargada de atenderle así como ha supuesto un gran apoyo. En ocasiones sucede que la familia también está muy estigmatizada por lo que requiere que se trabaje con ella. También puede suceder que los familiares vean a la persona con TMG con menos capacidades y le sobreprotejan.

“Un soporte familiar es determinante, si la persona enferma cuenta con un soporte fuerte es que es determinante, muchas veces es la propia familia la que está detrás de ellos que es la que va poniendo un poquito de empujo para que vayan hacia adelante” (TS 4)

SUBCATEGORÍA 4. ACCESO A UNA VIVIENDA

El estigma que padecen las personas con TMG también se manifiesta a la hora de poder acceder al alquiler de una vivienda.

“Pues el estigma se manifiesta en todos los ámbitos de la vida pero quizás donde más pues a la hora de alquilar una vivienda o a la hora de encontrar un trabajo” (TS 5)

SUBCATEGORÍA 5. ÁMBITO POLÍTICO-JURÍDICO

El estigma se manifiesta tanto en la política como en lo jurídico. La legislación y planificación no se lleva a cabo en términos de igualdad en la salud mental que en otros colectivos.

“(…) en la política, en la planificación de servicios, en la participación ciudadana, a nivel jurídico, a nivel de derechos... no se legisla” (TS7)

SUBCATEGORÍA 6. SANIDAD

Sucede también que en sanidad general existe una falta de formación y de sensibilización respecto a las enfermedades mentales. Así mismo, la planificación en sanidad respecto a la salud mental está en desventaja respecto a otros colectivos.

“(…) no se planifica sanidad en términos de igualdad a la salud mental que a otros colectivos (TS7)

4. RESULTADOS OBTENIDOS

SUBCATEGORÍA 7. ESTUDIOS

El estigma se manifiesta también en el ámbito de estudios o académico. El aislamiento que genera el estigma repercute a la hora de retomar los estudios. Además, los compañeros de estudios estigmatizan a las personas que padecen una enfermedad mental y esto genera retraimiento a la hora de continuar los estudios.

“El estigma da lugar a dificultades para acceder al mundo laboral y dificultades también a la hora de retomar estudios, ámbito en el que seguramente experimentarán rechazo y discriminación por parte de sus compañeros y esto generará retraimiento y aislamiento” (TS 1)

CATEGORÍA 3: Colectivos a los que se deberían dirigir especialmente las acciones en contra del estigma

Todos los profesionales mencionaron que deberían enfocarse a toda la población en general. La tabla muestra los datos obtenidos:

Tabla 6:
Colectivos a los que se deberían dirigir las acciones en contra del estigma.

Colectivo	Nº trabajadores sociales que lo han mencionado	Porcentaje respecto del total	
Adolescentes	4	57,12%	
Familias	2	28,57%	
Empresarios / empleadores	2	28,57%	
Otros	Propios usuarios	1	
	Personal sanitario	1	
	Personal administrativo	1	
	Vecinos, caseros, compañeros de trabajo o estudios	1	14,28%
	Personas mayores	1	
	Periodistas y responsables de los medios de comunicación	1	
Políticos	1		

Más de la mitad de los entrevistados defendió que el ámbito de la educación era uno de los más importantes.

“Bueno, pues para empezar a jóvenes, que son los que en un futuro planificarán, politizarán, serán los médicos que atiendan (...) estos que tengan sensibilización” (TS 7)

4. RESULTADOS OBTENIDOS

Por otro lado, dos de los entrevistados coincidieron en que debería dirigirse a las propias familias y otros dos a los empresarios o empleadores.

“A los empresarios, a los que contratan sobretodo, es fundamental. Si las personas se emplearan laboralmente... pues es que todo cambiará” (TS 5)

Otros de los ámbitos que se mencionaron fueron a los propios usuarios, al personal sanitario, al personal administrativo, a vecinos, caseros, compañeros de trabajo o de estudios, a personas mayores, a periodistas y responsables de los medios de comunicación y a políticos.

CATEGORÍA 4: Ámbitos desde los que se podría intervenir en contra de la estigmatización

Los entrevistados destacaron que principalmente desde el ámbito de la educación y desde el ámbito sanitario serían los más idóneos desde los cuales intervenir en contra de la estigmatización.

-Ámbito de la educación: Intervenir desde los institutos, colegios, trabajar la concienciación aprendizaje en la tolerancia, en el reconocimiento de la diferencia y en su aceptación como forma de modificar actitudes y de lograr que los ciudadanos se comprometan en aceptar una sociedad diversa, es decir, una educación ciudadana en la diferencia.

-Ámbito sanitario: podrían intervenir en contra del estigma los psiquiatras, enfermeros, psicólogos y resto de personal sanitario.

CATEGORÍA 5: Medios de comunicación

En lo referido al estigma, los medios de comunicación desempeñan un papel muy importante respecto a la estigmatización. Los estereotipos están basados sobre todo en los medios de comunicación y las películas. La gente que ve noticias relacionadas con la salud mental asocia lo que muestran estas noticias a todo el colectivo de personas con enfermedad mental.

“Hay que tener en cuenta que la información que recibe la sociedad sobre la enfermedad mental proviene en su gran mayoría de los medios de comunicación. Si se realiza de forma negativa, se refuerzan las concepciones negativas que tiene la sociedad” (TS 1)

La mayoría de noticias que aparecen en los medios de comunicación que guardan relación con la enfermedad mental suelen ser sensacionalistas y son muy estigmatizantes. Estas noticias suelen asociar tener un trastorno mental con la peligrosidad y con cometer actos violentos.

Está demostrando que es un porcentaje muy pequeño el de personas que padecen una enfermedad mental los que cometen asesinatos o actos violentos. De hecho los actos violentos cometidos por personas sin diagnóstico de enfermedad mental superan con creces a los que cometen las personas con enfermedad mental. Además, para compensar una noticia negativa que estigmatice al colectivo de personas que padecen una enfermedad mental son necesarias muchas más noticias positivas. Faltan noticias positivas, en relación a las capacidades y a las buenas acciones de estas personas.

4. RESULTADOS OBTENIDOS

CATEGORÍA 6: Consecuencias del estigma en las personas con TMG

A continuación se muestran las subcategorías que se han creado siguiendo los patrones que se repetían a lo largo de las entrevistas respecto a las consecuencias que genera el estigma:

SUBCATEGORÍA 1. AUTO-ESTIGMATIZACIÓN

Ocurre que las personas con enfermedad mental terminan asumiendo y creyéndose las etiquetas negativas que la sociedad les pone e incluso se etiquetan a sí mismos en relación a la enfermedad que tienen. Esto frena sus objetivos personales ya que piensan que no van a ser capaces de conseguirlos. También suele suceder que las personas con TMG dejen que los demás decidan por ellos puesto que consideran que ellos mismos no son capaces de hacer muchas cosas.

“(...) y en relación a lo del autoestigma: “nunca voy a poder, nunca voy a conseguirlo”, claro si que es una limitación de cara al doble añadido” (TS 2)

Es necesario trabajar el autoestigma, entrenar hábitos, capacidades, entrenar la autonomía, la planificación y organización, y conseguir que la persona sea capaz de pensar en sí misma como una persona con capacidades.

SUBCATEGORÍA 2. AUTOESTIMA

El estigma ataca directamente a la propia concepción de enfermedad e influye en la autoestima de las personas que padecen esa enfermedad.

“El estigma ataca directamente a la propia concepción de enfermedad, influye de manera negativa en su autoestima, la aceptación de la enfermedad” (...) Al final la etiqueta de “enfermo mental” es la que marca su identidad, asumen como propios los valores negativos de dicha etiqueta: baja autoestima, culpabilidad, fracaso...” (TS 1)

SUBCATEGORÍA 3. SENTIMIENTOS NEGATIVOS

Tener una enfermedad supone para la persona que la padece sentimientos de vergüenza, ocultamiento, culpabilidad, fracaso, desesperación, no aceptación o negación de la enfermedad así como miedos, inquietudes, frustración, incapacidad. Al saber que existe el estigma asociado a la enfermedad que padecen, ellos mismos tratan de ocultar su enfermedad y se aíslan.

“La verdad es que en general es un colectivo que tiende yo creo que a aislarse y a relacionarse un poquito menos de la vida normal. Ellos mismos sienten en la mayoría de casos mucho temor al exterior, hacia el daño que puedan sentir desde el exterior entonces hay cierto aislamiento” (TS 3)

4. RESULTADOS OBTENIDOS

SUBCATEGORÍA 4. POCAS RELACIONES

Las relaciones de la persona enferma suelen verse reducidas a su familia y otras personas en su misma situación. Las personas que padecen una enfermedad mental suelen tener pocos grupos de amigos, pocos grupos de referencia y las relaciones suelen ser entre iguales.

“Las relaciones del enfermo, en ocasiones se ve reducido a su familia y a otras personas en su misma situación. Fomentando su aislamiento y dificultando su inserción” (TS 1)

SUBCATEGORÍA 5. EMPEORAMIENTO DE LA ENFERMEDAD

El estigma crea más patología en la mayoría de enfermedades ya que hace que aumenten los síntomas de la enfermedad, por tanto produce un empeoramiento de la enfermedad. Un ejemplo sería lo que sucede respecto al aislamiento, como se ha comentado en la categoría 3.

“Pues... la experiencia del estigma crea más patología en la mayoría de las enfermedades” (TS 5)

SUBCATEGORÍA 6. CONSECUENCIAS EN EL PROCESO DE REHABILITACIÓN

El estigma incide directamente en la enfermedad y por tanto dificulta mucho la rehabilitación e incluso puede suponer el abandono del proceso de rehabilitación por parte de la persona enferma.

“Muchas veces sucede que las propias personas que padecen una enfermedad mental no creen en la rehabilitación, no creen en la recuperación o pueden pensar que, aunque se recuperen, al existir el estigma, la gente nunca le va a terminar aceptando” (TS 1)

CATEGORÍA 7: Evolución en la sociedad respecto al estigma

En esta categoría se recogen opiniones acerca de la evolución de la sociedad respecto al estigma. En resumen, los entrevistados coinciden con que se ha avanzado pero todavía queda mucho camino que recorrer.

Esta evolución es visible a los ojos de los profesionales que han trabajado con este colectivo en la Fundación. En las sensibilizaciones que hacen en los colegios se sigue viendo todavía a alumnos con prejuicios y estereotipos pero antes predominaban muchos más mitos y más estereotipos. Además, hoy en día la población en general acude más al psicólogo o al psiquiatra y eso hace que haya una mayor normalización. No solo hay una mayor sensibilización pues por parte de la sociedad sino que también se aprecia una evolución en las propias personas con enfermedad mental, quienes actualmente son activistas en sus reivindicaciones.

“(...) he podido ver en las sensibilizaciones que hemos hecho en los coles como al principio sí que es verdad que los críos tenían más desinformación, era más cuando les preguntabas qué es para ti el

4. RESULTADOS OBTENIDOS

trastorno mental y demás, metían más mitos que ahora” (...)“Luego también hoy en día cada vez más la gente va al psiquiatra” (TS 2)

CATEGORÍA 8: Proyectos de la Fundación Rey Ardid

A continuación se expone de manera resumida los proyectos de la Fundación Rey Ardid dirigidos a abordar el problema del estigma y del autoestigma.

Programa de Sensibilización “Sensibles a la una vida mentalmente sana”: Se realiza en el entorno de la educación, en concreto en colegios e institutos en colaboración con la Red Aragonesa de Proyectos de Promoción para la salud. La programación se divide en dos sesiones: la primera encaminada a la lucha contra el estigma y la segunda enfocada en la prevención de la enfermedad y promoción de la salud. Las sesiones se imparten tanto por un profesional como por una persona con TMG, que no revela a los alumnos que tiene una enfermedad mental hasta el final de la última sesión. Esto hace que a los alumnos, sobre todo a los más estigmatizadores, les cambie la visión que tenían acerca de las personas con enfermedad mental.

“Día del Orgullo Loco”: La idea reivindicativa no ha sido de los profesionales sino de las personas con TMG. El papel del profesional es únicamente de apoyo o acompañamiento.

Día de la salud mental: se celebra todos los años y lo que se hace es salir a la calle para sensibilizar a la población. Se hacen talleres, actividades, se da información a la población...

“Semana de Locos”: desde la Fundación se celebra una vez al año una semana completamente dirigida a la lucha contra el estigma. Se hacen diferentes actividades para que la gente vea las capacidades y no las discapacidades de las personas con TMG.

“Nos dirigimos”: actividad en la que los propios usuarios se dirigen a sí mismos, eligen lo que quieren hacer y preparan las actividades. Esto genera mayor autonomía, aumenta el autoestima, atenúa el autoestigma así como les ayuda a ver y a creer en las capacidades y a mejorar su autoconcepto.

Psicoeducación: dentro de las sesiones de psicoeducación hay una en concreto dirigida a hablar específicamente del estigma. Posteriormente, esto también se aborda en el grupo de ayuda mutua que forman las personas que han asistido a las sesiones de psicoeducación y desean continuar reuniéndose.

Espacio Visiones: se trata de un espacio ocupacional para hacer inclusión a través del arte. Este programa está vinculado a la imagen positiva de la creatividad y de la diferencia, de lo alternativo que puede ser la visión de una enfermedad mental a través de la creación y de lo artístico. Además de ser un espacio estimulador para las personas con TMG es un espacio anti-estigma.

Actividades relacionadas con los medios de comunicación: la Fundación Rey Ardid cuenta con canal de *YouTube*, programa de radio “Gritando en voz baja”, un blog “Gritando en Blog Baja”, todo ello dirigido a sensibilizar a la población y a desestigmatizar al colectivo de personas con TMG.

4. RESULTADOS OBTENIDOS

Actividades dirigidas al exterior: otras de las intervenciones que se llevan a cabo desde el Club Social de Rey Ardid en contra del estigma son las relacionadas con el exterior tales como actividades deportivas así como actividades que luego se exponen o se desarrollan en el barrio.

Otras actividades o proyectos que contribuyen a eliminar el estigma:

-Participación en Foros y Congresos en los que se debate acerca de recuperación y de sensibilización de la salud mental.

-Montaje de *stands* en los que se venden chapas, se reparten folletos, con el objetivo de dar información y sensibilizar a la población.

-Participación en charlas dirigidas a informar y a sensibilizar a la población.

-Publicación de artículos, libros, sobre temas relacionados con la salud mental.

CATEGORÍA 9: Papel del trabajador social en las intervenciones en contra del estigma

En esta categoría se muestra de manera resumida cuál es el rol que desempeña el trabajador social en las intervenciones que se llevan a cabo dentro de los proyectos que están en marcha para luchar contra el estigma.

El trabajador social es el profesional que mejor puede liderar la relación con la comunidad así como con la red de servicios y de entidades para la ciudadanía general, tiene que poder vincular a la comunidad con las personas que padecen una enfermedad mental. El trabajador social desempeña su función junto con otros profesionales como psiquiatras, enfermeros o terapeutas ocupacionales entre otros. Desde la Fundación Rey Ardid el enfoque es multidisciplinar y se trabaja también desde lo psicológico, lo sanitario, desde la persona y desde lo social.

Tiene como misión hacer visible la problemática que tienen las personas que tienen un problema de salud mental, sobre todo de mostrar a la población la problemática que tienen estas personas a la hora de integrarse en la sociedad.

En función del rol que desempeñe el trabajador social dentro del equipo puede ser desde la persona que diseñe los proyectos, quien los ponga en marcha o los evalúe hasta la persona que busque recursos para que dicho proyecto pueda llevarse a cabo. La organización de los proyectos siempre ha sido una función muy ligada al trabajador social. El trabajador social es pues promotor, gestor y evaluador de los distintos programas que se llevan a cabo en contra del estigma.

En algunos proyectos el papel del trabajador social está más relacionado con un trabajo social más comunitario, actuando como dinamizador de las actividades que se lleven a cabo en la comunidad. Otro de su papel es ser el profesional que consiga que sean las personas afectadas por una enfermedad mental quienes se impliquen, se organicen y participen de manera activa en su causa.

4. RESULTADOS OBTENIDOS

CATEGORÍA 10: Propuestas de intervención por parte de los entrevistados

En esta categoría se recogen diferentes propuestas enunciadas por los entrevistados para disminuir o eliminar el estigma en las personas con TMG.

-**Realización de audiovisuales:** realizar vídeos o cortometrajes dirigidos a concienciar a la población en los que se muestren las capacidades de las personas con enfermedad mental y que esto sirva para desestigmatizar a este colectivo.

-**Que la sociedad conozca cómo trabajan las personas que tienen una enfermedad mental en los talleres ocupacionales o en los centros de integración laboral** para que todo el mundo viese cómo responden ellos ante las situaciones de presión, cómo trabajan, esto de manera indirecta estaría desestigmatizando porque la gente estaría viendo todas las capacidades que tienen estas personas.

-**Sensibilizar a través de la trivialización,** desde una perspectiva sutil, lúdica, de manera cercana a la población, a través de la normalización. Si se hacen campañas en las que hay demasiado señalamiento para considerar que algo va en contra del estigma es posible que no se consiga el efecto deseado.

-Conseguir que las **sesiones de sensibilización** sean solo las personas con trastorno mental grave quienes las impartan y que se puedan impartir en más sitios para llegar así a más población.

-Hacer una **serie de televisión o película** cuyo protagonista o protagonistas sean personas con trastorno mental grave, y que en estas series se mostrase el día a día, que se viese que aunque se padezca un trastorno mental la persona puede tener una vida normalizada e ir al trabajo, que se vea que tiene sus momentos buenos y malos, pero que muestre la realidad sin estigmatizar.

-Que cuando los profesionales acompañen a un grupo de personas con TMG, por ejemplo a un museo o exposición, dejen de etiquetarles ante la sociedad como “personas con enfermedad mental”. La enfermedad mental es solo una característica más de las tantas que tienen y etiquetarlos simplemente por esa característica no da cabida al resto de características.

-Investigar, pues cuanto más se conozca y más se hable de la salud mental más sabrá toda la población.

-Que la prensa esté formada y sensibilizada es fundamental para que los medios de comunicación no estigmaticen.

-Las empresas que tienen más de 50 trabajadores están obligados a tener en su plantilla a un 2% de trabajadores con discapacidad. La propuesta sería que de ese del 2% se obligase a las empresas a que una parte tuviesen que ser trabajadores con discapacidad asociada a la salud mental. Esto generaría puestos de trabajos para personas con una discapacidad asociada a la salud mental de manera que esto les ayudaría a integrarse en el mundo laboral.

4. RESULTADOS OBTENIDOS

4.2 RESULTADOS OBTENIDOS EN EL GRUPO FOCAL

CATEGORÍA 1: Definiciones de estigma

En esta categoría se exponen las opiniones que mostraron los participantes cuando al comienzo de la sesión se les lanzó la pregunta de qué entendían ellos por estigma. A través de esta pregunta lo que se pretendía era centrar el tema que iba a abordarse a lo largo de la reunión.

Las respuestas obtenidas fueron las siguientes: El estigma es...

“...un prejuicio que se le pone a alguien o a un colectivo”

“... un dogma”

“... una etiqueta que se le pone a una persona”

“... una idea preconcebida”

“... un miedo que tienen las personas que no entienden lo que le sucede a una persona con trastorno mental grave”

“... miedo a lo desconocido”

CATEGORÍA 2: Estereotipos asociados a personas con trastorno mental grave

Lo que se hizo fue proponerles una lluvia de ideas y apuntar en la pizarra con la que contaba la sala en que se hizo la reunión las diferentes etiquetas que se les iba ocurriendo. Los resultados fueron los siguientes: (1) “*Salvajes*”, (2) “*Inconscientes*”, (3) “*Locos*”, (4) “*Deficientes*”, (5) “*Especiales*”, (6) “*Incapaces*”, (7) “*Vagos*”, (8) “*Bichos raros*”; y (9) “*Dan miedo*”. En todos los casos hubo conformidad por parte de los participantes con las etiquetas que se habían propuesto.

CATEGORÍA 3: Esferas de la persona

En esta categoría se muestran sintetizadas las aportaciones recogidas respecto a las diferentes esferas de la persona a las que más se ha hecho alusión en el grupo focal: familia, amigos, sociedad/comunidad, laboral y estudios.

SUBCATEGORÍA 1. FAMILIA

Por lo general, la familia es un gran apoyo para la persona con un TMG. También puede suceder que la propia familia estigmatice y culpabilice a su familiar tachándoles de vagos porque no quieren levarse de la cama o no quieren hacer tareas cotidianas como trabajar o estudiar en lugar de pensar que se comporta de ese modo porque la enfermedad mental que su familiar tiene provoca que estas personas actúen así.

4. RESULTADOS OBTENIDOS

SUBCATEGORÍA 2. CÍRCULO DE AMISTADES

Algunos de los participantes han mostrado que han sentido rechazo por parte de sus amistades cuando estas se han enterado de la enfermedad de su amigo y a raíz de la enfermedad han dejado de tener relación con algunas de sus amistades. También se comentó que muchas veces se sienten más cómodos con amigos que también tienen diagnosticada una enfermedad mental porque se sienten mejor comprendidos.

(...) lo que te decía antes que prefiero tener tres amigos, gente que es como yo y nos comprendemos que tener cinco mil amigos y gente que te esté estigmatizando, que esté boicoteándote, riéndose de ti..."

En uno de los casos uno de los participantes mostró que siente que tiene dificultades para relacionarse con los demás y considera que lo que la gente piensa de ellos también influye en su forma de sentirse.

SUBCATEGORÍA 3. SOCIEDAD / COMUNIDAD

A veces las personas con TMG reciben un trato diferente por parte de la sociedad, que muchas veces desconoce la realidad. Las personas que tienen un TMG tienen muchas dificultades para relacionarse con los demás por el rechazo que existe por parte de las personas, y para evitar ese rechazo lo que se hace muchas veces es ocultar la enfermedad.

"A veces quien tiene un trastorno mental se guarda mucho de decir que tiene trastorno mental porque le pueden rechazar"

A continuación se muestra una de las experiencias que se aportaron en relación con la discriminación que sufren por parte de la sociedad:

"Yo quería explicar un caso que se me dio de otras personas que, bueno, que, pues no sé... que pasaría por sus cabezas para obrar de esa manera...lba andando por un camino y yo lo recuerdo por aquellos tiempos como algo bastante marcado... y es que intentaron tirarme piedras, no sé si vieron algo extraño en mí o que les pudiese hacer pensar, que me veían especial, e intentaron apedrearme, afortunadamente no es que me dieran pero..."

SUBCATEGORÍA 4. LABORAL Y ESTUDIOS

Tanto en relación al ámbito laboral como de estudios los participantes del grupo focal experimentaron rechazo en estos ámbitos en el caso de los estudios por parte de sus compañeros y en el caso de los estudios, por parte de los responsables.

"(...) yo he estado estudiando y trabajando en una escuela taller y he visto compañeros y compañeras que se te ríen o también se me ha dado el caso de que te miran como un extraño y lo primero que te dicen es "tú la llevas clara...." y entonces evidentemente no me han apoyado".

4. RESULTADOS OBTENIDOS

CATEGORÍA 4: Medios de comunicación

Respecto a los medios de comunicación, en el grupo focal se mostraron diferentes ejemplos en los que habían visto reflejado el estigma (series de televisión, películas, noticias...). A continuación se muestra una de ellas y el resto se refleja en los anexos.

“Ahora a raíz de lo que ha dicho mi compañero sí que recuerdo una película que vi que también sale un enfermo mental y lo ponían digamos en el peor de los lugares por decirlo de alguna manera, y tampoco creo yo que eso haga mucho bien a la sociedad y más a los enfermos con enfermedad mental”

CATEGORÍA 5: Percepciones y otras aportaciones

Se recogen a continuación percepciones y otras aportaciones que los participantes expusieron a lo largo de la dinámica. Algunas de estas percepciones guardan relación con el hecho de que la discriminación que experimentan las personas con una enfermedad mental dependerá de si el entorno en el que vive la persona es un medio rural o urbano así como dependerá del tipo de enfermedad que tenga la persona.

“Yo creo que también cambia mucho vivir en un medio rural que un medio urbano... porque en medio rural te protege más gente, tu comunidad de vecinos, que en una ciudad que todo el mundo va a su marcha... creo que cambia mucho de vivir en medio rural a no”

“Yo creo que según la enfermedad que tengan las personas, según el grado de enfermedad mental que tengan pues están mejor visto en la sociedad si no tienes una enfermedad grave, me refiero una cosa es padecer una esquizofrenia y otra una depresión que es algo que se ve con más naturalidad...”

Algunos de los participantes defendieron que es necesario que la sociedad conozca al colectivo de personas con enfermedad mental, que vean que la realidad es bien distinta a la imagen que la sociedad se suele tener de ellos.

“Hace falta que se explique a la gente qué es esto porque no lo saben ni se lo esperan y cuando tienen un caso cerca no saben ni cómo enfrentarlo”

“Yo pienso que hace mucha falta que la gente vea como somos en realidad, que no somos locos chillando, pegando golpes en la mesa, vale que hay momentos críticos... pero no somos así... no somos agresivos...”

Otro de los participantes relacionó “El Día del Orgullo Loco” con el estigma.

“Pues yo creo que [lo del Día del Orgullo loco que se lleva a cabo desde la fundación rey ardid en contra del estigma] tiene una doble función: romper con el estigma y también tener más fuerzas entre nosotros (...) es una forma de mostrar a la gente que vea que a todos nos puede pasar...”

5. CONCLUSIONES

En este capítulo se exponen las conclusiones que se derivan de la investigación en relación con los objetivos que habían sido propuestos.

El presente TFG tenía como objetivo general “conocer cómo afecta el estigma en las personas que padecen un trastorno mental grave así como describir las intervenciones que se llevan a cabo desde el trabajo social para reducir el estigma”, que se concretaba en 3 objetivos específicos. A continuación describiremos las conclusiones que se destacan en relación a cada objetivo específico así como las implicaciones de los mismos.

El **objetivo específico 1** decía “Describir la dimensión social de la enfermedad mental”. Hemos encontrado que:

- El contexto social y el ambiente son factores sociales que influyen sobre las personas de modo que también influyen en la aparición y desarrollo de las enfermedades mentales.
- La salud debe abordarse desde una perspectiva biopsicosocial. En este sentido, las personas que padecen un TMG deben ser atendidas desde un enfoque biopsicosocial en el que no solo se tengan en cuenta los factores biológicos que influyen en la enfermedad sino también los factores psicológicos y sociales para así garantizar un abordaje integral de la enfermedad.
- El estigma se manifiesta en los estereotipos, los prejuicios y la discriminación. Los estereotipos son etiquetas que hacen referencia a rasgos comunes de miembros de grupos sociales específicos y funcionan como marcos cognitivos que nos ahorran esfuerzo mental ya que hacen que el procesamiento de información sea menor. Los prejuicios son actitudes negativas hacia miembros de algún grupo social basadas únicamente en la pertenencia a dicho grupo. Finalmente la discriminación hace referencia a acciones negativas hacia grupos que son víctimas del prejuicio. Es importante tener esto en cuenta a la hora de intervenir con el colectivo de personas con TMG.

El **objetivo específico 2** planteaba “Conocer el punto de vista de las personas que padecen un TMG respecto al estigma así como conocer las experiencias de estigma que poseen”. Hemos encontrado que:

- La sociedad tiende a discriminar a las personas que tienen un TMG guiados por el estigma asociado a este colectivo y por el desconocimiento y la falta de información. Este rechazo produce que las personas que padecen la enfermedad se oculten y aíslen y supone dificultades en el proceso de rehabilitación. Además suele suceder que estas personas quieran ocultar a la sociedad su diagnóstico por miedo al rechazo.
- Durante el transcurso del grupo focal los participantes han mostrado su punto de vista en relación con el estigma mostrando en qué ámbitos ellos han visto reflejado el estigma así como han mencionado ejemplos de experiencias en relación con el estigma vividas en primera persona.

5. CONCLUSIONES

El **objetivo específico 3** era “conocer el punto de vista de los trabajadores sociales de la Fundación Rey Ardid respecto al estigma y describir cuál es su labor en las intervenciones contra el estigma”. Hemos encontrado que:

- Según las entrevistas realizadas el estereotipo más frecuente que se asocia a las personas con trastorno mental grave es el de la agresividad y violencia. Por otro lado, otros de los principales estereotipos es el de la incapacidad a hacer la mayoría de cosas así como el de la impredecibilidad o imprevisibilidad.
- Los ámbitos en los que se manifiesta mayormente el estigma son en el ámbito social, en el laboral y en el de familia. Así mismo, el estigma también repercute en los estudios, en el acceso a una vivienda, en el ámbito político-jurídico o el de sanidad.
- En el ámbito laboral las personas con trastorno mental grave experimentan grandes dificultades para acceder a un trabajo y el porcentaje de personas que lo consigue es muy bajo. En muchos casos los empresarios no quieren contratar a estas personas por las ausencias en el trabajo y el miedo a la descompensación y a la agresividad.
- La familia de la persona diagnosticada con trastorno mental grave también suele estar estigmatizada y muchas veces sucede que sobreprotege o incluso culpabiliza a su familiar. Es pues necesaria una intervención en la que se tenga en cuenta a la familia del afectado.
- Los medios de comunicación tienen la capacidad de llegar a muchas personas por lo que desempeñan un papel determinante respecto al estigma. Suelen mostrar titulares sensacionalistas etiquetando a estas personas como “violentos”, “agresivos” o “peligrosos” y perpetuando así la falsa imagen negativa que la sociedad tiene de ellos.
- Una de las consecuencias derivadas del estigma es la autoestigmatización. Las personas con enfermedad mental se automarginan y asumen como propias las etiquetas que les pone la sociedad. Estas personas tienden a pensar que no son capaces de hacer cosas o que no pueden tomar decisiones.
- El estigma provoca sentimientos negativos como fracaso, frustración, desesperación, no aceptación o negación de la enfermedad, baja autoestima o aislamiento entre otras. Esto estaría relacionado con el empeoramiento de la enfermedad y con el hecho de que las personas con TMG tengan que soportar una doble problemática: la propia enfermedad y el rechazo por parte de la sociedad por el hecho de padecer esa enfermedad.
- Es necesario que la población en general esté informada y sensibilizada en relación con las enfermedades mentales. Se destaca que sobre todo los jóvenes son quienes más concienciados tienen que estar porque serán los adultos el día mañana que darán trabajo a estas personas, que legislarán, en definitiva las personas que convivirán con ellas.

5. CONCLUSIONES

- Desde la Fundación Rey Ardid se llevan a cabo una larga lista de intervenciones dirigidas a luchar contra el estigma sobre todo sensibilizando y ofreciendo información de un modo u otro a la población.
- Las propuestas de intervención aportadas por los trabajadores sociales que se recogen en la categoría 10 de los resultados obtenidos a partir de las entrevistas “Propuestas de intervención por parte de los entrevistados” y que aparecen expuestas de manera literal en los anexos pueden ser tenidas en cuenta en otros proyectos que se planteen para luchar contra el estigma desde el estigma así como pueden ser útiles para otros profesionales que quieran o bien investigar o bien poner el marcha estas propuestas.
- El Trabajador Social es el profesional que mejor puede abordar la dimensión social de la enfermedad mental. A partir de las conclusiones derivadas del trabajo nos planteamos que el Trabajador Social, como profesional especializado, puede ayudar a combatir el estigma padecido por este colectivo de las siguientes formas:
 - A través de acciones dirigidas a personas con TMG con estrategias cognitivo-conductuales, de empoderamiento o de revelación así como a través de acciones dirigidas a la población general y grupos diana mediante la protesta, la educación o el contacto.
 - Prestando atención y teniendo en cuenta en las intervenciones contra el estigma ámbitos tan estigmatizados como son los familiares de las personas afectadas con un TMG así como los profesionales, tanto si trabajan de manera específica con personas con TMG como si su labor profesional va dirigida a la población general, sin olvidarnos de los medios de comunicación que tan estigmatizadores son para este colectivo.
 - Liderando la relación con la comunidad así como con la red de servicios y de entidades para la ciudadanía general, es decir, vinculando a la comunidad con las personas que padecen una enfermedad mental y dando visibilidad a la problemática del estigma, normalizando este problema y acercando esta realidad a toda la población.
 - Diseñando, poniendo en marcha, promoviendo, gestionando y evaluando proyectos dirigidos a eliminar el estigma.
 - Actuando como dinamizador de actividades que se realicen en la comunidad.
 - Implicando tanto a la población como a las propias personas que padecen un TMG para que participen de manera activa en la causa del estigma.

6. BIBLIOGRAFÍA

Abad, A. (2015). Marginación y enfermedad mental. En Miranda, M. (Ed.), *Lo social en la salud mental* (pp.185-210). Zaragoza: Prensas de la Universidad de Zaragoza.

Alvira, F. (1992). La investigación sociológica. En S. Del Campo (ed.). *Tratado de Sociología* (pp. 61-94). Madrid: Taurus.

Aranda, A., y Royo, L. (2016). Estudio de los cambios en el funcionamiento psicosocial de los usuarios con trastorno mental grave del centro de rehabilitación psicosocial de ASAPME. *Revista de la Asociación española de Trabajo Social y Salud*. 85, 51-61.

Arnaiz, A., y Uriarte, J.J. (2006). Estigma y enfermedad mental. *Norte de Salud Mental*, 26, 49-59.

Barg, L. (2006). *Lo interdisciplinario en salud mental. Niños, adolescentes, sus familias y la comunidad*. Buenos aires: Espacio Editorial.

Baron, R. A., y Byrne, D. (2005). Prejuicio: Causas, efectos y formas de contrarrestarlo. En R.A. Baron y D. Byrne, *Psicología Social* (pp. 215-261). México: Pearson.

Béjar, A., Blasco, I., Bautas, M. J., Cardona, F., Caro, F., Castán, C., y otros. (2003). *Programa de rehabilitación y reinserción psicosocial en salud mental. Plan Estratégico de Salud Mental*. Aragón: Gráficas Lema, S.L.

Brea, J., y Gil, H. (2016). Estigma y salud mental. Una reflexión desde el trabajo social. *Trabajo Social Hoy*, 78, 95-112.

Caballero, L. (2007). Conceptos de enfermedad y trastorno mental. Clasificación. Trastornos clínicos y de la personalidad. Problemas psicosociales. Bases etiopatogénicas de los trastornos mentales. *Medicine*, 9, 5389-5395.

Caballero, M., López, O., y Luque-Romero, M. (2014). El modelo de recuperación en contra del estigma de la enfermedad mental. *Hygia de enfermería: revista científica del colegio*, 86, 8-14.

Carrazana, V. (2002). El Concepto de Salud Mental en Psicología Humanista-Existencial. Ajayu: Órgano de difusión científica del Departamento de Psicología [En línea], (1), 1-19. Recuperado de: <http://www.ucb.edu.bo/publicaciones/ajayu/v1n1/v1n1a01.pdf> Octubre 25 de 2013.

Conejo, S., Moreno, P., Morales, J.M., Alot, A., García-Herrera, J.M., González, M.J., Quemada, C., Requena, J., y Moreno, B. (2014). Opiniones de los profesionales del ámbito sanitario acerca de la definición de trastorno mental grave: un estudio cualitativo. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 37, 223-233.

6. BIBLIOGRAFÍA

Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (2008). *Salud mental y medios de comunicación: guía de estilo*. Confederación Española de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES).

Corrigan, P.W., y Kleinlein, P. (2005). The impact of mental illness stigma. In P.W. Corrigan (Ed.), *On the Stigma Mental Illness* (pp. 11-44). Washington D.C.: American Psychological Association.

Corrigan, P.W., Roe, D. y Tsang, H. (2011). *Challenging the stigma of mental illness: lessons for therapists and advocates*. New York: Wiley-Blakwell.

Crocker, J., Major, B., y Steele, C. (1998). Social Stigma. En D.T. Gilbert (Ed.), *The Handbook of Social Psychology*. Boston: McGraw-Hill.

Echeburúa, E., Salaberría, K., Corral, P., y Cruz-Sáez, M.S. (2014). Aportaciones y limitaciones del DSM-5 desde la psicología clínica. *Terapia psicológica*, 32, 65-74.

Freud, S. (1924). Neurosis y Psicosis. En S. Freud (1996), *Obras Completas*, (pp. 151-155). Buenos aires: Editorial Amorrortu.

Fuertes, J.C., Cabrera, J., y De la Gándara, J. (2004). *La salud mental en los tribunales*. Madrid: Arán.

Galeano, M. (2004). *Diseño de proyectos en la investigación cualitativa*. Medellín: Fondo Editorial Universidad EAFIT.

Garay, M., Pousa, V., y Pérez, L. (2014). La relación entre la percepción subjetiva del funcionamiento cognitivo y el autoestigma con la experiencia de recuperación de las personas con enfermedad mental grave. *Revista Asociación Española Neuropsiquiatría*. 34, 459-475.

Garcés, E. (1998). *Trabajo Social en Salud Mental. Organizaciones de Bienestar*. Zaragoza: Ediciones Mira.

Garcés, 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* (pp.416-461). Madrid: Alianza Editorial.

Giménez, M.C. (2012). *El gobierno socialista y la atención a la salud mental: la reforma psiquiátrica (1983-1986)*. *Historia Actual Online*, 27, 19-28.

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

Guillén, A.I. (31 de enero de 2012). *La lucha contra el estigma en el trastorno mental*. [Diapositivas de PowerPoint]. Recuperado de: <https://egsoftware.s3.amazonaws.com/fubipa/archivos/Biblioteca/Estigma.pdf>

6. BIBLIOGRAFÍA

Gisbert, C. (2003). *Guía de Práctica Clínica de intervenciones psicosociales en el trastorno mental grave*. Madrid: Ministerio de Ciencia e innovación. Recuperado el 9 de febrero de 2018 de http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_453_TMG_ICs_compl.pdf

Hernández-Martín, B. (2013). El trabajo social en la intervención psicosocial con personas con trastorno mental severo: una reflexión sobre el papel de las familias. *Revista de Trabajo Social y Acción Social*, 52, 314-325.

Hernández, R., Baptista, P. y Fernández, C. (2010). *Metodología de la investigación*. México: Editorial Mc Graw Hill.

Hogg, M. y Michael, A. (2008). *Psicología social*. Madrid: Editorial Médica Panamericana, S.A.

Jones, E., Farina, A., Hastorf, A., Markus, H., Miller, D.T., & Scott, R. (1984). *Social stigma: The psychology of marked relationships*. New York: Freeman.

Korman, A. (1978). *Psicología de la industria y de las organizaciones*. Madrid: Marova.

Lee, S. (2002). *The stigma of schizophrenia: a transcultural problem*. *Curr Opin Psychiatry*. (15) 37-41.

Livingston, J. D., y Boyd, J. E. (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine*, 71, 2150-2161.

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

Martínez, M. (2007). *La Investigación Cualitativa Etnográfica en Educación*. México D.F.: Trillas.

Mascayano, T., Franco, Lips, W., Mena, C. y Manchego, C. (2015). Estigma hacia los trastornos mentales: características e intervenciones. *Salud mental*, 38(1), 53-58.

Méndez, R., Wraage, D., Costa, M.A. (2012). Trabajo social en el campo de la salud mental. La discusión sobre el diagnóstico. *Revista Prospectiva*, 17, 407-435.

Miranda, M. (2015). *Lo social en la salud mental*. Trabajo social en psiquiatría. Zaragoza: Prensas de la Universidad de Zaragoza.

Muñoz, M., Pérez Santos, E., Crespo, M. y Guillén, A.I. (2009) *Estigma y enfermedad mental. Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental*. Madrid: Editorial Complutense, S.A.

National Institute of Mental Health. (1987). *Towards a model for a comprehensive community based mental health system*. Washington DC: U.S. Department of Health and Human Services.

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)

6. BIBLIOGRAFÍA

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

Ottati, V., Bodenhausen, G., y Newman, L. (2005). Social psychological models of mental illness stigma. In P.W. Corrigan (Ed.), *On the Stigma of Mental Illness* (pp. 99-128). Washington D.C.: American Psychological Association.

Revuelta, F.I., y Sánchez, M.C. (2003). Programas de análisis cualitativo para la investigación en espacios virtuales de formación. *Teoría de la Educación: Educación y Cultura en la Sociedad de la Información*, 4. Recuperado de: http://www.3.usal.es/~teoriaeducacion/rev_numero_04/n4_art_revuelta_sanctiez.htm

Ritsher, J., y Phelan, J. (2004). Internalized stigma predicts erosion of morale among psychiatric outpatients. *Psychiatry Research*, 129, 257-265.

Rodríguez, G., Gil, J. y García, E. (1996). Metodología de la investigación cualitativa. Málaga: Ediciones Aljibe.

Seoane, J. (2005). Psicología Social de la Salud. En J. Vallejo, C. Leal (Eds.), *Tratado de Psiquiatría* (pp. 445-458). Barcelona: Grupo Ars Medica.

Seva Diaz, A. (1979). *Psiquiatría clínica*. Barcelona: Espaxs.

Traid, V., et al. (2005). Revisión histórica del modelo biopsicosocial. Recuperado de: http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/bitstream/10401/3479/1/interpsiquis_2005_20229.pdf

Ureña, A. (2006). La especialidad: un requerimiento para el Trabajo Social en la Salud Mental. *Revista de Trabajo social*, 178, 35-41.

7. ANEXOS

7.1 ANEXO I

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

Usted está siendo invitado a participar en este estudio de investigación llevado a cabo desde la Universidad de Zaragoza.

El propósito de la investigación es conocer cómo afecta el estigma social en las personas que padecen un trastorno mental grave.

Es por ello que se le está proponiendo la realización de una entrevista para así averiguar cuál es su punto de vista como trabajador social respecto al estigma que padecen las personas con trastorno mental grave así como para conocer cuál es su labor en las intervenciones que se llevan a cabo desde la Fundación Rey Ardid para reducir el estigma.

Antes de decidir si desea formar parte del estudio debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados que forman el consentimiento informado:

- He leído esta hoja de información que se me ha entregado
- He podido hacer preguntas sobre el estudio
- He recibido suficiente información sobre el estudio
- Comprendo que mi participación es completamente voluntaria
- He sido informado de que la entrevista es completamente confidencial y anónima
- He decidido participar en el estudio y consiento expresamente que el investigador analice los datos que se deriven de la investigación, con fines estrictamente académicos
- Acepto que se registre la información que aporte a la investigación para su análisis posterior
- Ser participante de la investigación no supone ningún coste ni tampoco ninguna compensación económica

Si tiene alguna duda o desea preguntar sobre cualquier aspecto relacionado con la investigación puede hacerlo con total libertad e intentaremos aclarar sus dudas. Cuando finalice la investigación podrá conocer los resultados obtenidos.

Yo, (Nombre y apellidos): _____, he leído y comprendo la información anterior y decido libremente participar en la investigación.

Firma del participante _____ Fecha: .../.../...

Firma del investigador _____ Fecha: .../.../...

Si tiene alguna duda o necesita ponerse en contacto con la persona responsable de esta investigación puede hacerlo a través del siguiente correo electrónico: 698843@unizar.es (Sonia).

7.2 ANEXO II

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

Usted está siendo invitado a participar en este estudio de investigación llevado a cabo desde la Universidad de Zaragoza.

El propósito de la investigación es conocer cómo afecta el estigma social en las personas que están diagnosticadas con un trastorno mental grave así como conocer su punto de vista respecto a este tema. Es por ello que se le está proponiendo formar parte de un grupo focal para que así pueda debatir junto con otros compañeros y podamos conocer cuál es su punto de vista respecto al estigma. Antes de decidir si desea formar parte del estudio debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados que forman el consentimiento informado:

- He leído esta hoja de información que se me ha entregado
- He podido hacer preguntas sobre el estudio
- He recibido suficiente información sobre el estudio
- Comprendo que mi participación es completamente voluntaria
- He sido informado de que lo se comente en la reunión será completamente confidencial y se garantizará el anonimato
- He decidido participar en el estudio y consiento expresamente que el investigador analice los datos que se deriven de la investigación, con fines estrictamente académicos
- Acepto que el investigador registre la información a través de una grabación para su análisis posterior
- Ser participante de la investigación no supone ningún coste ni tampoco ninguna compensación económica

Si tiene alguna duda o desea preguntar sobre cualquier aspecto relacionado con la investigación puede hacerlo con total libertad e intentaremos aclarar sus dudas. Cuando finalice la investigación podrá conocer los resultados obtenidos.

Yo, (Nombre y apellidos): _____, he leído y comprendo la información anterior y decido libremente participar en la investigación.

Firma del participante _____

Fecha: .../.../...

Firma del investigador _____

Fecha: .../.../...

Si tiene alguna duda o necesita ponerse en contacto con la persona responsable de esta investigación puede hacerlo a través del siguiente correo electrónico: 698843@unizar.es (Sonia).

7.3 ANEXO III

DISEÑO DE LA ENTREVISTA

En primer lugar me gustaría agradecerle que haya aceptado la colaboración con esta investigación realizando esta entrevista. Como ya le he comentado con anterioridad, el motivo por el que voy a realizar esta entrevista es porque se está llevando a cabo una investigación en la que se pretende recoger el punto de vista de los trabajadores sociales de la fundación Rey Ardid sobre el estigma asociado a las personas que padecen un trastorno mental grave así como se pretende conocer cuál es la labor que desempeña el trabajador social en las intervenciones que se realizan en la fundación Rey Ardid relacionadas con el estigma en este colectivo.

Todas las opiniones son interesantes y respetables. Lo que realmente se pretende es conocer cuál es su punto de vista por lo que no hay respuestas correctas ni incorrectas y puede expresarse con total libertad.

También querría pedirle permiso para grabar la conversación, de forma que yo pueda tomar luego nota de lo que se ha hablado para posteriormente analizar las respuestas. La grabación solamente será escuchada por mí y le garantizo total confidencialidad por mi parte.

¿Está de acuerdo con lo que te comento?

1: Bajo su punto de vista, ¿cuáles son los principales estereotipos que se asocian a las personas con trastorno mental grave (TMG) en nuestra sociedad?

2: ¿En qué ámbitos cree que se manifiesta el estigma que poseen las personas con TMG?

3: Bajo su punto de vista, ¿cómo viven la experiencia del estigma las personas con TMG?

4: ¿Cómo cree que influye el estigma y el autoestigma en el proceso de rehabilitación de personas con TMG?

5: ¿Qué importancia cree que tiene el hecho de que los profesionales trabajen el estigma y el autoestigma con las personas con TMG y con las familias?

6: En el caso concreto de la Fundación Rey Ardid, ¿cuáles son los proyectos que se están llevando a cabo en contra del estigma? ¿Cuál es la labor del trabajador social en dichos proyectos?

7: Además del trabajo social, ¿desde qué otros ámbitos cree que podría intervenir contra la estigmatización?

7. ANEXOS

8: ¿A quienes cree que deberían ir especialmente enfocadas las acciones dirigidas a desestigmatizar a las personas con TMG?

9: Comparando la situación actual con la que había hace unos años, ¿cuál cree que es la posición de la sociedad en lo referido al estigma que poseen las personas con TMG?

10: ¿Cree que las políticas sociales en España están invirtiendo en reducir o eliminar el estigma asociado a las personas con TMG?

11: Sobre la reinserción social y laboral de las personas que padecen TMG, ¿cree que la sociedad considera que pueden llevar una vida normalizada?

12: ¿Qué papel cree que tienen los medios de comunicación respecto a la estigmatización de este colectivo?

13: Me gustaría pedirle si podría decirme alguna propuesta que se le ocurra y que no hayamos mencionado antes para reducir el estigma

14: Para finalizar, ¿le gustaría añadir algo que no hayamos comentado hasta ahora?

7.4 ANEXO IV

DISEÑO DEL GRUPO FOCAL

PRESENTACIÓN DE LA DINÁMICA:

Buenos días a todos. En primer lugar, quería daros las gracias por haber venido a esta reunión. Como ya sabéis, el motivo por el que estáis aquí reunidos es porque se está llevando a cabo una investigación en la que se pretende recoger vuestro punto de vista sobre el **estigma social**.

La reunión consiste en que habléis entre vosotros sobre diferentes temas que iré introduciendo como moderadora. Podéis hablar con total libertad y dar vuestra opinión sincera. Para ello, me gustaría pedir os respeto mutuo y que por favor habléis de uno en uno para que podamos escucharnos bien todos. Todas las opiniones son interesantes y respetables. Lo que realmente queremos es conseguir saber vuestra opinión, por lo que no hay respuestas correctas ni incorrectas.

También quiero pedir vuestro permiso para grabar la conversación, de forma que podamos concentrarnos en hablar y yo pueda tomar luego nota de lo que se ha hablado en el grupo. La grabación solamente será escuchada por mí y nadie sabrá fuera de este grupo lo que habéis opinado cada uno de vosotros. ¿Estáis todos de acuerdo con ello?

ALGUNAS PAUTAS PARA EL MODERADOR:

- Hablar en plural: “Estamos aquí”, “vamos a hablar de”, “hablemos de...”
- SI ANSIEDAD = “Tranquilos, tenemos tiempo suficiente...”
- SI SILENCIO = “Parece que hemos agotado este tema... vamos a por otro, ¿os parece?”
- Fomentar el discurso = “¿Qué opináis el resto?”, “¿alguien opina diferente...?”, “me gustaría conocer otras opiniones...”
- Cuando reunión llega a FIN= “Estamos llegando al final, si alguien quiere comentar algo más antes de finalizar, algo que no hayamos tratado hasta ahora, éste es el momento”.

7.5 ANEXO V

GRUPO FOCAL

GUIÓN DE LOS TEMAS:

– **PRIMERA PARTE: INTRODUCCIÓN + INSTRUCCIONES**

- Bienvenida + agradecimiento
- Entrega de los consentimientos (a valorar por profesional de contacto) + Dejar claro el OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN
- ¿DUDAS?
- Si consienten GRABACIÓN = INICIAR.
- Presentación

– **SEGUNDA PARTE: DISCUSIÓN**

- CENTRAR = término estigma
- Falsas creencias (estereotipos) asociadas a las personas con trastorno mental grave
- Ámbitos en los que aparece el estigma
 - Estigma en las relaciones sociales
 - Estigma en la familia
 - Estigma en el ámbito laboral / educativo
 - TV / medios de comunicación
- Autoestigma
- Discriminación
- Experiencias de estigma
- Participación – Fundación Rey Ardid

– **TERCERA PARTE: CIERRE**

- ¿Alguien quiere añadir algo?
- Agradecimientos + Cierre final

7.6 ANEXO VI

OTROS TESTIMONIOS RECOGIDOS EN LAS ENTREVISTAS

– **CATEGORÍA 1: Estereotipos asociados a personas con TMG**

“Sobre todo el tema de la agresividad” (TS 1)

“Siempre es como... tienes una enfermedad mental y... no sé, yo cuando comento dónde trabajo y tal... la gente dice ¿¡ay, y no te da miedo!?” (TS 2)

“Se consideran como personas agresivas, violentas” (TS 3)

“La población los ve como peligrosos” (TS 3)

“Cierta violencia asociada a sus actos” (TS 4)

“Siempre se centran en la peligrosidad” (TS 5)

“(…) también pues a que esa falta de salud mental conlleva a una falta de inteligencia” (TS 5)

“La incapacidad para hacer la mayoría de cosas y de decidir sobre su vida” (TS 6)

“Los principales pues sobre todo la peligrosidad” (TS 6)

“Falta de capacidad para poder afrontar sus situaciones, un desajuste con la realidad” (TS 4)

“(…) el tema de no poder llevar con ellos una conversación normal en ningún caso y de que se pueda asociar a veces a menor inteligencia” (TS 2)

“(…) también pues a que esa falta de salud mental conlleva a una falta de inteligencia” (TS 5)

“Los pacientes con TMG son percibidos como “raros” (TS 1)

– **CATEGORÍA 2: Ámbitos en los que se manifiesta el estigma**

– **Subcategoría 1: Ámbito laboral**

“Al final el estigma da lugar a dificultades para acceder al mundo laboral” (TS 1)

“El trabajo es fundamental (...) es lo que les da una identidad y lo que les hace sentirse útiles (...) luego se traslada a otras áreas de su vida, les apetece hacer más cosas, luego en ese trabajo conoce a más personas y luego puede quedar con ellos...” (TS 2)

7. ANEXOS

“Son gente que necesitan (...) unas ausencias en el trabajo bastante importantes. De media pueden ser dos veces o tres veces (...) que en cierto modo en el mundo de la empresa lo consideran como una carga, y hace más difícil que se pueda combinar con el trabajo” (TS 3)

“(...) solamente un 5 o un 10% de personas con TMG tiene empleo y muchos más podrían hacerlo” (TS 5)

“En el laboral, evidentemente, pues que es un colectivo... yo no sé ahora el porcentaje de personas que trabajan pero desde luego es muy bajo” (TS 6)

“Respecto a lo laboral, yo creo que [el colectivo de personas con trastorno mental grave] es uno de los colectivos con más tasa de desempleo” (TS 7)

“Pues con el tema laboral cuesta, hay empresarios que ya te dicen “pero que no tenga enfermedad mental”, pero bueno es como todo, porque no los conocen” (TS 6)

“Luego también cuando surgen propuestas de trabajo desde distintas empresas, distintos sitios, parece que siempre está eso de que hay que demostrar que la persona que estás derivando va a ser capaz de poder hacerlo, es como que te piden mucha más garantía de que la persona a la que tú estás derivando pues de verdad la pueda cumplir” (TS 3)

“El gran estigmatizado es el enfermo mental, ¿y por qué? ¿Por qué se piensa que es peor trabajador una persona con problemas de salud mental que una persona con una minusvalía física por ejemplo, o sensorial? pues porque aparecen ahí todos los estereotipos de los que hemos hablado al principio, es que no se por donde me va a salir...” “todos estamos en el mismo saco... pero el gran estigmatizado es el enfermo mental” (TS 7)

“Este temor a la agresividad o este temor a no conocer realmente cuales son los síntomas o cuáles son las manifestaciones pues es lo que hace que en muchos casos haya cierto retraimiento y ante cualquier otra discapacidad pues si se tiene que contratar... (...) nosotros siempre decimos que la salud mental es el “patito feo” de la discapacidad” (TS 3)

“(...) pocas cosas hay tan normalizadas como el trabajar. No hay nada más normalizado. Todo el mundo crecemos, nos formamos... y buscamos trabajo. Tener una independencia y una economía” (TS 3)

“El hecho de que preparemos a los chicos trabajando el ajuste laboral (asistencia, permanencia, resistencia física, trabajar la motricidad, comunicación, relación con los compañeros, con los superiores...), todo este tipo de elementos que se trabaja que es lo que va a dar lugar a que en el futuro tú puedas estar en un puesto de trabajo, puedas cumplir y puedas mantenerte en él, evidentemente estás trabajando contra el estigma. Estás trabajando con el estigma porque lo que estás trabajando es: se va a incorporar a un puesto de trabajo con unas normas como cualquier otra persona” (TS 3)

7. ANEXOS

“(...) las acciones para desestigmatizar deberían ir enfocadas a los empresarios, a los que contratan sobretodo, es fundamental” (TS 5)

“En principio la vocación que tiene la fundación es a todos los colectivos, desde los empresarios para que contraten (...)” (TS 4)

“(...) las acciones para desestigmatizar deberían ir enfocadas a los empresarios, a los que contratan sobretodo, es fundamental” (TS 5)

“(...) A parte de sensibilización a las empresas, evidentemente hay que apostar por ello” (TS 7)

– Subcategoría 2: Sociedad / Comunidad

“La sociedad se guía por etiquetas y por herencia cultural, y entre esas falsas creencias la principal es que se les señala como personas agresivas e impredecibles. Interfiriendo en el proceso de relación y favoreciendo una estigmatización y aislamiento social” (TS 1)

“Luego en la sociedad pienso que si en un barrio o pueblo se sabe que una persona tiene trastorno mental a esa persona se la va a mirar de manera diferente, seguro, y además si esta persona por muy sana que esté en un momento dado hace algo que podría hacer otra persona que no tiene TM pero que es algo un poco diferente, un poco que llama la atención se va a asociar a la enfermedad mental” (TS 2)

“Creo que nuestra misión es hacer visible la problemática de la salud mental, pero no la problemática de la salud mental como enfermedad sino la problemática que tienen en la sociedad [las personas con TMG] de integración, porque son unas secuelas que no están derivadas de la enfermedad” (TS 7)

“Toda la información que la sociedad pueda tener con este tema pues va a poder dar lugar a que no se hable desde el desconocimiento. El desconocimiento es lo que muchas veces nos hace actuar de forma negativa, perjudicando, haces daño y no favoreces tampoco la integración. Entonces es que la educación y el conocimiento es lo único que nos hace progresar” (TS 3)

“Son portadores de un problema que la sociedad como tal está además señalando que es diferente y complicado de gestionar, por tanto a la persona le supone un incremento de dificultad respecto a lo que sería asumir la enfermedad si lo comparamos con otro tipo de enfermedades. En otro tipo de enfermedades las personas tienen digamos una apreciación mucho más benévola, mucho más fácil de asumir que no en el caso de la enfermedad mental que se asocia directamente con otro tipo de prejuicios...” (TS 4)

“Cuando te enteras que una persona padece por ejemplo esquizofrenia ya te cambia la visión...a todos... porque pensamos que es irrecuperable y no es así” (TS 5)

“El rechazo y la vergüenza que de alguna manera supone tener una enfermedad mental, pues eso, hace que las familias y los propios usuarios pues tiendan a ocultarse, a aislarse...” (TS 6)

7. ANEXOS

– Subcategoría 3: **Ámbito familiar**

“Debemos tener en cuenta también a la familia del afectado ya que ésta también participa en el proceso de adaptación y del duelo, y es necesaria para lograr una mejor integración y para conservar el equilibrio” (TS 1)

“En ocasiones las familias sobreprotegen mucho al afectado” (TS 1)

“Al final la enfermedad mental como enfermedad crónica afecta a todos los ámbitos de la vida, sobre todo al familiar porque evidentemente el soporte y el peso de la atención al enfermo mental grave pues ha recaído siempre en la familia” (...) “A veces también se culpabiliza a la familia, también la propia familia está estigmatizada entonces también hay que desestigmatizarla” (TS 6)

“Por ejemplo en las familias yo sí que creo así hablando generalizando que claro, como ellos han vivido el cambio que sufre su familiar quizás comienzan a verlos con menos capacidades, y eso da lugar a lo mejor a sobreprotección, o tienen tanto miedo de que les vuelva a pasar que les sobreprotegen” (TS 2)

“A veces también se da ese perfil de familia protectora, exceso de protectora, a la que le da mucho miedo todo” (TS3)

“Porque puede haber un usuario que esté motivado, que reconozca que pues si existe un estigma en la sociedad, el autoestigma y demás, y que quiera combatirlo de alguna manera pero si luego la familia no va por el mismo camino no hacemos nada. O sea si por ejemplo, no sé cómo decir, “el orgullo loco” que se ha celebrado hace nada, ¿no?, pues yo que sé si aquí trabajas con un usuario y les dices: “oye mira, haceros notar pero de otra manera, y que se os vea y que se os vea que podéis hacer monólogos, y que podéis tocar la guitarra, que podéis hacer un montón de cosas, que no estáis por ahí matando a la gente –hablando ya en términos así, ¿no?- y luego a lo mejor van a casa y la familia les dice: “¿pero qué vais a hacer, dónde vais a hacer?, si se os van a reír... que mira qué tal...” o sea tiene que ser un trabajo conjunto con la familia y con el entorno” (TS 2)

– Subcategoría 4: **Acceso a una vivienda**

“Los sentimientos de vergüenza, miedo y la aversión de la sociedad, cierran a estas personas muchas puertas: sanitarias, laborales, de vivienda o de relaciones sociales...” (...) “Es el estigma una carga que aumenta los problemas de la enfermedad y supone uno de los principales obstáculos para la rehabilitación social. La recuperación de su proyecto de vida, formación, integración en el mundo laboral, vivienda, acceso al ocio se ven influidas” (TS 1)

– Subcategoría 5: **Ámbito político-jurídico**

“(...) en la política, en la planificación de servicios, en la participación ciudadana, a nivel jurídico, a nivel de derechos... no se legisla” (TS7)

7. ANEXOS

– Subcategoría 6: Sanidad

“(…) yo creo que si en sanidad general, en educación general, en diferentes espacios en los que se mueve el ciudadano la gente tuviera una mínima formación y una mínima capacidad de trabajar con el tema, las cosas no empeorarían, uno iría a su médico de AP y su médico de AP ya tendría posibilidad de intervenir sin necesidad de que eso vaya a más y haya que derivar a Atención especializada” (TS 7)

– CATEGORÍA 3: Colectivos a los que se deberían dirigir especialmente las acciones en contra del estigma

“A la población en general, ya que al final van a ser los empleadores, los vecinos, los caseros, los compañero de trabajo, de estudios...” (....) “A alumnos, que ya lo estamos haciendo, pero creo que también, porque bueno podemos trabajar con alumnos y entonces evitar que aparezcan nuevos comportamientos discriminatorios” (TS 1)

“En la educación totalmente, ahí fundamental. Los profesores, de hecho cuando hacemos las sesiones en los institutos siempre decimos: es que esto que estamos haciendo aquí tiene que ser algo continuado que se trabaje a lo largo del curso por el profesor o el tutor de alguna manera... no que estén ahí todo el día recordando el tema pero sí que sea algo continuado. El entorno educativo es fundamental para esto y luego desde casa, los padres, el educarles en valores, en el respeto, en la tolerancia, en la acción de ayuda” (TS 2)

“Yo hoy por cerraría los ojos y me dedicaría a trabajar en las escuelas, en los colegios, yo creo que es el principal punto de partida (...) trabajar desde los colegios va a dar lugar a que la gente adulta que serán todos los niños y adolescentes conozcan realmente qué es esto y cómo se puede trabajar, y reconocerlo. Es la base en esto y en todo, pero sobre todo en la salud mental y para trabajar el estigma es determinante” (TS 3)

“A la población en general, a las familias para tomar conciencia de los límites de la enfermedad y de las posibilidades de la misma” (TS 4)

“Personal sanitario, policía, personas en las administraciones, diferentes colectivos que a veces intervienen en el proceso de las personas pues que estén concienciadas también es algo muy rico. Que el hecho que por ejemplo un usuario vaya a pedir la tarjeta del bus o lo que sea y que esa persona esté sensibilizada con el tema y que sepa cómo tratar con ellos y que no son peligrosos. (TS 6)

“Tanto a jóvenes como a mayores. Es que lo de los mayores... es importante también, nosotros intervenimos con jóvenes pero es que quizás el estigma está más en la población de edad más avanzada” (TS 2)

– CATEGORÍA 5: Medios de comunicación

“La prensa, en muchas ocasiones, utiliza el morbo en sus titulares para captar la atención del público, dándoles tratamiento sensacionalista a noticias “un esquizofrénico asesina a su madre”. Tratamiento que no ocurría con otras patologías “un diabético asesina a su madre”. En la gran

7. ANEXOS

mayoría de las veces justifican los hechos violentos usando la enfermedad mental como el detonante. Pero existen estudios y hay evidencia científica de que los afectados por TMG no son más violentos que los demás” (TS 1)

“(...) en los medios de comunicación se sigue utilizando el punto sensacionalista de la salud mental” (TS 7)

“Creo que faltan noticias en relación a las capacidades y a las buenas acciones de estas personas como cualquier otra... También hay noticias de bueno pues un señor ha salvado a un perro... yo que sé... pues si ese señor tiene un TM, pues dilo también” (TS 2)

“Hace unos años no se podía escuchar en los medios de comunicación ninguna referencia que hiciera ni si quiera un ápice al tema de la enfermedad mental. Se consiguió que las entidades sociales y las entidades de los familiares y las personas con enfermedad mental trabajaran en que los medios de comunicación fueran sensibles a utilizar determinados términos y a no utilizar determinados términos. Sobre todo que no se asociaran determinados actos violentos con una enfermedad. Eso se consiguió. Hay todavía algunas prácticas de algunos medios de comunicación que de vez en cuando se les escapa esto. No es lo generalizado, si hay una cierta conciencia. Aun así, no es tanta como nos gustaría” (TS 4)

“Los medios de comunicación son la voz que más se oye y el morbo vende, el morbo vende y es más fácil vender una noticia con un titular sensacionalista...” (TS 5)

“[Los medios de comunicación] También podrían sacar a los enfermos cuando hacen cosas buenas no solo cuando hacen cosas malas” (TS 5)

“A veces salen noticias muy horrosas y hay que hacer muchísimas positivas para compensar todo eso...” (...) “Nosotros en la fundación tenemos una preocupación pues eso precisamente por intentar sacar noticias que sean todo lo contrario, ¿no?, que resalten sus capacidades... entonces por ejemplo Espacio Visiones está para eso, es muy interesante, pues estás todo el día pues eso, al revés poniendo en valor todas las capacidades que tienen y lo que aportan a la comunidad. Es como el dicho que si te dicen una palabra mala tienen que decirte nueve buenas para compensar ese dolor... pues eso nos cuesta... nueve noticias buenas, nueve por poner un número, para compensar esa noticia mala. Lo que pasa que claro, las nueve buenas no tienen tanta repercusión, pero bueno... ahí estamos...” (TS 6)

“(...) [Los medios de comunicación] hacen tanto daño y son tan irreales..., es que es un porcentaje tan escaso el de personas que cometen un delito o similar, que no es relevante, que no es ni relevante ese porcentaje con la realidad de las cosas que ocurren en la sociedad... y eso es lo único que se traslada, lo único que se ve...” (TS 3)

– CATEGORÍA 6: Consecuencias del estigma en las personas con TMG

– Subcategoría 1: Auto-estigmatización

“El autoestigma es algo que cada uno construye, dependerá de cómo se enfrente a la propia enfermedad” (TS 4)

“Al final la etiqueta de “enfermo mental” es la que marca su identidad, asumen como propios los valores negativos de dicha etiqueta: baja autoestima, culpabilidad, fracaso, llegando a frenar sus objetivos personales, y abandono de procesos de rehabilitación” (TS 4)

“(…) pues es que ellos intentan hacer cosas y cuando no les salen piensan pues es que tengo una enfermedad que me hace estar como si tuviera 12 años... entonces eso es el autoestigma. Entonces cuando pongo la etiqueta, toda mi conducta, todo lo que hago, se lo pongo a la etiqueta, entonces todos mis pensamientos, todo es porque tengo esquizofrenia o depresión o lo que sea y entonces no puedo hacer nada. Mi vida pertenece a la enfermedad” (TS 5)

“Muchas veces es muy fácil dejarse en el rol de enfermo... me dejo que decidan por mí... es muy cómodo, si al final alguien decide por ti también está en el profesional o en el otro el peso de si se equivoca se equivoca él... entonces también la responsabilización se les habría quitado...” (TS 6)

“Cuando alguien decide señalarse a sí mismo como portador de diferencia puede manejarlo desde dos perspectivas: una siendo algo negativo que además le supone mucho lastre o justo un elemento que le sirva a la persona para potenciarse y para transformarse. Me margino pero además hago gala de esa marginalidad para hacer frente a mi propia identidad, no es algo que signifique negatividad sino es algo que significa positividad: me auto-margino para que los demás vean que en esa marginación no tiene por qué haber riesgos, violencia o esos asuntos que se plantean... sino todo lo contrario: soy un enfermo mental y puedo tener las mismas condiciones, los mismos derechos, las mismas necesidades que tienes tú. Eso sí lo vemos desde esa perspectiva de cómo se maneja positivamente el autoestigma” (TS 4)

“(…) esa visión que tienen ellos mismos de sí mismos... a veces les coloca en una situación de mucho miedo y mucho temor porque ellos también son muy conscientes de los síntomas y de las dificultades que ellos tienen entonces sí que se suelen retraer. Son conscientes de las diferencias y de que la población los ve como peligrosos, que realmente no es real porque eso no está en todos los comportamientos pero ese temor por parte de compañeros, de los mismos encargados pues ellos también lo pueden percibir, lo perciben perfectamente” (TS 3)

“Para mí en realidad tiene un poquito más de peso el autoestigma porque a veces nos pasa que trabajamos lo de fuera y nos cuesta mucho, pues claro ellos no tienen ningún hábito ni ninguna capacidad, claro porque no la han entrenado, de decidir y hacer cosas por sí mismos entonces claro, nos cuesta muchísimo tirar de ellos para que sean autónomos, para que se organicen... entonces estamos un poco trabajando el tema de la planificación para que sientan que desde fuera tienen la oportunidad de participar” (TS 6)

7. ANEXOS

– Subcategoría 3: Sentimientos negativos

“(...) todo el rechazo y la vergüenza que de alguna manera supone tener una enfermedad mental, pues eso, hace que las familias y los propios usuarios pues tiendan a ocultarse, a aislarse...” (TS 1)

“El estigma refuerza sus inquietudes y sus miedos. Son portadores de un problema que la sociedad como tal está además señalando que es diferente y complicado de gestionar” (TS 4)

“(...)a la hora de trabajar la conciencia de enfermedad, se dan reacciones de ocultación, de negación, de vergüenza, de que no se entere nadie de que yo vengo a estos centros... esto que me pasa a mí que no lo lea nadie, no quiero que se ponga en los informes mi enfermedad, no quiero que ponga que tengo una minusvalía... (TS 7)

– Subcategoría 4: Pocas relaciones

“Al final el estigma configura su identidad social y condiciona las relaciones con los demás” (TS 1)

“Ellos mismos sienten en la mayoría de casos mucho temor al exterior, hacia el daño que puedan sentir desde el exterior entonces hay cierto aislamiento, gente que suele tener pocos grupos de amigos, pocos grupos de referencia... y la verdad es que al nivel de relaciones afectivas surgen muchas relaciones entre grupos de iguales, pues buscando bueno una normalidad de relación de pareja, una afectividad (...) en general se relacionan más entre ellos mismos” (TS 3)

– Subcategoría 5: Empeoramiento de la enfermedad

El estigma crea más patología en la mayoría de enfermedades ya que hace que aumenten los síntomas de la enfermedad, por tanto produce un empeoramiento de la enfermedad. Un ejemplo sería lo que sucede respecto al aislamiento, como se ha comentado en la categoría 3.

“Una persona con por ejemplo esquizofrenia que ya tiene un síntoma como es el aislamiento le conlleva al aislamiento, pero además le conlleva a la paranoia porque si yo tengo esquizofrenia y estoy hablando aquí contigo y no quiero que te enteres de que tengo esquizofrenia y tengo que empezar a disimular... pero empiezo a disimular pero tú me estás leyendo la mente, y si me estás leyendo la mente ya pienso que lo sabes.... Y pienso que te estás riendo de mi porque sabes que tengo esquizofrenia y que me estás tratando diferente, con lo cual... me voy a casa... entonces crea paranoia. Entonces, aumenta los síntomas, hace que cuando quiera intentar una cosa nueva piense que no voy a poder y esto hace que impida mucho de su funcionamiento” (TS 5)

– Subcategoría 6: Consecuencias en el proceso de rehabilitación

“Es la profecía autocumplida que se llama, ¿no?, porque además también a veces si van al psiquiatra o a cualquier otro referente médico les dice que es un trastorno crónico y de más, pues claro, eso hace que ellos pierdan un poco la esperanza de recuperarse de forma que se piensen que

7. ANEXOS

van a estar así siempre y no hagan el esfuerzo suficiente y no crean en sí mismos como para poderlo superar y unido a su comportamientos” (...) “quizás la persona no puede llegar a creen en esa rehabilitación, en esa recuperación o puede pensar, sabiendo que hay un estigma, puede pensar, vale sí, yo me recupero y tal pero la gente ya sabe que yo he padecido esto y nunca me van a aceptar del todo” (TS 2)

“Las personas con TMG deben afrontar muchas dificultades para recuperarse: la enfermedad en sí, y los prejuicios que recibe por padecerla. Es el estigma, una carga que aumenta los problemas de la enfermedad y supone uno de los principales obstáculos para la rehabilitación social. La recuperación de su proyecto de vida, formación, integración en mundo laboral, vivienda, acceso al ocio se ven influidas” (TS 3)

“Lo que te comentaba, verdaderamente digamos bueno pues en rehabilitación y cuando trabajas rehabilitación y recuperación un poco como las dos partes en las que trabajas: un poco lo que tiene que ver con la persona en lo que la persona tiene que mejorar en cuanto a su funcionalidad y en cuanto a la recuperación digamos de su proyecto vital y luego la otra parte de trabajo que tiene que ver con lo de fuera... (...) por mucho que nosotros trabajemos en ayudarles a recuperar, a mejorar su funcionalidad, a conocer su enfermedad, a prevenir las recaídas, a trabajar pues eso por tener un proyecto vital diferente, si no trabajamos con los de fuera para que lo entiendan, lo acepten y acompañen en ese proceso no tenemos nada que hacer” (TS 6)

– CATEGORÍA 7: Evolución en la sociedad respecto al estigma

“Yo por ejemplo sí que he visto un cambio... llevo aquí 10 años y he podido ver en las sensibilizaciones que hemos hecho en los coles como al principio sí que es verdad que los críos tenían más desinformación, era más cuando les preguntabas qué es para ti el trastorno mental y demás, metían más mitos que ahora, ahora sí que aunque salen cosas pues como... término pues loco, agresivo... si que sale pero en menor medida que hace diez años” (...)“Luego también hoy en día cada vez más la gente va al psiquiatra. Que a lo mejor no vas por tener un TMG pero bueno ya vas por tener una depresión... ahora el psiquiatra y el psicólogo, este servicio está más utilizado que antes, entonces pues bueno si un niño tiene a su madre que va al psicólogo, probablemente no va a estigmatizar tanto a una persona con enfermedad mental” (TS 2)

“Se ha avanzado mucho, no quiere decir que sea suficiente pero ha avanzado mucho... solo hay que pensar en cómo eran los centros donde se recluían a estas personas, ahora se trabaja desde las unidades de media estancia se trabaja mucho para fortalecer y empoderarlos y que puedan a su vida exterior, que bueno puedan seguir llevando... pues antes es que la persona que ingresaba en un centro era de por vida... entonces estaban dopados y el propósito era tenerlos tranquilos... entonces eso ha cambiado, se trabaja mucho en la rehabilitación, con las familias, entonces el objetivo de todos estos programas es poder sacarlos hacia la comunidad de nuevo, que es lo que realmente tiene valor e importancia” (TS 3)

“Pues por ejemplo los propios usuarios... cuando yo empecé a trabajar hubiese sido imposible que una asociación de usuarios existiera y más aún que hubieran dicho el mensaje del orgullo loco (...)” (TS 5)

7. ANEXOS

“En los últimos años sí que es verdad que en lo que tradicionalmente le ha pasado al colectivo de la salud mental es que los propios usuarios no eran activista de sus reivindicaciones entonces bueno, por lo menos ya llevamos recorrido... nosotros porque estamos muy atrasados en Aragón pero bueno que ya llevamos igual 10 años en los que el movimiento asociativo ya ha dejado de ser solo de familiares y los usuarios han hecho sus propios grupos, están haciendo esos movimientos... entonces quiero decirte que, pues eso, en Andalucía por ejemplo hay una federación de asociaciones de usuarios, fíjate lo que te estoy contando...” (TS 6)

“(...) Además los cambios que tienen que ver con lo social y con las creencias pues bueno, hay que darle tiempo y lo que decimos, tampoco llevamos tanto en el fondo, pero poco a poco” (TS 6)

– CATEGORÍA 10: Propuestas de intervención por parte de los entrevistados

“Desde los centros de salud mental derivan a personas a los talleres ocupacionales... la realidad de lo que se trabaja aquí día a día y de cómo se trabaja muchas veces no es conocida. El cómo se trabaja dentro de la nave muchas veces no es conocido por la sociedad ni mucho menos por profesionales de salud mental. El cómo responden ellos a todas las situaciones de presión, es que le daría muchísimo valor y reconocerían un recurso que realmente es que es prioritario... de manera indirecta se estaría desestigmatizando porque estarían viendo todo lo capaces que son...” (TS 3)

“Si se trivializan determinados conceptos y se banalizan es posible que se pueda extraer del concepto de enfermedad mental ese tipo de cuestiones. Esto es algo así como decir “el bosque está siempre lleno de lobos, pero si conoces los lobos y los lobos son buenos, el bosque ya no tiene peligro”, pues esto es un poco lo mismo. Si seguimos asociando el manicomio como un elemento de peligro pues evidentemente puede que sigamos teniendo esos estereotipos, sin embargo si lo vemos en cosas que son muy triviales lo habremos mitificado, habremos hablado de manicomios antiguos, o de formas de atender anteriormente a la situación actual, que por suerte en España ya no hay centros de esas características. O son muy marginales los que existen y la normalización de la atención implica que no sale una campaña diciendo “no pongas debajo de mi casa un centro de salud mental”, nadie dice eso ahora” (TS 4)

“Hacer una serie de televisión o película que salgan personas que tienen enfermedad mental, trastorno mental grave pero que sean personajes normales y corrientes, no peligrosos ni graciosos sino todo lo contrario. Pues es que en las series de los 80 y 90 vuelvo a poner el estigma de los homosexuales... pues es que cuando salía un homosexual era para reírse de esa persona, ponerlos de forma peyorativa... que no me toque, el homosexual no tiene inhibición... Pero a partir de unos años cuando se empezó a trabajar con eso empezaron a salir personajes homosexuales, pues esto tendría que salir también... Lo cotidiano, eso sería lo importante, pues que se viera que va a su trabajo, que tiene a lo mejor que ir a veces al psiquiatra, que tiene sus malos momentos y sus buenos como todo hijo de vecino... (TS 5)

“A mí por ejemplo se me ocurre que cuando vamos a pedir una exposición pues digamos que vamos a ir personas adultos, que no estemos ya profesionales etiquetando para que luego ya digan ya viene un grupo de enfermos mentales... y es como ya crear un poco “te estoy avisando”, sino que simplemente pues bueno, ¿qué somos? Un grupo de personas adultas que quiere ir a ver una

7. ANEXOS

exposición, pues eso, pequeñas acciones de ese tipo. Igual no tenemos que estar todo el día diciendo el diagnóstico que tienen las personas” (TS 6)

“(…) Luego otra cosa que hay que hacer es la investigación, claro cuánto más hablemos de esto más se sabrá... Por ejemplo el colegio de trabajo social nos financió un curso de formación sobre sistematización como metodología, entonces a raíz de esa formación que nos permitió sacar a la luz pues esa cosa más cualitativa de qué hacemos en Espacio Visiones que mejore el empoderamiento y tal, hicimos un trabajo de sistematización y salieron cosas muy interesantes (...) y que luego el resultado pueden compartirlo con los ciudadanos pues esto da un sentido a todo, también ayuda a desestigmatizar. Entonces pues todo lo que empodera va contra el estigma y el autoestigma. (TS 6)

“Antes los periodistas preguntaban: “oye y... ¿qué diagnóstico tiene?” y les decíamos pues es que eso no os interesa, no es relevante... entonces ahora claro ni lo preguntan y ya van mucho más a lo positivo, a resaltar lo importante... Al fin y al cabo es como todo, tienen que aprender pues bueno... es una labor que tenemos los profesionales que hacer, nosotros tampoco sabíamos, entonces siempre hemos dicho que tendríamos que hacer continuamente pues Observatorios pues para controlar las noticias de prensa, trabajar con la prensa con cursos de formación...” (TS 6)

“Yo creo que es uno de los colectivos con más tasa de desempleo, en un país en el que es obligatorio contratar a partir de ciertos trabajadores un porcentaje de la plantilla con discapacidad. ¿Cómo se lee eso? (...) desde mi punto de vista un planteamiento político dañoso... porque si existe un porcentaje para discapacidad pero luego todos estamos en el mismo saco... (...) De ese 2% obligatorio a partir de tantos trabajadores, que un porcentaje concreto sea para trabajadores con discapacidad asociada a la salud mental. A veces hay que forzarlo y que el cambio político vaya a la par que el social. Entonces, si realmente tenemos personas con TMG supuestamente integradas en la sociedad, bien, esto me parece muy bien. Pero cómo se come que no accedan al mundo laboral. Tú me estás hablando de integración, algo está en tus manos que no estás haciendo. Tienes que integrar si o si” (TS 7)

OTROS TESTIMONIOS OBTENIDOS EN EL GRUPO FOCAL

– CATEGORÍA 3: Esferas de la persona

– Subcategoría 1: Familia

“(…) de mi familia nadie me ha rechazado, ni me ha echado nada en cara, ni me ha insultado”

“Mi familia me trataban muy bien, mis padres siempre me han tratado muy bien, se han preocupado por mí, me daban cariño, amor, dinero, mi tía también y no me puedo quejar”

“Yo estuve ingresada hace 3 años o así en el Royo Villanova, tuve una recaída y mis padres se portaron muy bien, venían todos los días a verme (...)”

7. ANEXOS

“Mi propia familia me estigmatizó, de hecho decían que era una vago, que no me levantaba de la cama, que no iba a trabajar ni a estudiar... Unas broncas y unos cabreos que no te puedes hacer a la idea...”

“Cuando la familia por ejemplo tiene una persona así, a mí me ha pasado y a otra mucha gente, que piensa que en vez de estar enfermo, es que no quieres trabajar, te tachan de vago...”

“(...) también es que nos sentimos a veces incomprendidos por la sociedad o que puede darse algún familiar que no te entiende o no te comprende lo suficiente, esto no tiene que pasar siempre, pero alguna vez puede ocurrir...”

– Subcategoría 2: Círculo de amistades

“Yo es que también... con mis amistades de antes... a veces pienso si es que yo no me merezco que me traten así y por eso no me relaciono con ellos, no es tampoco una cosa muy personal, pero ahora pues quiero pasar página y olvidarme ya de eso y no juntarme con ellos, aunque insistan... Yo creo que tienen culpabilidad claro, porque si no no insistirían tanto...”

“(...) con un amigo que estudiábamos juntos y él era muy buen compañero y salíamos juntos, vivía cerca de mí, se fue a Londres a estudiar, volvía y me visitaba, nos juntábamos y de repente cuando se enteró que estaba ingresado y vino a verme, a visitarme a la planta de agudos, lo vio todo y ya no quiso saber nada más, ya pasó de mi...”

“(...) compañeros míos que es que ha llegado hasta un punto que he decidido ni tener amistad ni nada, ¿sabes? Les he dicho que no quiero volver a salir con ellos a ningún sitio, no me ha gustado el trato que me han dado, me han tratado mal, se han reído de mí, me han hecho la burla y luego encima tenían el objetivo de querer que siguiera en el grupo con ellos y yo ya lo he dejado por zanjado el tema, mejor solo que mal acompañado”

“Yo por ejemplo, al estar en el Servet la gente dejó de comunicarse conmigo y entonces pasé muchas horas con gente que tenía algún tipo de trastorno como yo... y entonces [...] pasé a estar con gente que vale, está mal pero ellos me van a entender mejor que nadie, a lo mejor uno tiene esquizofrenia, el otro trastorno bipolar, el otro tiene otra cosa... pero son gente para mí... amigo no es cualquiera y yo de las personas que me dejaron tirada en su día es que no quiero saber absolutamente nada”.

“Yo creo que el problema que tengo es que tengo dificultades a la hora de relacionarme con la gente” (...) “Yo pienso que puede influir mucho [en nuestra forma de sentirnos] lo que la sociedad pueda pensar de nosotros o lo que nos puedan decir, ¿no?, otra cosa es realmente que experimentemos dificultades a la hora de hacer las cosas, lo que sea, o estudiar o salir con alguna amistad...”

7. ANEXOS

– Subcategoría 3: Sociedad / Comunidad

“Yo he visto en mi calle, a un chico que también tiene una enfermedad mental y nos decía que hablaban de él: “Ay, mira ese, es que no hace nada, yo no lo veo tan mal...””.

“A mí me han llegado a estereotipar hasta el propio psiquiatra porque resulta que yo voy a visiones, y pues allí nos dicen: “Bueno valéis algo tal, sois artistas, no os vengáis abajo” y todo esto yo se lo contaba al psiquiatra, le decía: “Yo dibujo, me considero artista” y él me dice ese día tal cual: “Tú no has estudiado nada” como diciendo que el arte que yo le puedo proporcionar es basura. El propio psiquiatra dijo eso...”

“Yo las personas que conozco, a veces te tratan como si fueras una persona... como si fueras especial o algo, como si fueras un deficiente...”

“Yo creo que la gente que tiene trastorno mental es muy difícil que tenga con quien asociar porque la gente que te rodea te imagina”

“Sí, la verdad que un poco de miedo sí que parece que... o no miedo sino un poco como de recelo, no sé, tampoco quieren entablar mucho contacto con nosotros”

– Subcategoría 4: Laboral y estudios

“Pues mira (...) en la entrevista para matricularme, el jefe de departamento y el jefe de estudios, ellos estaban sentados en su mesa y yo mucho más apartada y empezaron a hablarme como si fuera tonta me decían: “tendrás que hacer exámenes, venir temprano, tal” y yo les decía: que se cómo va todo, e intentaron por todos los medios que no me matriculara pero no, no, yo dije: “Yo me matriculo y punto”

“Cuando yo fui a la estudiar mis compañeros se rieron de mí”

– CATEGORÍA 4: Medios de comunicación

“La tele... normalmente el estereotipo más común se suele vincular con gente que es peligrosa”

“(...) esto no corresponde con la realidad... para nada, no sé si es que se están riendo de nosotros pero nos toman por... como esto que sale de “un enfermo mental ha cogido un rifle de su padre y le ha pegado un tiro en la frente”... y ahhh, es que era un esquizofrénico...”

“Pues en una serie que se llama “La Que Se Avecina” hay un personaje que actúa que interpretaba a una esquizofrénica. Y la escena era la esquizofrénica cenando con su familia y teniendo una crisis, empezaba a romper platos, tirándose al suelo, empezaba a pegarle a todo el mundo... y yo dije: pero bueno, ¿esto qué es?”

7. ANEXOS

“Hay una serie que se pasan tres pueblos, una policíaca de estas que están investigando al asesinato y siempre meten a un enfermo mental. Y cómo lo pintan... pues... que siempre el asesino es un enfermo mental. Entonces la gente asocia enfermedad con violencia”

“Yo creo que ha evolucionado mucho porque al principio cuando tenía yo seis o siete años si hablabas de trastorno mental, lo hacían de un modo despectivo y actualmente los medios de comunicación han cambiado mucho”

“Había, no sé si os acordáis de una serie que echaban en los años 80 y 90 el equipo A que había uno que decían que estaba loco y era el piloto de avión... y lo trataban como un loco”

