



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

Programa de educación para la salud contra el
estigma social de la esquizofrenia.

Health education program against the social stigma of
schizophrenia.

Autora

Ariadna Ferrer de la Torre

Director

José Manuel Granada López

Facultad de Ciencias de la
Salud de Zaragoza

2019

Agradecimientos

A Carmen Asensio y las enfermeras de la Unidad de Salud Mental del Hospital Universitario Miguel Servet, por su ayuda en este proyecto y motivarme en mi camino hacia esta especialidad.

A mi tutor, José Manuel Granada, por su paciencia y consejos.

A Miguel Ariño, Esther Samaniego y Andrés Llena, por ser una fuente de inspiración y ánimo.

A mi familia y amigos, por su cariño y apoyo incondicional.

A Javi, por todo el impulso y fuerza que me da en cada uno de mis propósitos.

A la Enfermería, por despertar en mí una pasión que desconocía.

Índice

Resumen	1
Introducción	1
Objetivo principal	1
Metodología	1
Conclusiones	1
Palabras clave	1
Abstract	2
Introduction	2
Main objective	2
Methodology	2
Conclusions	2
Key words	2
Introducción	3
Justificación	6
Objetivos	7
Objetivo general	7
Objetivos específicos	7
Metodología	8
Búsqueda bibliográfica	8
Diseño del programa	9
Captación	9
Controles programados	9
Educación para la salud	9
Valoración	10
Diagnósticos NANDA	10
Intervención enfermera específica	11
Desarrollo	12
Objetivos del programa de educación para la salud	12
Contexto en el que se desarrolla el programa	13

Población diana, lugar de realización y aforo	17
Recursos	17
Captación	19
Preparación al curso.....	20
Cronograma	21
Programación de las sesiones	23
Sesión 1: Presentación y charla sobre los mitos y las realidades de la esquizofrenia.....	23
Sesión 2: Charla y reflexión sobre cómo los medios de comunicación afectan al estigma.	23
Sesión 3: Cinefórum: Encuentro y tertulia con personas que padecen una enfermedad mental.....	24
Sesión 4: Detección y reflexión sobre las propias conductas tóxicas hacia este colectivo.	24
Sesión 5: Concienciación sobre la importancia de la desestigmatización en la salud mental.....	24
Evaluación	25
Indicadores.....	26
Indicadores de estructura	26
Indicadores de proceso	27
Indicadores de resultados	28
Conclusiones	29
Bibliografía	30
ANEXOS.....	36
ANEXO 1: Dinámica generadora del estigma.....	36
ANEXO 2: Dinámica perpetuadora del estigma.....	38
ANEXO 3: Tipos de campañas antiestigma.....	39
ANEXO 4: Modelo de la asociación entre el complejo estigma-discriminación relacionado con trastorno mental y suicidio.....	41
ANEXO 5: Póster de captación tamaño A3.....	42
ANEXO 6: Díptico informativo tamaño A4 abierto.....	43
ANEXO 7: Cuestionario del ayuntamiento de Zaragoza sobre la Enfermedad Mental.....	44
ANEXO 8: Cuestionario sobre la opinión pública de la esquizofrenia.....	51
ANEXO 9: Escala CAMI.....	58
ANEXO 10: Desarrollo de la segunda sesión del PES.....	66
ANEXO 11: Desarrollo de la tercera sesión del PES.....	80
ANEXO 12: Encuesta de satisfacción del PES.....	82

Índice de tablas

Tabla 1: Resultados de la búsqueda bibliográfica.....	8
Tabla 2: Diagnósticos NANDA de la población diana.....	10
Tabla 3: Diagnósticos NANDA del colectivo afectado.....	10
Tabla 4: Intervención enfermera basada en NANDA-NIC-NOC	11
Tabla 5: Objetivos del Programa de educación para la salud.	12
Tabla 6: Criterios de inclusión y exclusión de la población diana.	17
Tabla 7: Cálculo de recursos inventariables.	17
Tabla 8: Desglose del coste económico del programa.	18
Tabla 9: Objetivos- NANDA- NIC- NOC relacionados con las sesiones.....	20
Tabla 10: Fechas hipotéticas de las sesiones en los meses de junio, julio y agosto.....	21
Tabla 11: Horario.....	21
Tabla 12: Diagrama de Gantt - Cronograma del PES.	22
Tabla 13: Indicadores de estructura.	26
Tabla 14: Indicadores de proceso.....	27
Tabla 15: Indicadores de resultados.....	28

Índice de gráficos

Gráfico N°1: Situación del distrito de Delicias de Zaragoza en color rojo.	13
Gráfico N°2: Mapa del Distrito de Delicias.	14
Gráfico N°3: Indicadores estadísticos del barrio de Delicias.	15
Gráfico N°4: Población por edad y sexo en el barrio de Delicias.	15
Gráfico N°5: Pirámide poblacional en el 2016 en el barrio de Delicias.	15
Gráfico N°6: Población extranjera por continentes en el barrio de Delicias.	16
Gráfico N°7: Países más representados en el barrio de Delicias.	16
Gráfico N°8: Distribución de las viviendas en el barrio de Delicias.	16

Resumen

Introducción

En la actualidad, la salud mental está mejor considerada socialmente que en momentos pasados de la historia. A pesar de ello, y de haber avanzado en términos de comprensión e inclusión, las enfermedades mentales continúan siendo un tema tabú y las personas que las padecen siguen cargando con un gran estigma que las excluye, las invalida y les afecta, tanto en sus relaciones con el entorno como con ellas mismas.

La esquizofrenia tiene un protagonismo especial por el rechazo y temor particular que siempre ha suscitado debido al desconocimiento, mitos y supersticiones que se han generado en torno a ella por la propia sintomatología positiva que la caracteriza. A día de hoy, los medios de comunicación, el boca a boca y la desinformación, siguen perpetuando el estigma social y el autoestigma que afectan negativamente a la salud biopsicosocial de los afectados.

Objetivo principal

Realizar un programa de educación para la salud contra el estigma de la esquizofrenia dirigido a la población adulta del barrio de Delicias de Zaragoza.

Metodología

La metodología utilizada se basa en la búsqueda bibliográfica en diferentes bases científicas (Pubmed, Scielo...), páginas web (esquizofrenia24x7, OMS...) y libros relacionados con los cuidados de enfermería y la esquizofrenia.

Conclusiones

La mejor manera de combatir el estigma es educar a la sociedad sobre la enfermedad, mejorando así la calidad de vida de los pacientes al disminuir los problemas derivados propios del estigma como son la exclusión social, la depresión, la desesperanza y la baja autoestima; facilitando la adhesión al tratamiento y el afrontamiento eficaz de la enfermedad.

Palabras clave

"ESQUIZOFRENIA", "ENFERMEDAD MENTAL", "ENFERMERÍA", "ESTIGMA SOCIAL", "SUICIDIO".

Abstract

Introduction

Nowadays, mental health is socially better considered than in past moments of history. Despite this, and having advanced in terms of understanding and inclusion, mental illnesses continue being a taboo subject and people who suffer from them continue to carry a great stigma that excludes, invalidates and affects them, both in their relationships with the environment as with themselves.

Schizophrenia plays a special role due to the particular rejection and fear that it has always aroused because of the lack of knowledge, myths and superstitions that have been generated around it caused by the positive symptomatology that characterizes it. To this day, the media, word of mouth and misinformation continue to perpetuate the social stigma and self-stigma that negatively affect the biopsychosocial health of those affected.

Main objective

To carry out a health education program against the stigma of schizophrenia aimed at the adult population of Delicias' neighborhood of Zaragoza.

Methodology

The methodology used in this health program is composed of a bibliographic search in different scientific bases (Pubmed, Scielo...) websites (esquizofrenia24x7, OMS...) and books related to nursing care and schizophrenia.

Conclusions

The best way to combat stigma is to educate society about the disease, thus improving the quality of life of patients by reducing the problems arising from stigma such as social exclusion, depression, despair and low self-esteem; facilitating adherence to treatment and effective coping of the disease.

Key words

"SCHIZOPHRENIA", "MENTAL ILLNESS", "NURSING", "SOCIAL STIGMA", "SUICIDE".

Introducción

La esquizofrenia es una enfermedad mental grave con importantes consecuencias para la salud de los afectados y para sus relaciones familiares y sociales. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), más de 21 millones de personas en el mundo la padecen, siendo más prevalente en hombres (12 millones) que en mujeres (9 millones)^{1,2}.

Es una enfermedad que, por sus características (enfermedad mental, sintomatología psicótica, cronicidad, etc.) tiende a fomentar conductas estigmatizantes, tanto en la sociedad general como en algunos profesionales de la salud.

El estigma de la esquizofrenia tiene un gran efecto negativo sobre la funcionalidad de los pacientes. Este estigma consiste en la "etiqueta" devaluadora y degradante que la sociedad vincula a la enfermedad, separando como distintos o indeseables a las personas que la padecen. El estigma tiene diferentes dominios (personal, familiar, social y de la propia enfermedad), y cuenta con una dinámica generadora (anexo 1) y una dinámica perpetuadora (anexo 2), lo que hace que sea difícil de eliminar. Además, existen diversos factores que fomentan el estigma como son los episodios ocasionales de violencia, su imagen pública y el alarmismo en los medios de comunicación^{2,3}.

Existen tres tipos de estigma:

1. Estigma social: fenómeno de discriminación social fundamentado en prejuicios degradantes sobre los pacientes con esquizofrenia.
2. Estigma estructural o institucional: Normas y procedimientos de las entidades públicas o privadas que restringen los derechos de los pacientes; es la puesta en práctica institucional de la ideología predominante³.

3. Estigma internalizado o autoestigma: es la aceptación e interiorización del estigma social por parte de los propios pacientes, de manera que asumen los estereotipos sobre sí mismos y anticipan y justifican el rechazo social. Este autoestigma afecta a su autoestima, sentido de autoeficacia y salud mental. Es frecuente que el autoestigma esté asociado a rechazar ayuda profesional y abandonar el tratamiento como un intento de huir de la enfermedad. El incumplimiento terapéutico no sólo es un problema común en la práctica médica, sino que es la mayor causa de recaídas en la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos; en gran parte vinculado con mayores tasas de suicidio³⁻⁹.

Dado que la estigmatización en la esquizofrenia es un problema relevante, se han diseñado diversos programas para reducir el estigma, y al estudiarse, se ha comprobado que afectan positivamente en la recuperación funcional de este tipo de pacientes. Se han descrito varios tipos de estrategias antiestigma basadas en intervenciones sobre la población general, intervenciones para mejorar la imagen en psiquiatría, intervenciones sobre los medios de comunicación, sobre los profesionales sanitarios y sobre los propios pacientes y familiares (Anexo 3)^{1,2,10,11}.

No hay que olvidar que, como consecuencia de los déficits que la propia enfermedad genera, quienes la padecen tienen dificultades para provocar los cambios sociales que su situación requiere. Por ello, cobra relevancia la obligación de los profesionales de salud de defender los derechos de los pacientes, así como enuncia el artículo 14 de la Constitución Española de 1978 (C.E): "Los españoles son iguales ante la ley, sin que pueda prevalecer discriminación alguna por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social". En el artículo 10 de la C.E en relación con el artículo 43 se reconoce la dignidad de la persona y el derecho a la protección de la salud. Son las sociedades científicas, las administraciones sanitarias, las asociaciones de pacientes y familiares, las empresas y las industrias involucradas en la salud mental, las que deben fomentar estos cambios sociales¹²⁻¹³.

Los profesionales de enfermería no sólo tienen el deber de proteger los derechos fundamentales de los pacientes, sino que además tienen en sus funciones la oportunidad de educar e informar a la sociedad para intentar destruir el estigma social y el autoestigma que padecen estos pacientes. De hecho, Hildegard Peplau, la figura más importante de la enfermería psiquiátrica, afirmó a lo largo de su carrera que "La enfermería es un instrumento educativo". Peplau, además, en 1950 desarrolló su teoría "Modelo de las relaciones interpersonales", que se basa en cómo la relación enfermera-paciente está estrechamente relacionada con la mejora de la salud de éstos, otorgando así un papel fundamental a la enfermería¹⁴.

Combatiendo el estigma no sólo se destruye este problema social, sino que indirectamente facilitamos que el paciente no se aíse, cuente con apoyo social y sea tratado de manera respetuosa por el resto de ciudadanos, aumentando así su bienestar, por lo que el incumplimiento del tratamiento y las consecuencias de esto será más improbable. Es decir, la labor de enfermería es importante combatiendo el estigma porque su resultado será la mejora de la salud biopsicosocial de los afectados; además de ayudar a construir una sociedad más informada y justa en la que vivir^{1,3,7,10-12}.

Justificación

Debido a la negativa y escasa información que proporcionan los medios de comunicación sobre las enfermedades mentales, existe una importante estigmatización hacia las personas que las padecen. Es por ello que se considera necesario realizar un cambio que no solo logre crear una conciencia social justa basada en datos y hechos verídicos en cuanto a este tema, sino que también se propone que las personas afectadas puedan llegar a sentirse liberadas del estigma y ser tratadas con la dignidad que merecen y que tienen reconocida como derecho fundamental ^{1,3,6,7,12-13}.

Sin duda, este tema es importante ya que los últimos estudios del Instituto Nacional de Estadística (INE) reflejan que más de 21.000 personas padecen esquizofrenia en España¹⁵.

Múltiples investigaciones estudian la relación que tienen diversos factores de riesgo con el trastorno mental y el suicidio, el cual está reconocido como problema de salud pública por la OMS desde el 2004. La mayoría de estudios coinciden en que la sintomatología positiva, junto con el abandono del tratamiento, es el factor más relacionado con el suicidio consumado en pacientes con esquizofrenia. Sin embargo, algunas investigaciones también exploran la asociación particular entre estigma y discriminación relacionada con trastorno mental y suicidio^{9,16-20}. Campo-Arias y Herazo²¹ proponen el concepto "complejo estigma-discriminación asociado a trastorno mental" (CEDATM), que configura una barrera para acceder a servicios de salud mental y cumplir el plan terapéutico. El modelo para estos mecanismos se muestra en el anexo 4. Del mismo modo, presentan la comprensión y la reducción del CEDATM internalizado como principales medidas en la prevención del suicidio.

Cuidar y entender a los pacientes desde un punto de vista holístico, de manera integral y buscando su bienestar biopsicosocial, es deber de enfermería; por ello promover la salud mental no sólo es trabajo de las enfermeras especialistas, sino de la Enfermería en general²².

Objetivos

Objetivo general

Realizar un programa de educación para la salud contra el estigma de la esquizofrenia dirigido a la población adulta del barrio Delicias.

Objetivos específicos

1. Diseñar un programa de educación para la salud adaptado a la realidad social de la población española actual.
2. Explorar diversas maneras de eliminar en la sociedad los diferentes tipos de estigma a través de la educación y la información veraz sobre la esquizofrenia.
3. Proporcionar a los profesionales de enfermería una herramienta que logre aumentar el bienestar biopsicosocial de las personas que padecen esquizofrenia.

Metodología

Búsqueda bibliográfica

Para la elaboración de este programa de educación para la salud (PES) se ha utilizado información procedente de bases de datos, artículos científicos, libros, encuestas, instrumentos de medición, escalas, evaluaciones y tests.

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos en ciencias de la salud, como PUBMED y SCIELO. Para ello, se seleccionaron palabras clave como: "Schizophrenia", "Mental illness", "Social stigma", "Nursing", "Suicide" junto con el operador booleano AND.

Como limitadores de la búsqueda de artículos científicos relevantes:

- Artículos con publicación posterior a 2008.
- Artículos en español o inglés.
- Artículos con acceso gratuito al texto completo.

También se ha utilizado bibliografía disponible en la Unidad de Salud Mental del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza y del Centro de Salud Mental Delicias.

Tabla 1: Resultados de la búsqueda bibliográfica.

	Palabras clave + AND	Artículos encontrados	Artículos empleados
PubMed	"Schizophrenia"	18	9
OMS	"Mental illness" "Social stigma" "Nursing" "Suicide"	4	2
Scielo		8	4
Elsevier		6	5
TOTAL		36	20

Fuente: Elaboración propia.

Diseño del programa

Captación

El PES se planteará al personal de enfermería del Centro de Salud Delicias Sur, que se encargará de realizar la captación de la población en un plazo máximo de dos meses.

También se contactará con la Asociación de Vecinos del barrio Delicias, el personal de enfermería del Centro de Salud Mental Delicias y el personal del Centro Cívico Delicias para la difusión del PES a través de carteles y dípticos informativos.

Controles programados

El PES constará de cinco sesiones teórico-prácticas presenciales, las cuales se desarrollarán semanalmente a lo largo de dos meses.

En la primera sesión se realizará una valoración de los conocimientos de los participantes sobre la esquizofrenia, que se contrastará con la siguiente valoración que se realice al finalizar el PES.

Al finalizar las sesiones se realizará una evaluación del PES.

Educación para la salud

En las sesiones se utilizarán diferentes técnicas de educación comunitaria como técnicas expositivas, aprendizaje colaborativo, desarrollo de habilidades, escucha activa, educación entre iguales, y preguntas elitivas.

Valoración

Diagnósticos NANDA

Diagnósticos de la población diana:

Tabla 2: Diagnósticos NANDA de la población diana.

Código	Enunciado
(00126)	Conocimientos deficientes relacionados con interpretación errónea de la información manifestado por comportamientos exagerados y petición de información.
(00161)	Disposición para mejorar los conocimientos manifestado por interés en el aprendizaje.

Fuente: Elaboración propia.

Diagnósticos principales del colectivo afectado:

Tabla 3: Diagnósticos NANDA del colectivo afectado.

Código	Enunciado
(00053)	Aislamiento social relacionado con comportamiento social no aceptado manifestado por expresión de sentimientos de soledad o de rechazo.
(00099)	Mantenimiento ineficaz de la salud relacionado con afrontamiento individual ineficaz manifestado por falta de adhesión al tratamiento, falta demostrada de conductas adaptativas a los cambios del entorno.
(00150)	Riesgo de suicidio relacionado con expresión explícita de deseo de morir, abuso de sustancias, situación social desfavorable, desesperanza y soledad.
(00153)	Riesgo de autoestima situacional baja relacionado con rechazo social por la enfermedad ²³ .

Fuente: Elaboración propia.

Intervención enfermera específica

Tabla 4: Intervención enfermera basada en NANDA-NIC-NOC

Diagnóstico NANDA	Intervención NIC	Resultado NOC
<p>(00126) Conocimientos deficientes r/c interpretación errónea de la información m/p comportamientos exagerados y petición de información.</p>	<p>(5510) EDUCACIÓN PARA LA SALUD.</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar el contexto personal y el historial sociocultural de la conducta sanitaria personal, familiar o comunitaria. • Formular los objetivos del programa de Educación para la salud. • Identificar los recursos (personal, espacio, equipo, dinero, etc.) necesarios para llevar a cabo el programa. • Utilizar debates de grupo para influir en las creencias, actitudes y valores que existen sobre la salud mental. • Utilizar formación informatizada, televisión, vídeos interactivos y demás tecnologías para proporcionar la información. <p>(8700) DESARROLLO DE UN PROGRAMA</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar los objetivos para dirigir la(s) necesidad(es) o el(los) problema(s). • Describir métodos, actividades y un marco temporal para su ejecución. • Identificar los recursos y las restricciones para la aplicación del programa. • Planificar la evaluación del programa. • Conseguir la aceptación del programa por parte del grupo diana, de los proveedores y de grupos relacionados. • Contratar personal para llevar a cabo y dirigir el programa. Conseguir los recursos necesarios. 	<p>(2701) ESTADO DE SALUD DE LA COMUNIDAD.</p> <p>INDICADORES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • (270102) Prevalencia de programas de promoción sanitaria. • (270107) Tasas de participación en programas de salud social. • (270120) Tasa de enfermedades mentales. • (270130) Representación de las características demográficas de la población en los planes y en la evaluación asistenciales.
<p>(00161) Disposición para mejorar los conocimientos m/p interés en el aprendizaje.</p>	<p>(4470) AYUDA EN LA MODIFICACIÓN DE SÍ MISMO.</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Animar al paciente a examinar los valores y creencias personales y la satisfacción con ellos. • Valorar las razones del paciente para desear cambiar. • Explorar con el paciente las barreras potenciales al cambio de conducta. • Identificar con el paciente las estrategias más efectivas para el cambio de conducta. 	<p>[2805] CONTROL DEL RIESGO SOCIAL: VIOLENCIA.</p> <p>INDICADORES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • (280506) Estrategias para controlar el contenido violento en los medios de comunicación. • (280508) Programas educativos sobre prevención de violencia. • (280511) Aceptación de la diversidad de la población²⁴.

Fuente: Elaboración propia.

Desarrollo

El estigma se ha estudiado a través de las creencias y las actitudes de la población hacia las personas con un diagnóstico psiquiátrico. Algunos estudios muestran que el nivel de información que una persona tiene sobre un diagnóstico psiquiátrico está relacionado con las actitudes hacia esa población. Esta parece ser una relación dialéctica, pues se ha encontrado que los prejuicios hacia un determinado grupo social influyen en el nivel y el tipo de información que se aprende sobre ese grupo²⁵. Según Corrigan y Shapiro²⁶, la información puede disminuir los prejuicios directamente a través del cuestionamiento de los mitos e indirectamente mediante el incremento de la conciencia sobre la situación de estas personas.

En base a lo anterior, se han desarrollado los objetivos del PES.

Objetivos del programa de educación para la salud

Tabla 5: *Objetivos del Programa de educación para la salud.*

OBJETIVO PRINCIPAL
<ul style="list-style-type: none">• Reducir el estigma de la esquizofrenia en la población adulta sana del barrio de Delicias de Zaragoza.
OBJETIVOS ESPECÍFICOS
<ol style="list-style-type: none">1. Detectar y eliminar los comportamientos tóxicos que tiene la sociedad hacia las personas con esquizofrenia que afectan a su calidad de vida y bienestar biopsicosocial.2. Demostrar como una normalización y aceptación de la esquizofrenia en los grupos más allegados al paciente (familia, amigos y personal sanitario) afecta positivamente a la salud biopsicosocial de las personas con esta enfermedad.3. Conseguir la participación de la población diana mediante una campaña de cartelería y difusión.

Fuente: *Elaboración propia.*

Contexto en el que se desarrolla el programa

El programa se va a desarrollar en el barrio Delicias de Zaragoza, el cuál es el barrio más poblado de la ciudad, con 102.998 personas residiendo en él.

El barrio Delicias está situado en el distrito Delicias, el cuál limita con los distritos de La Almozara, Centro, Oliver-Valdefierro y Universidad. Se divide en los barrios de La Bombarda, La Bozada, Delicias, Ciudad Jardín, Monsalud, Parcelación Barcelona y Parque Roma. Tiene una extensión de 3,28 km², delimitando con la Avenida de Navarra por el norte, con la Avenida de Gómez Laguna por el sureste, y con la Vía Hispanidad por el sudoeste^{27,28}.

Gráfico N°1: Situación del distrito de Delicias de Zaragoza en color rojo.



Fuente: Wikimedia Commons.

Gráfico N°2: Mapa del Distrito de Delicias.



Fuente: Padrón Municipal de Zaragoza del año 2018.

El barrio de Delicias forma parte del sector III de Zaragoza, el cual cuenta con dos hospitales (Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa y Hospital Geriátrico San Jorge) , un centro de especialidades (Centro de Especialidades Inocencio Jiménez), tres centros de salud mental (Centro de Salud Mental Delicias, Centro de Salud Mental Hospital Clínico Universitario y Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil del Hospital Clínico Universitario) y dos centros de rehabilitación psicosocial (Centro de Rehabilitación Psicosocial Nuestra Señora del Pilar y Centro de Rehabilitación Psicosocial La Romareda)²⁷.

Junto con el casco histórico, la Junta Municipal de Delicias es la que tiene mayor densidad de población y más personas extranjeras. Su población está envejecida, con muchos mayores que viven solos. El nivel de renta es bajo y desigual según sectores. En 2016 se calculó que la renta media era de 10.156€ y que el 35,92% de la población no cuenta con estudios, mientras que el 11,29% cuenta con educación superior²⁹.

Gráfico N°3: Indicadores estadísticos del barrio de Delicias.

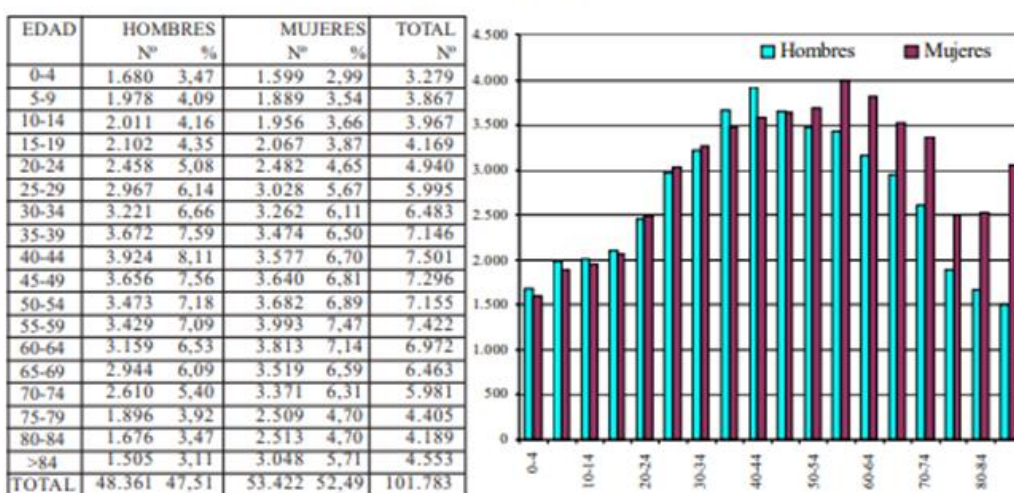
INDICADORES ESTADÍSTICOS

Superficie:	3.284.606 m ²	Tasa de Dependencia:	56,40 %
Densidad Población (hab/km ²):	30.987,89	Tasa de Envejecimiento:	230,28 %
Edad Media Hombres:	45 años, 8 meses, 4 días.	Tasa de Sobreenvejecimiento:	17,79 %
Edad Media Mujeres:	49 años, 1 mes, 15 días.	Índice de Juventud:	43,43 %
Población Española:	77,94 %	Índice de Maternidad:	15,23 %
		Índice de Tendencia:	84,79 %
		Tasa de Reemplazo:	75,97 %
		Índice de Infancia:	10,92 %

Fuente: Padrón municipal de Zaragoza del año 2018.

Gráfico N°4: Población por edad y sexo en el barrio de Delicias.

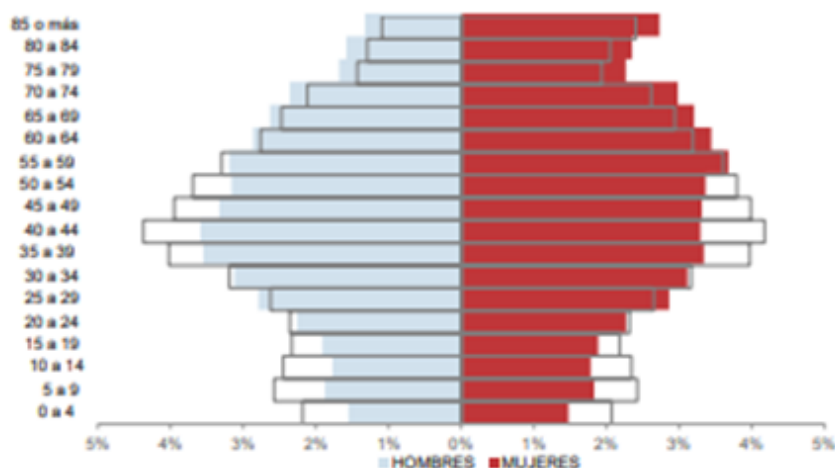
POBLACIÓN POR EDAD Y SEXO



Fuente: Padrón Municipal de Zaragoza del año 2018.

Gráfico N°5: Pirámide poblacional en el 2016 en el barrio de Delicias.

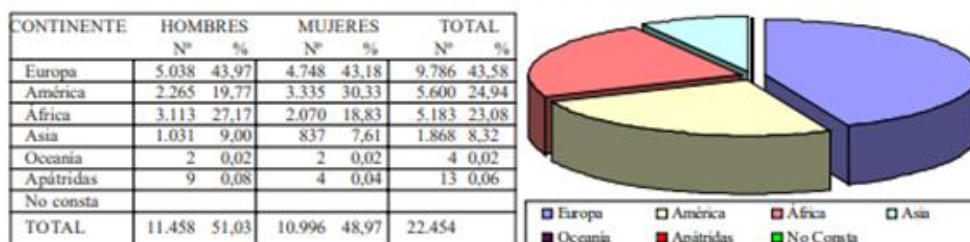
PIRÁMIDE POBLACIONAL EN EL 2016



Fuente: Dossier del Observatorio Urbano de Zaragoza y su Entorno 2018.

Gráfico N°6: Población extranjera por continentes en el barrio de Delicias.

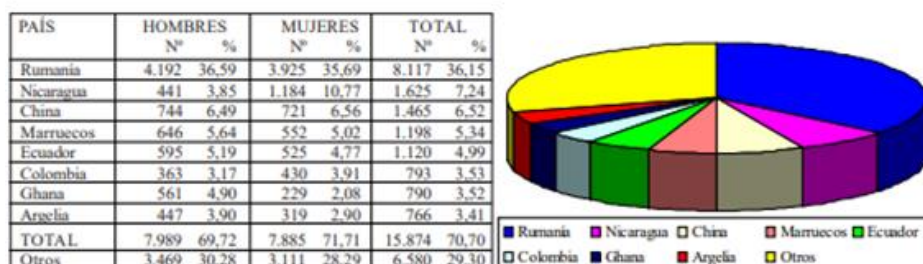
POBLACIÓN EXTRANJERA POR CONTINENTES



Fuente: Padrón municipal de Zaragoza del año 2018.

Gráfico N°7: Países más representados en el barrio de Delicias.

PAÍSES MÁS REPRESENTADOS

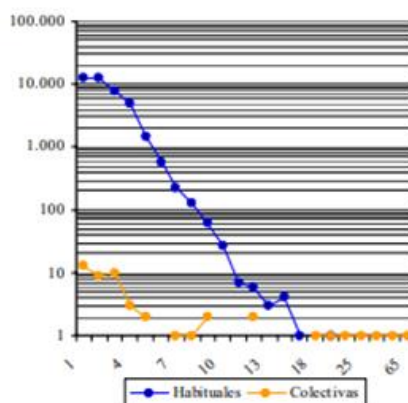


Fuente: Padrón municipal de Zaragoza del año 2018.

Gráfico N°8: Distribución de las viviendas en el barrio de Delicias.

DISTRIBUCIÓN DE LAS VIVIENDAS

VIVIENDAS OCUPADAS CENSADAS	Total		
	Habituales	Colectivas	
Totales	40.289	40.239	50
Con 1 residente	12.448	12.435	13
Con 2 residentes	12.579	12.570	9
Con 3 residentes	7.781	7.771	10
Con 4 residentes	4.952	4.949	3
Más de 4 residentes	2.529	2.514	15
Con menores de 17 años	7.872	7.871	1
Con mayores de 64 años	17.681	17.656	25
Sólo mayores de 64 años	11.619	11.611	8
Sólo mayores de 84 años	2.232	2.232	0



VIVIENDAS MÁS FRECUENTES

- * 6.018 viviendas presentan 1 ocupante de entre 35 y 64 años.
- * 4.797 viviendas presentan 1 ocupante de entre 65 y 84 años.
- * 4.171 viviendas presentan 2 ocupantes de entre 65 y 84 años.
- * 2.755 viviendas presentan 2 ocupantes de entre 35 y 64 años.
- * 2.022 viviendas presentan 1 ocupante mayor de 84 años.

Fuente: Padrón municipal de Zaragoza del año 2018.

Población diana, lugar de realización y aforo

Este PES está dirigido a las personas entre 18 y 65 años de edad pertenecientes al barrio Delicias de Zaragoza.

Tabla 6: Criterios de inclusión y exclusión de la población diana.

Criterios de inclusión	<ul style="list-style-type: none">• Personas mayores de edad pertenecientes al barrio Delicias• Personas de ambos sexos pertenecientes al barrio delicias.
Criterios de exclusión	<ul style="list-style-type: none">• Personas pertenecientes a otros barrios• Personas menores de edad que residen en el barrio Delicias• Personas jubiladas que residen en el barrio delicias

Fuente: Elaboración propia.

Su realización tendrá lugar en el Centro Cívico de Delicias y el aforo máximo del aula para cada sesión será de veinticinco personas.

Recursos

Recursos humanos: profesionales de enfermería, un profesional en periodismo y el equipo de la Asociación Aragonesa Pro Salud mental (ASAPME) y/o del Centro de Salud Mental Delicias.

Bibliografía: revistas científicas, libros, acceso a Internet.

Material inventariable: ordenador, cañón de proyección, altavoces, películas, medidores analíticos y clínicos, balanzas, expositores, encuestas y bolígrafos.

Material diverso: carteles, dípticos, cuestionarios, escalas.

Tabla 7: Cálculo de recursos inventariables.

IMPRESOS	1 ^a SESIÓN	SESIÓN FINAL	TOTAL
CUESTIONARIOS POR PERSONA	2	2	
ESCALAS POR PERSONA	1	1	
EVALUACIÓN DE SATISFACCIÓN POR PERSONA	0	1	
IMPRESOS TOTALES POR PERSONA	3	4	7

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 8: Desglose del coste económico del programa.

CONCEPTO	CANTIDAD	COSTE	TOTAL
Profesional de enfermería	1	60€ por sesión docente individual. 25€/hora al impartir una sesión docente junto con otro profesional.	1.060€
Profesional en periodismo	1	25€/hora al impartir una sesión docente junto con otro profesional.	100€
Colaboración de ASAPME/C.S.M.D	1	Voluntariado	0€
Sala	1	Centro Cívico Delicias	0€
Diseño de cartelería	2	Elaboración propia	0€
Carteles	30	Impresiones DIN A3 COLOR 0,20€	6€
Dípticos informativos	200	Impresiones DIN A4 COLOR por las dos caras 0,09€	18€
Bolígrafos	100	Lote 100 bolígrafos azules en Amazon 14,10€	14,10€
Impresos	700 (7 por participante)	Impresiones DIN A4 B/N 0,02€	14€
Ordenador	1	Portátil propio	0€
Proyector	1	Centro Cívico Delicias	0€
Altavoces	2	Centro Cívico Delicias	0€
TOTAL			1.212,10€

Presupuesto: 1.212,10€

Fuente: Elaboración propia basada en la ORDEN HAP/1600/2016, de 17 de octubre, por la que se da publicidad al acuerdo de 27 de septiembre de 2016, del Gobierno de Aragón publicado en el Boletín oficial de Aragón (BOA) Núm. 220 15/11/2016; y en datos obtenidos de la copistería COPILOWCOST CERBUNA de Zaragoza

Captación

La captación de los asistentes será través de carteles (Anexo 5) y dípticos (Anexo 6) de elaboración propia. Los carteles se colocarán en diferentes zonas del barrio Delicias (calle Delicias, Centro de salud Delicias Sur, Centro de Salud Mental Delicias, Hospital Inocencio Jiménez, Centro de Día ASAPME, entradas del parque Delicias). Igualmente, los profesionales de enfermería del Centro de Salud Delicias Sur comunicarán a sus pacientes la iniciativa, pudiendo hacer entrega de dípticos informativos a los interesados. También se distribuirán carteles y dípticos en el Centro Cívico Delicias y en la Asociación de Vecinos de Delicias "Manuel Viola".

El PES tiene un límite de plazas de cien personas, las cuales se dividirán en cuatro grupos. Se planteará un plazo de inscripción de dos meses previos a la ejecución del programa para que las personas interesadas puedan apuntarse. La inscripción se deberá realizar por teléfono o por correo electrónico, proporcionando datos personales (nombre, apellidos, DNI, edad, ocupación) y disponibilidad de horarios.

El número de teléfono y el correo electrónico de contacto se facilitarán en los carteles y dípticos.

Preparación al curso

El PES consta de cinco sesiones, cada sesión de una hora aproximadamente, exceptuando la tercera, que durará aproximadamente dos horas.

Las sesiones se basarán en varias charlas informativas a nivel divulgativo sobre la realidad de esta enfermedad mental, el alarmismo que crean los medios de comunicación en torno a ella y los problemas que acarrea a la salud de los afectados los prejuicios y estereotipos que se crean hacia ellos.

El personal necesario en todas las sesiones será un profesional de enfermería, necesitando además la colaboración de la Asociación de Periodismo de Aragón para la segunda sesión.

Para la tercera sesión, se necesitará solicitar la participación bien del Centro de Salud Mental Delicias o del Centro de Día ASAPME, ya que se requerirá de la participación voluntaria de un pequeño grupo de algunos de sus pacientes.

Al finalizar el PES se realizará una evaluación del mismo.

Tabla 9: Objetivos- NANDA- NIC- NOC relacionados con las sesiones.

24

SESIONES	Objetivo relacionado	Diagnóstico NANDA relacionado	NIC	NOC
Sesión 1	Detectar y eliminar los comportamientos tóxicos que tiene la sociedad con las personas con esquizofrenia que afectan a su calidad de vida y bienestar biopsicosocial.	(00126) Conocimientos deficientes relacionados con interpretación errónea de la información manifestado por comportamientos exagerados y petición de información.	(4470) Ayuda en la modificación de sí mismo	(3012) SATISFACCIÓN DEL PACIENTE/USUARIO: ENSEÑANZA
Sesión 2			(5510) Educación para la salud	
Sesión 3				
Sesión 4	Demostrar como una normalización y aceptación de la esquizofrenia en los grupos más allegados al paciente con esquizofrenia (familia, amigos y personal sanitario) afecta positivamente a la salud biopsicosocial de las personas con esta enfermedad.	(00161) Disposición para mejorar los conocimientos manifestado por interés en el aprendizaje	(6520) Análisis de la situación sanitaria	(1805) CONOCIMIENTO: CONDUCTA SANITARIA
Sesión 5			(5808) Enseñanza: individual	

Fuente: Elaboración propia.

Cronograma

Las sesiones se realizarán semanalmente los martes y jueves por la tarde en horario de 16:30 a 18:00 o de 18:30 a 20:00 horas (según el grupo).

A continuación, se muestra un cronograma hipotético de las fechas de las sesiones si se desarrollasen en los meses de junio y julio de este año.

FECHAS DE LAS SESIONES

Tabla 10: Fechas hipotéticas de las sesiones en los meses de junio, julio y agosto.

GRUPOS	SESIÓN 1	SESIÓN 2	SESIÓN 3	SESIÓN 4	SESIÓN 5	EVALUACIÓN
GRUPO 1	4 JUNIO	11 JUNIO	18 JUNIO	2 JULIO	9 JULIO	16 JULIO
GRUPO 2	4 JUNIO	11 JUNIO	18 JUNIO	2 JULIO	9 JULIO	16 JULIO
GRUPO 3	6 JUNIO	13 JUNIO	20 JUNIO	4 JULIO	11 JULIO	18 JULIO
GRUPO 4	6 JUNIO	13 JUNIO	20 JUNIO	4 JULIO	11 JULIO	18 JULIO

Fuente: Elaboración propia.

HORARIO

Tabla 11: Horario.

HORARIO*	MARTES	JUEVES
16:30 – 18:00 h	GRUPO 1	GRUPO 3
18:30- 20:00 h	GRUPO 2	GRUPO 4

Fuente: Elaboración propia.

* La duración de las sesiones es aproximada, puede variar ligeramente según la necesidad de la actividad.

DIAGRAMA DE GANTT - CRONOGRAMA

Tabla 12: Diagrama de Gantt - Cronograma del PES.

FASES	ACTIVIDADES	DURACIÓN																																			
		MES	1				2				3				4				5				6				7										
		SEMANA	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4							
Explorar conceptos	- Revisión bibliográfica - Establecer la intencionalidad del proyecto																																				
Diseño del PES	- Establecimiento de los objetivos, contexto, población diana y cronograma. - Diseño metodológico. - Selección de materiales necesarios. - Cálculo de presupuesto.																																				
Elaboración del PES	-Preparación del material necesario. - Preparación de las aulas. - Preparación de los power points y material audiovisual de apoyo. - Contratación de los profesionales. - Puesta en contacto con ASAPME y/o con el Centro de Salud Mental Delicias para su colaboración. - Organización de los grupos participantes,																																				
Realización del PES	- Ejecución del PES	Captación de los participantes																																			
	Sesión 1																																				
	Sesión 2																																				
	Sesión 3																																				
	Sesión 4																																				
	Sesión 5																																				
Evaluación del PES	- Realización de cuestionarios, escala CAMI y encuesta de satisfacción																																				

Fuente: Elaboración propia.

Programación de las sesiones

Sesión 1: Presentación y charla sobre los mitos y las realidades de la esquizofrenia.

En esta primera sesión, al ser la primera toma de contacto con los participantes, se hará una breve dinámica de presentación y seguidamente se realizará una serie de preguntas abiertas sobre las enfermedades mentales.

Posteriormente, se entregarán dos encuestas y una escala en formato papel que deberán rellenar en el momento todos los participantes de manera anónima para obtener la mayor sinceridad posible en las respuestas.

- Cuestionario del estigma en la enfermedad mental de Zaragoza (Anexo 7)³⁰.
- Cuestionario de elaboración propia (Anexo 8)³¹.
- Escala CAMI (Anexo 9)^{32,33}.

Estas dos encuestas y la escala son los instrumentos de medida que se van a utilizar para evaluar los avances y cambios que se realicen a lo largo del PES, y es por ello que los participantes deberán volver a cumplimentarlos una semana después de la última sesión para poder contrastar los resultados; con lo que se determinará si en los participantes se han producido cambios positivos en cuanto a su actitud hacia esta enfermedad mental.

Sesión 2: Charla y reflexión sobre cómo los medios de comunicación afectan al estigma.

Esta sesión se va a llevar a cabo con la ayuda de un profesional de periodismo, en la que se analizará cómo los medios de comunicación, al ser la principal fuente de información sobre salud mental para la población, son determinantes en la estigmatización. Para ello, se expondrán diferentes noticias actuales y de los últimos años y se propondrán alternativas adecuadas para el tratamiento de las enfermedades mentales en la prensa.

El desarrollo de esta sesión se encuentra en el anexo 10³⁴⁻³⁸.

Sesión 3: Cinefórum: Encuentro y tertulia con personas que padecen una enfermedad mental.

En esta iniciativa se solicitará la participación voluntaria de un pequeño grupo de personas (entre siete y diez) que padezcan una enfermedad mental y sean usuarias del centro de Salud Mental Delicias y/o del centro de día ASAPME.

La actividad propuesta para este encuentro es un cinefórum en el que, tras los visionados de diferentes extractos de películas y videos, se dialogará sobre los diferentes temas expuestos.

Los videos que se proyectarán, junto con la finalidad de su visualización y los temas a debatir se encuentran en el anexo 11⁴⁰⁻⁴⁵.

Sesión 4: Detección y reflexión sobre las propias conductas tóxicas hacia este colectivo.

En esta sesión se pedirá a los participantes que reflexionen sobre qué comportamientos negativos o injustos de los que se visualizaron en el cinefórum creen que compartían o comparten, y si creen que los necesitan corregir. También se pedirá que expresen cómo se sintieron al estar con personas que padecen una enfermedad mental.

Sesión 5: Concienciación sobre la importancia de la desestigmatización en la salud mental.

En esta última sesión se recopilará la información aprendida y se hablará brevemente de la depresión, cuya prevalencia en estos pacientes llega a ser de hasta un 25%, y del suicidio, que es la causa más frecuente de muerte prematura en la esquizofrenia. Parte importante de esta sesión será destacar la importancia de, entre todos, conseguir romper los estigmas de las enfermedades mentales, concretamente el de la esquizofrenia, ya que, a pesar de que el autoestigma no es el factor más relacionado con el intento de suicidio, existen estudios que lo relacionan. ^{9,16,18-21,45}.

Para finalizar, se realizará un turno de preguntas y comentarios finales, y se recordará que se debe acudir la semana siguiente a cumplimentar la evaluación.

Evaluación

Este PES se va a evaluar mediante la escala CAMI y dos cuestionarios que los participantes deberán contestar durante la primera sesión y una semana después de la última. Igualmente, una semana después de la finalización del programa se entregará una encuesta de satisfacción de elaboración propia (Anexo 12), de cuyos resultados se obtendrán indicaciones para mejorar el PES en su conjunto, además de sugerencias por parte de los propios participantes.

De esta evaluación se obtendrán tanto datos cuantitativos (mediante indicadores, cuestionarios y la escala CAMI) como cualitativos (mediante la encuesta de satisfacción).

El objetivo es que, tras la realización del PES, los participantes consigan los siguientes resultados:

- Cuestionario del estigma en la enfermedad mental de Zaragoza: entre 23 y 28 respuestas acertadas³⁰.
- Cuestionario de elaboración propia: Las respuestas dadas sean libres de estigma, mostrando una actitud positiva hacia la salud mental y un conocimiento realista acerca de la esquizofrenia³¹.
- Escala CAMI: un resultado mayor al otorgado en la primera realización de la escala^{32, 33}.

Indicadores

Indicadores de estructura

Tabla 13: Indicadores de estructura.

	Indicador de estructura I	Indicador de estructura II
INDICADOR	Cuantificar la disponibilidad de las aulas y los recursos del Centro Cívico Delicias.	Determinar la accesibilidad de la población a los recursos materiales empleados como captación (pósters, folletos).
DIMENSIÓN	Disponibilidad.	Accesibilidad.
FÓRMULA	<p>-Numerador: N.º de recursos inventariables necesarios para el desarrollo de las sesiones.</p> <p>-Denominador: N.º recursos inventariables totales del Centro Cívico Delicias.</p> <p>-Periodo de tiempo: En la puesta en marcha del PES.</p>	<p>-Numerador: N.º de dípticos y pósters difundidos por el barrio Delicias de Zaragoza</p> <p>-Denominador: N.º total de personas que hayan solicitado participar.</p> <p>-Periodo de tiempo: Tras la captación del PES.</p>
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	Se preguntará al director del Centro Cívico la disponibilidad de aulas y material necesario para las sesiones	La difusión del PES es fundamental para captar a la población diana del mismo.
JUSTIFICACIÓN	Para realizar las sesiones del PES es necesario buscar el aula que más se ajuste en espacio, recursos e instalaciones a la necesidad de las actividades a desarrollar durante el mismo.	Analizar el grado de efectividad de los recursos de captación utilizados para atraer la atención de la población diana para poder posteriormente encontrar mejoras a la campaña de captación.
FUENTE DE DATOS	Director del Centro Cívico Delicias.	Listado de inscripción del PES
RESPONSABLE	El profesional de enfermería encargado del PES será quién se ponga en contacto con el Centro Cívico, examine la mejor aula para realizar las sesiones y compruebe la funcionalidad de los recursos inventariables.	El profesional de enfermería encargado del PES recogerá, anotará los participantes vía e-mail y organizará los grupos según la disponibilidad de los participantes.
TIPO DE INDICADOR	Indicador de estructura.	Indicador de estructura.

Fuente: Elaboración propia.

Indicadores de proceso

Tabla 14: Indicadores de proceso.

	Indicador de proceso I	Indicador de proceso II
INDICADOR	Cuantificar la eficacia de las sesiones del PES.	Horas dedicadas a las sesiones del PES.
DIMENSIÓN	Eficacia.	Adecuación.
FÓRMULA	<p>-Numerador: N.º de participantes que consideran haber cumplido los objetivos del PES.</p> <p>-Denominador: N.º de participantes del PES.</p> <p>-Periodo de tiempo: Al finalizar el PES.</p>	<p>-Numerador: N.º de participantes que consideran adecuadas las horas dedicadas a las sesiones (puntuación entre 3 y 4).</p> <p>-Denominador: N.º de participantes del PES.</p> <p>-Periodo de tiempo: Al finalizar el PES.</p>
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	Entendiendo por eficacia el grado de satisfacción de los participantes sobre el cumplimiento de objetivos del PES.	Entendiendo por adecuación que de cada sesión sea considerada de una duración proporcionada y suficiente para transmitir la información y realizar las actividades.
JUSTIFICACIÓN	Es importante conocer si los participantes consideran que se han cumplido los objetivos del PES para diseñar posteriormente programas más eficaces.	Es importante adecuarse a las necesidades de los participantes utilizando un tiempo adecuado.
FUENTE DE DATOS	Encuesta de satisfacción.	Encuesta de satisfacción.
FRECUENCIA DE RECOGIDA	Tras finalizar el PES.	Tras finalizar el PES.
RESPONSABLE	El profesional de enfermería encargado del PES será quien haga la recogida de información.	El profesional de enfermería encargado del PES será quien haga la recogida de información.
TIPO DE INDICADOR	Indicador de proceso.	Indicador de proceso.

Fuente: Elaboración propia.

Indicadores de resultados

Tabla 15: Indicadores de resultados.

	Indicador de resultado I	Indicador de resultado II
INDICADOR	Cuantificar la calidad de las actividades desarrolladas.	Grado de satisfacción de los participantes.
DIMENSIÓN	Calidad	Satisfacción.
FÓRMULA	<p>-Numerador: N.º de participantes que consideren las sesiones de calidad igual o superior a 4.</p> <p>-Denominador: N.º de participantes del PES.</p> <p>-Periodo de tiempo: Tras la finalización del PES.</p>	<p>-Numerador: N.º de participantes que se consideran satisfechos tras el PES.</p> <p>-Denominador: N.º de participantes del PES.</p> <p>-Periodo de tiempo: Tras la finalización del PES.</p>
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	La calidad de las actividades desarrolladas engloba los resultados positivos obtenidos después de la realización del PES.	Entendiendo satisfacción como la corroboración por parte de los participantes de que consideran que se han cumplido tanto los objetivos del PES como los propios individuales, encontrando además las sesiones, la información obtenida y el trato por parte de los profesionales de alta calidad.
JUSTIFICACIÓN	Es importante conocer la calidad de las sesiones para poder saber si el PES necesitaría cambios o mejoras que lo optimizasen.	Es importante conocer la satisfacción de los participantes para poder elaborar en un futuro mejores PES.
FUENTE DE DATOS	Encuesta de satisfacción.	Encuesta de satisfacción.
FRECUENCIA DE RECOGIDA	Tras la última sesión.	Tras la última sesión.
RESPONSABLE	El profesional de enfermería encargado de la sesión final.	El profesional de enfermería encargado de la sesión final.
TIPO DE INDICADOR	Indicador de resultado.	Indicador de resultado.

Fuente: Elaboración propia.

Conclusiones

Se concluye que es posible y positivo adaptar un programa de educación para la salud al tipo de población al que va dirigido, así como las técnicas expositivas y el lenguaje utilizado para el aprendizaje en las sesiones.

En base a diferentes bibliografías, es realista esperar que, tras la aplicación del programa, gracias a la información veraz sobre la enfermedad y las reflexiones realizadas en las sesiones propuestas, los ciudadanos conozcan la realidad de la enfermedad, desmientan los falsos mitos creados por la sociedad y los medios de comunicación, y tengan conciencia de cómo sus propias acciones pueden afectar indirectamente a la calidad de vida de las personas con esquizofrenia y sus allegados, favoreciendo así la eliminación gradual del estigma y a la mejora de la salud comunitaria^{10-12,25,26}.

Si el PES cumple con éxito todas las metas fijadas, se propondría realizar este programa de educación en diferentes barrios de la localidad de Zaragoza, así como prepararlo para llevarlo a cabo en zonas rurales cercanas a la capital aragonesa. Si, por el contrario, el PES no cumpliera los objetivos esperados, se rediseñaría el programa y se buscarían otras alternativas con las que alcanzar los propósitos.

Durante el estudio y diseño de este PES, se ha evidenciado que todavía existe mucha desinformación sobre la esquizofrenia y que sigue siendo necesario eliminar los estereotipos y prejuicios que aún perviven en los comportamientos discriminatorios de la sociedad, frutos del estigma. Por ello, es importante que Enfermería se comprometa a promocionar la salud mental y cuente con las herramientas necesarias para reducir esta estigmatización debido al gran impacto negativo que puede tener en estos pacientes⁸⁻¹².

Bibliografía

1. Roca Benassar M, Crespí Ginard G. El estigma social. En: Bobes García J, Saiz Ruiz J, coordinadores. Impacto social de la esquizofrenia. Barcelona: Glosa; 2013.p.17-40.
2. Organización Mundial de la Salud [Sede web]. Who.int;2018 [citado el 5 de marzo de 2019]. Centro de prensa: Esquizofrenia. Disponible en:<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
3. Lahera Forteza G. Estigma. En: Roca Bannasar M, coordinador. Manual de recuperación funcional en la esquizofrenia. San Sebastián de los Reyes, Madrid: Entheos; 2014.p.95-112.
4. Lucksted A, Drapalski AL. Self-stigma regarding mental illness: Definition, impact, and relationship to societal stigma. Psychiatr Rehabil J [Internet] 2015 [citado el 22 de febrero de 2019];38(2):99–102. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26075527>
5. Haugen PT, McCrillis AM, Smid GE, Nijdam MJ. Mental health stigma and barriers to mental health care for first responders: A systematic review and meta-analysis. J Psychiatr Res [Internet] 2017 [citado el 22 de febrero de marzo de 2019]; 94:218–29. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28800529>
6. López M, Laviana M, Fernández L, López A, Rodríguez AM, Aparicio A. La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq [Internet] 2008 [citado el 5 de marzo de 2019]; 28(1). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352008000100004
7. Fung KMT, Tsang HWH, Corrigan PW. Self-stigma of people with schizophrenia as predictor of their adherence to psychosocial treatment. Psychiatric Rehabilitation Journal [Internet] 2008 [citado el 5 de marzo de 2019]; 32(2): 95-104. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.2975/32.2.2008.95.104>

8. Marcussen K, Ritter C, Munetz M. The effect of services and stigma on quality of life for persons with serious mental illnesses. *Psychiatr Serv* [Internet] 2010 [citado el 5 de marzo del 2019];61(5):489-494. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20439370>
9. Rebolledo Moller S, Lobato Rodríguez MJ. *Cómo afrontar la esquizofrenia: una guía para familiares, cuidadores y personas afectadas*. Madrid: Aula médica; 2005.
10. Wong EC, Collins RL, Cerully JL, Yu JW, Seelam R. Effects of contact-based mental illness stigma reduction programs: age, gender, and Asian, Latino, and White American differences. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* [Internet] 2018 [citado el 5 de marzo del 2019];53(3):299-308. Disponible en: <http://link.springer.com/10.1007/s00127-017-1459-9>
11. Kosyluk KA, Al-Khouja M, Bink A, Buchholz B, Ellefson S, Fokuo K, et al. Challenging the Stigma of Mental Illness Among College Students. *J Adolesc Heal* [Internet] 2016 [citado el 5 de marzo del 2019];59(3):325-331. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27324577>
12. Lahera Forteza G. Conclusiones: cambios sociales que mejoren la funcionalidad en las personas con esquizofrenia. En: Roca Bannasar M, coordinador. *Manual de recuperación funcional en la esquizofrenia*. San Sebastián de los Reyes, Madrid: Entheos; 2014.p.182-183.
13. Constitución Española. Boletín Oficial del Estado nº311, (29 de diciembre de 1978).
14. D'Antonio P, Beeber L, Sills G, Naegle M. The future in the past: Hildegard Peplau and interpersonal relations in nursing. *Nurs Inq* [Internet] 2014 [citado el 7 de abril de 2019];21(4):311-7. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24467803>
15. Instituto Nacional de Estadística [sede Web]. España;2008[actualizada el 16 de diciembre de 2009; citado el 22 de febrero de 2019]. Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia 2008. Encuesta dirigida a Centros. Disponible en:

<http://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t15/p418/a2008/centros/p01/l0/&file=01021.px&L=0>

16. Hawton K. Factores de riesgo de suicidio en la esquizofrenia y el trastorno bipolar. En: Sánchez Planell L, Vallejo Ruiloba J, Menchón Magriñá JM, Díez Quevedo C, coordinadores. Factores de riesgo en psiquiatría. Barcelona: Ars MEDICA; 2008.p.95-108.
17. Organización Mundial de la Salud [sede Web] Ginebra; 8 de septiembre de 2004 [citado el 22 de febrero de 2019]. Comunicados de prensa. Disponible en: <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/en/>
18. Piedra Tutor FJ. Prevención e intervención en la conducta suicida en personas con trastorno mental. En: Anseán A, director. Manual de prevención, intervención y postvención de la conducta suicida. 2ª ed. Madrid: Fundación Salud Mental España; 2014. p .571-596.
19. Popovic D, Benabarre A, Crespo JM, Goikolea JM, González-Pinto A, Gutiérrez-Rojas L, et al. Risk factors for suicide in schizophrenia: systematic review and clinical recommendations. Acta Psychiatr Scand [Internet] 2014 [citado el 5 de marzo de 2019];130(6):418–26. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25230813>
20. Jakhar K, Beniwal RP, Bhatia T, Deshpande SN. Self-harm and suicide attempts in Schizophrenia. Asian J Psychiatr [Internet] 2017 [citado el 5 marzo de 2019]; 30:102–6. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28865243>
21. Campo-Arias A, Herazo E. Artículo de revisión: El complejo estigma-discriminación asociado a trastorno mental como factor de riesgo de suicidio. Rev Colomb Psiquiatr [Internet] 2015 [citado el 22 de febrero de 2019]; 44(4): 243-250. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-psiquiatria-379-articulo-el-complejo-estigma-discriminacion-asociado-trastorno-S0034745015000438>
22. Mijangos-Fuente KI. El Paradigma Holístico de la Enfermería. Salud y administración [Revista en internet] 2014 [citado el 22 de febrero de

- 2019];1(2):17-22.Disponible en:
<https://revista.unsis.edu.mx/index.php/saludyadmon/article/view/86/83>
- 23.NANDA Taxonomía Etiquetas [sede Web]. Enfermeriaactual.com;2019 [citado el 22 de febrero de 2019]. Listado de diagnósticos NANDA. Disponible en: <https://enfermeriaactual.com/nanda-taxonomia-etiquetas/>
- 24.NNNCONSULT [sede Web]. NNNconsult.com; 2019 [citado el 1 de mayo de 2019]. Disponible en: <https://www-nnnconsult-com.cuarzo.unizar.es:9443/>
- 25.Grandón P, Aguilera AV, Bustos C, Alzate EC, Saldivia S. Evaluación del estigma hacia personas con diagnóstico de esquizofrenia mediante una escala de conocimiento. Rev Colomb Psiquiatr [Internet] 2018 [citado el 26 de febrero de 2019];47(2):72–81. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29754709>
- 26.Corrigan PW, Shapiro JR. Measuring the impact of programs that challenge the public stigma of mental illness. Clin Psychol Rev. 2010; 30:907–22.
- 27.Ebrópolis Observatorio Urbano. Zaragoza en datos. [Monografía en línea]. Zaragoza: Ebrópolis;2018.[citado el 10 de marzo de 2019]Disponible en:
<http://observatoriourbano.ebropolis.es/files/File/Observatorio/Distritos/DossierZaragoza-marzo2018-Ebropolis.pdf>
- 28.Observatorio Municipal de Estadística. Cifras de Zaragoza 2018-1. Datos demográficos del padrón Municipal. [Monografía en línea]. Zaragoza: Excmo. Ayuntamiento de Zaragoza; 2018. [citado el 10 de marzo de 2019]. Disponible en:
<http://www.zaragoza.es/contenidos/estadistica/Cifras-ZGZ-18-01.pdf>
- 29.Ebrópolis Observatorio Urbano. Junta Municipal Delicias. [Monografía en línea]. Zaragoza: Excmo. Ayuntamiento de Zaragoza; 2018. [citado el 10 de marzo de 2019]. Disponible en:
<https://www.zaragoza.es/contenidos/presupuestos-participativos/Ebropolis/5-Delicias.pdf>

30. Fadesaludmental.es. Aragón sin estigma: Cuestionario [Internet]. Zaragoza: Ayuntamiento de Zaragoza; 2019. [citado el 5 de marzo de 2019]. Disponible en: <http://fadesaludmental.es/el-estigma/cuestionario.html>
31. Ferrer de la Torre A. Cuestionario: Opinión pública sobre la esquizofrenia [Internet]. Zaragoza; 2015. [citado el 5 de marzo de 2019]. Disponible en: <https://forms.gle/eqrEKdN1PyBo27Tp7>
32. Banco de instrumentos y metodologías en Salud Mental [sede Web]. Cibersam.es; 2015 [citado el 5 de marzo de 2019]. Ficha técnica del instrumento CAMI. Disponible en: <https://bi.cibersam.es/busqueda-de-instrumentos/ficha?Id=275>
33. Ochoa S, Martínez-Zambrano F, Vila-Badia R, Arenas O, Casas-Anguera E, García-Morales E, et al. Validación al castellano de la escala de estigma social: Community Attitudes towards Mental Illness en población adolescente. Rev Psiquiatr Salud Ment. 2015.
34. Pérez-Álvarez C, Bosqued-Molina L, Nebot-Macías M, Guilabert-Vidal M, Pérez-Zaera J, Quintanilla-López MA. Esquizofrenia en la prensa: ¿el estigma continúa? Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq [Internet] 2015 [citado el 22 de marzo de 2019]; 35(128). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352015000400002
35. Bevilacqua-Guarniero F, Bellinghini RH, Gattaz WF. The schizophrenia stigma and mass media: a search for news published by wide circulation media in Brazil. Int Rev Psychiatry [Internet] 2017 [citado el 22 de marzo de 2019]; 29(3):241-7. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28492091>
36. Mena-Jiménez AL, Bono-del Trigo A, López-Pardo A, Díaz-del Peral D. Reflexiones en torno a la sensibilización de medios de comunicación sobre el estigma de la enfermedad mental. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq [Internet] 2010 [citado el 22 de marzo de 2019]; 30(4). Disponible en:

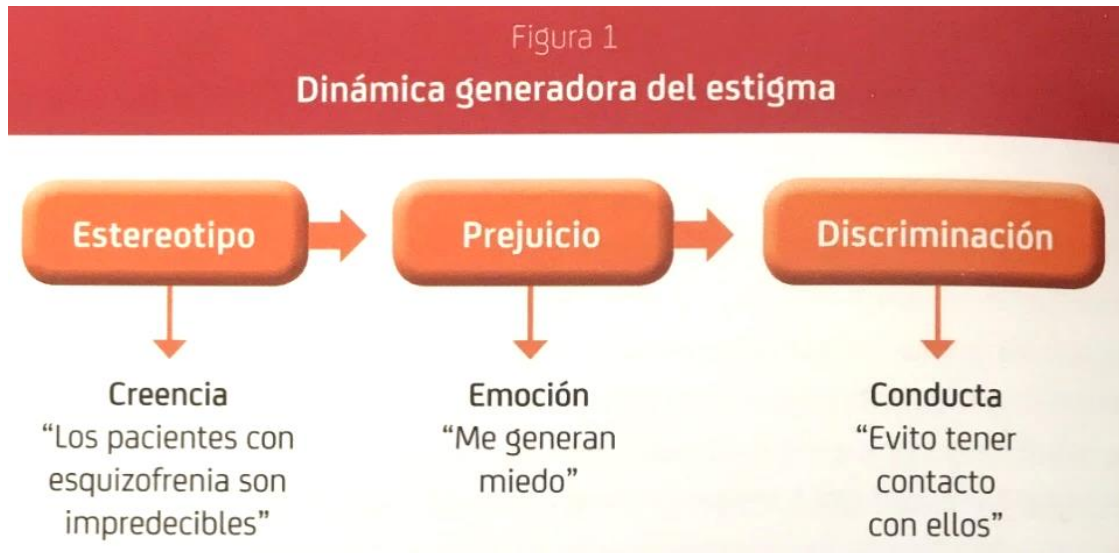
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352010000400004

37. Gwarjanski AR, Parrott S. Schizophrenia in the News: The Role of News Frames in Shaping Online Reader Dialogue about Mental Illness. *Health Commun* [Internet] 2018 [citado el 22 de marzo de 2019];33(8):954–61. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28537757>
38. Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES). *Salud mental y medios de comunicación: Guía de estilo* [Monografía en línea]. FEAFES; 2008 [citado el 22 de marzo de 2019]. Disponible en: <http://feafes.org/general/salud-mental-y-medios-de-comunicacion-guia-de-estilo-2-714/>
39. Esquizofrenia24x7. Manifiesto en contra el estigma hacia las personas con enfermedad mental Declaración de Oviedo. [vídeo]. YouTube; 2014. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=R7K3bI4RYPI>
40. Fundación ASAM FAMILIA. La historia de Bruno: Salud mental y estigma. [vídeo]. Youtube; 2017. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=uCFZVPKbk2Q>
41. Tráilers V.O.S.E. THE VOICES (Tráiler subtulado en español) [vídeo]. Youtube; 2015. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=iyeqrsc3I6k>
42. Satrapi M. *The voices (las voces)*. [película] EEUU; 2014.
43. Howard R, Grazer B, Goldsman A. *Una mente maravillosa (A beautiful mind)*. [película] EEUU; 2001.
44. Esquizofrenia24x7. #Di_capacitados: El Documental. [Documental]. Sinduda Comunicación: Janssen; 2015. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=rnGYRawzSRo>
45. García Cabeza I. *Sintomatología afectiva*. En: Olivares JM, coordinador. *Esquizofrenia ¡cuéntamelo!* Madrid: ID médica; 2017.

ANEXOS

ANEXO 1: Dinámica generadora del estigma.

La dinámica generadora del estigma se puede explicar a través de tres conceptos:



-El **estereotipo**: creencia aprendida de la sociedad acerca de un grupo minoritario. Son ideas muy simples basadas en sobre generalizaciones de experiencias puntuales o en mitos con arraigo cultural. El estereotipo del paciente psiquiátrico es que es alguien incapaz, débil y en cierta forma peligroso (ver Tabla 1).

Tabla 1 Creencias erróneas frecuentes (prejuicios) sobre los pacientes con esquizofrenia

- Son impredecibles y peligrosos.
- Son incapaces e incompetentes.
- Tienen doble personalidad.
- No se recuperarán nunca de la enfermedad.
- No han hecho todo lo posible para curarse.
- Han tomado drogas que les han causado la enfermedad.
- No pueden convivir con el resto de la sociedad.
- Son vagos e incapaces de trabajar o hacer algo productivo.

-El **prejuicio** implica interiorizar el estereotipo y generar emociones negativas hacia ese grupo minoritario. Por ejemplo: "dado que los pacientes psiquiátricos son así, me generan incomodidad, rechazo y miedo".

-La **discriminación** es la conducta resultante de los elementos anteriores. Por ejemplo: "dado que estos pacientes me generan estas emociones negativas, haré lo posible para evitarlos, los rechazaré. Obviamente, esta discriminación coloca al grupo estigmatizado en una situación de aislamiento y desventaja social³.

Fuente: Lahera Forteza G. Estigma. En:Roca Bennasar M, coordinador. Manual de recuperación funcional en la esquizofrenia. San Sebastián de los Reyes, Madrid: Entheos; 2014.95-112.

ANEXO 2: Dinámica perpetuadora del estigma.



Fuente: Lahera Forteza G. Estigma. En: Roca Bennasar M, coordinador. Manual de recuperación funcional en la esquizofrenia. San Sebastián de los Reyes, Madrid: Entheos; 2014.95-112.

ANEXO 3: Tipos de campañas antiestigma.

1. **Intervenciones sobre la población general:** Están basadas en campañas publicitarias en los medios de comunicación y programas en centros educativos. Parten de la idea de que la familiarización del ciudadano con el conocimiento básico de los trastornos mentales genera una actitud más positiva e integradora, dado que es más fácil estereotipar y rechazar aquello que se desconoce. Por tanto, la divulgación científica eficaz y rigurosa sobre la esquizofrenia puede desmontar tópicos y favorecer una curiosidad incluyente hacia los pacientes. En ocasiones, la confesión por parte de algún personaje público o celebridad. Por ejemplo: el premio nobel John Nash.



Ejemplo de campaña antiestigma: "Esquizofrenia" 24x7. Jansseng-Cilag.

2. **Intervenciones para mejorar la imagen de la psiquiatría:** Tratan de prestigiar la práctica psiquiátrica, dando a conocer sus contribuciones positivas y corrigiendo falsos mitos que le acompañan.
3. **Intervenciones sobre los medios de comunicación:** Consisten en la aplicación de normas de estilo que corrijan la tendencia a etiquetar o criminalizar a los pacientes con alguna discapacidad en las noticias publicadas.

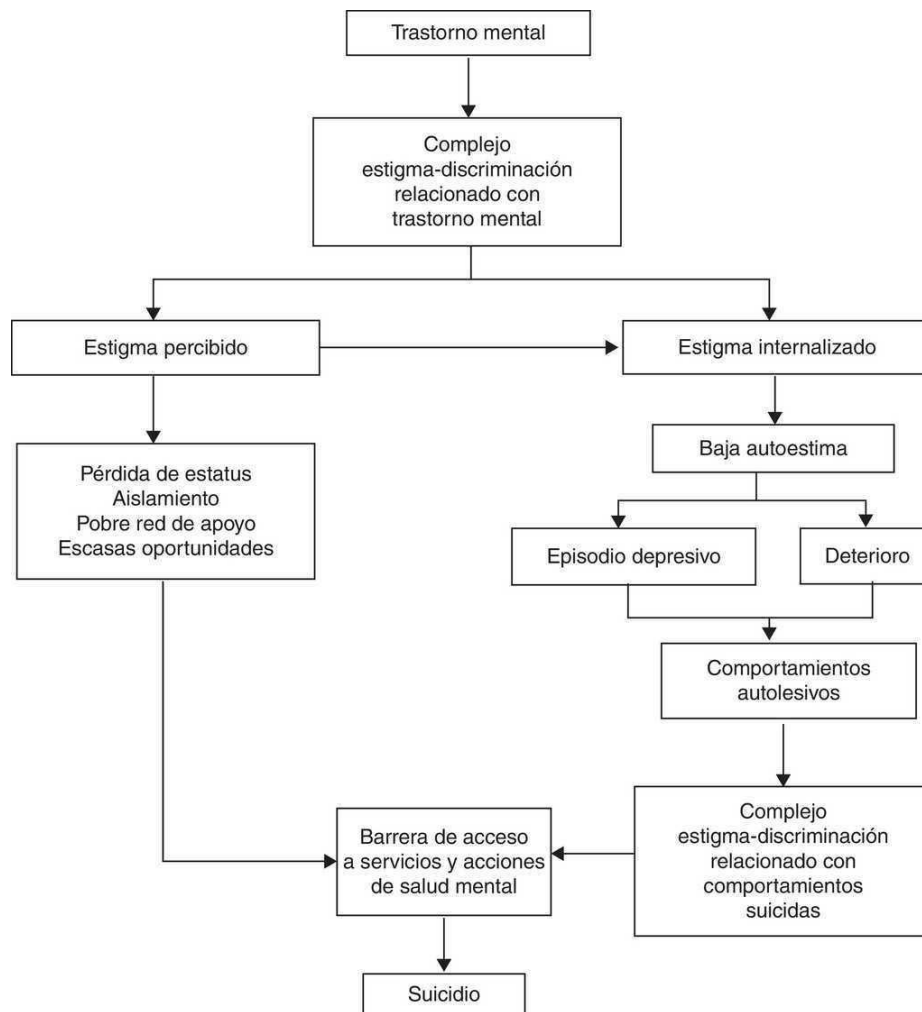
4. **Intervenciones sobre los profesionales sanitarios:** Tiene como objetivo minimizar el estigma entre los profesionales sanitarios para brindar una atención clínica de calidad.
5. **Intervenciones sobre los propios pacientes y familiares:** Se han elaborado guías para la reducción del estigma dirigidas a los propios pacientes y familiares³.

Tabla 3
Guía antiestigma de la Clínica Mayo¹⁷

- Sigue tu tratamiento para reducir los síntomas y las conductas que contribuyen al estigma.
- No permitas que el estigma te produzca culpa o vergüenza sobre ti mismo.
- No te aísles.
- No te identifiques con la enfermedad que tienes. Simplemente, tú tienes una enfermedad que requiere tratamiento.
- Únete a grupos de apoyo, asociaciones de pacientes, etc.
- Si vas al colegio, instituto o universidad, pide ayuda a los profesores. Te ayudarán a combatir la discriminación.
- Habla sobre el estigma. Haz que la gente se dé cuenta de la desinformación sobre la enfermedad y la discriminación que sufren los pacientes.

Fuente: Lahera Forteza G. Estigma. En: Roca Bennasar M, coordinador. Manual de recuperación funcional en la esquizofrenia. San Sebastián de los Reyes, Madrid: Entheos; 2014.95-112.

ANEXO 4: Modelo de la asociación entre el complejo estigma-discriminación relacionado con trastorno mental y suicidio.



Fuente: Campo-Arias A, Herazo E. Artículo de revisión: El complejo estigma-discriminación asociado a trastorno mental como factor de riesgo de suicidio. Rev Colomb Psiquiatr [Internet]. 2015. [citado el 2 de marzo de 2019]; 44(4): 243-250. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-psiquiatria-379-articulo-el-complejo-estigma-discriminacion-asociado-trastorno-S0034745015000438>

ANEXO 5: Póster de captación tamaño A3.

PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA
SALUD EN EL BARRIO DELICIAS

**ROMPAMOS EL
ESTIGMA DE LA
ESQUIZOFRENIA**



CENTRO CÍVICO DELICIAS AV.NAVARRA 54

TE ESPERAMOS TODOS LOS MARTES Y JUEVES POR LA
TARDE DESDE EL 4 DE JUNIO HASTA EL 18 JULIO DEL 2019
INFÓRMATE EN TU CENTRO DE SALUD O LLAMANDO AL
976 726 169

NECESARIA INSCRIPCIÓN PREVIA LLAMANDO
AL TELÉFONO FACILITADO
O ENVIANDO UN E-MAIL A
ROMPAMOSELESTIGMA@HOTMAIL.COM
SÓLO 100 PLAZAS, ¡APÚNTATE YA!



Fuente: Elaboración propia. *Las fechas son hipotéticas.

ANEXO 6: Díptico informativo tamaño A4 abierto.

¿DÓNDE SE VA A LLEVAR A CABO?



Centro cívico Delicias
Av. Navarra, 54, 50010

Para más información no dudes en preguntar a tu enfermera de atención primaria o llamar al **976726169**

También puedes enviarnos tus preguntas concretas por correo electrónico:

 Rompamosestigma@hotmail.com

PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN EL BARRIO DELICIAS

ROMPAMOS EL ESTIGMA DE LA ESQUIZOFRENIA

¿QUÉ CONOCES REALMENTE DE LA ENFERMEDAD?



¿QUÉ ES ESTE PROYECTO?

Este proyecto se trata de un programa de educación para la salud en el que a través de 5 sesiones realizadas por diferentes profesionales de la salud y de los medios de comunicación, no sólo tendrás la oportunidad de conocer la realidad de esta enfermedad, sino que se te otorgarán las herramientas para poder tener una visión crítica de la actitud social hacia esta enfermedad.

¿CUÁL ES EL OBJETIVO?

El objetivo de este programa es conseguir, a través de la información veraz y la sensibilización, reducir al máximo el estigma con el que cargan las personas con esquizofrenia. Esperamos concienciar de que el estigma en la enfermedad mental es algo que entre todos podemos romper, mejorando así la calidad de vida de los afectados.

¿QUÉ SESIONES SE VAN A REALIZAR?

1. Presentación y charla sobre los mitos y las realidades de la esquizofrenia
2. Charla y reflexión sobre cómo los medios de comunicación afectan al estigma
3. Cinefórum: Encuentro y tertulia con personas que padecen una enfermedad mental.
4. Detección y reflexión sobre las propias conductas tóxicas hacia este colectivo.
5. Concienciación sobre la importancia de la desestigmatización en la salud mental.

¿CUÁNDO?

Las sesiones se realizarán semanalmente martes y jueves por la tarde:

GRUPOS	SESIÓN 1	SESIÓN 2	SESIÓN 3	SESIÓN 4	SESIÓN 5	EVALUACIÓN
GRUPO 1	4 JUNIO	11 JUNIO	18 JUNIO	2 JULIO	9 JULIO	16 JULIO
GRUPO 2	4 JUNIO	11 JUNIO	18 JUNIO	2 JULIO	9 JULIO	16 JULIO
GRUPO 3	6 JUNIO	13 JUNIO	20 JUNIO	4 JULIO	11 JULIO	18 JULIO
GRUPO 4	6 JUNIO	13 JUNIO	20 JUNIO	4 JULIO	11 JULIO	18 JULIO

HORARIO*	MARTES	JUEVES
16:30 – 18:00	GRUPO 1	GRUPO 3
18:30 – 20:00	GRUPO 2	GRUPO 4

*La duración de las sesiones es aproximada, puede variar ligeramente según la necesidad de la actividad

¿CÓMO PUEDO PARTICIPAR?

Para participar sólo necesitas ser mayor de edad, no estar jubilado y vivir en el barrio Delicias.

Es totalmente gratuito. Puedes apuntarte llamando al **976726169** o bien, por correo electrónico, enviando un e-mail a rompamosestigma@hotmail.com. Deberás proporcionar tu nombre y apellidos, DNI, dirección, edad, ocupación y disponibilidad de horarios.

El plazo de inscripción es desde el 1 de abril hasta el 31 de mayo.

Sólo podrán participar las primeras 100 personas, así que ¡date prisa!

Fuente: Elaboración propia. *Las fechas son hipotéticas.

ANEXO 7: Cuestionario del ayuntamiento de Zaragoza sobre la Enfermedad Mental.

1) ¿Qué es la enfermedad mental?:

- a) Un proceso degenerativo del cerebro que disminuye la capacidad de la persona.
- b) Un trastorno de la salud que provoca cambios en la forma de pensar, el estado de ánimo y la conducta de una persona.
- c) Una enfermedad hereditaria.

2) ¿A quién puede afectar la enfermedad?:

- a) A cualquier persona sin importar su edad, cultura, sexo u origen.
- b) A personas de familias desestructuradas.
- c) Las personas con más formación tienen menos probabilidades de contraer esta enfermedad.

3) Entre la enfermedad mental y la discapacidad intelectual:

- a) No existen diferencias, la discapacidad intelectual es un grado de la enfermedad mental.
- b) La discapacidad intelectual se caracteriza por limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y las dificultades relacionadas con ciertas capacidades de la vida diaria y la enfermedad mental es un desorden, que no disminuye sus funciones, sino que las altera.
- c) Ninguna de las dos tiene tratamiento.

4) ¿Cuál de estas alteraciones no es una enfermedad mental?:

- a) Síndrome de Down.
- b) Trastorno de la personalidad.
- c) Anorexia.

5) La enfermedad mental:

- a) Es una enfermedad como cualquier otra.
- b) No es una enfermedad propiamente dicha.
- c) Es una discapacidad genética.

6) Una persona con enfermedad mental:

- a) Puede llevar una vida normal.
- b) Es imposible que pueda llevar una vida normal.
- c) Depende de la enfermedad.

7) La enfermedad mental:

- a) Es para toda la vida
- b) No tiene tratamiento
- c) Se puede tratar.

8) Una persona con esquizofrenia:

- a) Es más creativa de lo normal en temas artísticos, como consecuencia de su enfermedad.
- b) Hay de todo.
- c) Es un tópico de las películas.

9) La enfermedad mental:

- a) Afecta solo al enfermo mental.
- b) No afecta a las personas cercanas, ya que la sociedad diferencia el problema del enfermo mental del entorno en el que se encuentra.
- c) Afecta también a las personas cercanas a ellos, especialmente sus familias.

10) Cuando te relacionas con una persona con enfermedad mental, ¿Cómo reaccionas?

- a) Te mantienes un poco a distancia.
- b) Te asusta.
- c) No te afecta.

11) En una entrevista de trabajo, ¿qué dificultades crees que tendrá una persona afectada por una enfermedad mental?:

- a) Le afecta negativamente, como a cualquier persona que tenga una enfermedad.

- b) Lo tendrá difícil como consecuencia del estigma de la enfermedad mental.
 - c) No afecta, si tiene los conocimientos necesarios para el puesto.
- 12) Una persona diagnosticada con enfermedad mental grave:
- a) Solo puede trabajar en centros especiales de empleo o talleres protegidos especialmente diseñados para ellos.
 - b) Puede trabajar en empresas ordinarias si cuenta con los apoyos necesarios.
 - c) Con una enfermedad mental grave y permanente no se puede trabajar.
- 13) Una persona con enfermedad mental:
- a) No es competitivo en la empresa.
 - b) La enfermedad no afecta a la competitividad, hay personas sin enfermedad que son unos totales incompetentes.
 - c) Tiene alguna limitación.
- 14) ¿Consideras que una persona con una enfermedad mental es peligrosa?
- a) Sí, para terceras personas.
 - b) Depende de la enfermedad.
 - c) No, hay personas que son más peligrosas que los enfermos mentales.
- 15) La medicación:
- a) Puede evitar el descontrol y descompensación de un enfermo mental.
 - b) No pueden evitar la peligrosidad de los enfermos mentales.
 - c) No existe un tratamiento para la enfermedad mental.
- 16) Crees que una persona con enfermedad mental:
- a) Debe contar a todo el mundo que es un enfermo mental.
 - b) Lo mejor es que no se lo cuentea nadie.
 - c) Solo cuando se necesario, como cualquier otra enfermedad.

17) Si vas en el tranvía y ves a una persona hablando sola y diciendo incoherencias, que haces:

- a) Te retiras, por si acaso se mete contigo.
- b) Mantienes la normalidad.
- c) Piensas que ese tipo de personas deberían estar encerradas o, por lo menos controladas, porque pueden causar problemas.

18) Si a un conocido tuyo le diagnostican una enfermedad mental:

- a) Tratas de alejarte.
- b) Mantienes un contacto superficial.
- c) Tratas de mantener la relación y ayudarlo.

19) ¿Cuál crees que es el motivo por el que la enfermedad mental causa rechazo?:

- a) Existe una falta de información sobre lo que es enfermedad mental en la población en general.
- b) Porque un enfermo mental puede ser peligroso.
- c) Porque es una enfermedad muy grave.

20) ¿Qué imagen dan los medios de comunicación de las personas con enfermedad mental?:

- a) Dan un tratamiento correcto de la enfermedad mental.
- b) Existe una imagen negativa de ellos, ya que normalmente salen en el apartado de sucesos, (esquizofrénico agrede., persona con trastorno mental ataca., etc.).
- c) Existe una imagen positiva, ya que dan informaciones sobre actividades de integración de este colectivo.

21) ¿Cuál el principal obstáculo para la integración de las personas con enfermedad mental grave y persistente?:

- a) Generan situaciones de rechazo y la gente cree que una persona con esquizofrenia no puede llevar una vida normal y trabajar.
- b) No suelen tener la formación adecuada.
- c) La situación de paro les impide la incorporación al mercado de trabajo.

22) ¿Dónde crees que debe estar una persona con enfermedad mental?:

- a) En un psiquiátrico cerrado.
- b) En la comunidad, pero con tratamiento.
- c) No pueden estar en la comunidad, tiene que estar controlados, por lo menos en un psiquiátrico, aunque sea abierto.

23) Las enfermedades mentales:

- a) Las tienen las personas con debilidad de carácter.
- b) Se desarrollan consecuencia de múltiples factores biológicos, psicológicos y sociales.
- c) Solo las desarrollan las personas que consumen drogas.

24) ¿Qué posibilidades hay de contraer una enfermedad mental?:

- a) 1 de cada 4 personas desarrollarán a lo largo de su vida algún tipo de trastorno relacionado con la salud mental, aunque sea de carácter leve.
- b) 1 de cada 10.
- c) 1 de cada 50.

25) La enfermedad mental:

- a) Es un producto de la imaginación.
- b) Son afecciones reales que causan sufrimiento.
- c) Se da en los países ricos y no en los pobres, ya que en buena parte es una consecuencia del consumo.

26) Las enfermedades mentales:

- a) Son raras.
- b) Son muy comunes.
- c) Pueden ser contagiosas en algunos casos.

27) Las personas con enfermedad mental:

- a) Pueden casarse y tener hijos.
- b) No pueden, ya que su enfermedad les impide mantener relaciones normales.
- c) Lo mejor es que sólo se relacionen con otros enfermos mentales.

28) ¿En una reunión en la que hay una persona con enfermedad mental se empieza a alterar con motivo de la conversación, que haces?

- a) Te apartas, ya que todos los enfermos mentales son peligrosos y no se sabe cómo reaccionarán.
- b) Permaneces tranquilo, tratas de rebajar la tensión y evitar el estrés
- c) Rebates los argumentos lógicamente y con firmeza, ya que por el hecho de que sea un enfermo mental no tienes que darle la razón o callarte tus argumentos.

SOLUCIONES CUESTIONARIO

1) b 2) a 3) b 4) a 5) a 6) a 7) c
8) b 9) c 10) c 11) b 12) b 13) b 14) c
15) a 16) c 17) b 18) c 19) a 20) b 21) a
22) b 23) b 24) a 25) b 26) b 27) a 28) b

ENTRE 0 Y 11 RESPUESTAS ACERTADAS

No te sientes cómodo con una persona afectada por una enfermedad mental y crees que es peligrosa, lo que te genera reacciones emocionales negativas e incrementan tu deseo de distancia social. Identificas a esta persona con el estereotipo que transmiten las películas sobre asesinos "enfermos mentales" y con noticias sobre sucesos, causados por personas con enfermedad mental.

Desconoces que es la enfermedad mental, lo que contribuye a que tengas una tendencia a etiquetar a estas personas.

Estás en el grupo que piensa que las personas con enfermedad mental son peligrosas e impredecibles. Aunque tu forma de pensar no es de todo extraña en nuestra sociedad, tiene solución, el conocimiento de lo que es la enfermedad mental te permitirá superar el etiquetado que realizas de este colectivo. Un enfermo mental solo es una persona que tiene una enfermedad.

ENTRE 12 Y 22

Tienes un conocimiento relativamente bueno acerca de la enfermedad mental, pero no deja de alterarte el contacto con un enfermo mental. Sientes cierta incomodidad con estas personas, evitas cruzarte con ellas y desearías que en el edificio en el que vives no hubiera gente así. No obstante, tu conocimiento de la enfermedad mental hace que no los etiquetes como peligrosos. Vas por el buen camino.

ENTRE 23 Y 28

Enhorabuena, sabes perfectamente que es una enfermedad mental. Tu conocimiento sobre ella ayuda a acabar con la discriminación de las personas afectadas. Eres consciente de lo que supone una enfermedad mental y la consideras como una enfermedad más. Las aceptas en tus relaciones y no tiendes a rechazarlas en el contacto directo. Estas en el grupo de los que apoyan la convivencia, y de los que piensan que debe hacerse algo más para favorecer la integración social y laboral de las personas con trastorno mental³⁰.

Fuente: Fadesaludmental.es. Aragón sin estigma: Cuestionario [Internet]. Zaragoza: Ayuntamiento de Zaragoza; 2019. [citado el 5 de marzo de 2019]. Disponible en: <http://fadesaludmental.es/el-estigma/cuestionario.html>

ANEXO 8: Cuestionario sobre la opinión pública de la esquizofrenia.

¡Opinión pública sobre la esquizofrenia!

Mi nombre es Ariadna Ferrer, soy una alumna de segundo de bachillerato del Instituto Goya y estoy realizando una encuesta para la asignatura de Proyecto de Investigación. La encuesta está enfocada a averiguar la opinión pública que tiene la sociedad acerca de la esquizofrenia, concretamente tipo paranoide. Agradecería mucho tú colaboración respondiendo a unas veinte preguntas. ¡Muchas gracias!

*Obligatorio

Nombre *

Apellido *

Sexo *

- Hombre
- Mujer

Edad *

- 15-25 años
- 35-45 años

Estudios cursados (finalizados) *

- ESO
- 1ºBACHILLERATO
- 2ºBACHILLERATO
- GRADO MEDIO
- GRADO SUPERIOR
- CARRERA UNIVERSITARIA

Estudios cursando en la actualidad *

- ESO
- 1ºBACHILLERATO
- 2ºBACHILLERATO
- GRADO MEDIO
- GRADO SUPERIOR
- CARRERA UNIVERSITARIA
- NINGUNO DE LOS ANTERIORES

1. ¿Sabes qué es la esquizofrenia?

- a) Sí
- b) NO

Si tu respuesta a la pregunta anterior es afirmativa, sabes lo que es la esquizofrenia. En ese caso, por favor, responde a las siguientes preguntas:

1.1"Las drogas aumentan las posibilidades de padecer esquizofrenia y hacen que los síntomas aparezcan antes y sean más severos"

- a) VERDADERO
- b) FALSO
- c) NS
- d) NC

1.2¿Es posible que un esquizofrénico paranoide se cure con la adecuada medicación?

En esta pregunta se debe responder pensando de una manera objetiva, sin pensamientos como "en la mayoría de los casos sí " o "en la mayoría de los casos no". Se debe responder simplemente si existe la posibilidad de recuperación. Además, se debe entender por curación posibilidad de no volver a experimentar los síntomas, no eliminar la posibilidad de que reaparezcan.

- a) SI
- b) NO

1.3¿A qué edad aparece normalmente la esquizofrenia con su respectiva sintomatología?

- a) Se nace con la enfermedad
- b) La enfermedad aparece en la niñez (antes de cumplir 10 años)
- c) Antes de la adolescencia (antes de cumplir 15 años)
- d) Entre la adolescencia y la madurez (15-35 años)
- e) En la madurez (pasados los 35 años)
- f) En la tercera edad

2. ¿Conoces a alguien que padezca esta enfermedad?

- a) SI
- b) NO

Si tu respuesta a la anterior pregunta es afirmativa, ¿qué tipo de relación tenéis?

- a) Familiar
- b) Amistad
- c) Amorosa
- d) Solo conocidos

3. ¿Has escuchado alguna vez hablar de ella en televisión o en algún otro medio de comunicación?

- a) SI
- b) NO

Si tu respuesta a la anterior pregunta es afirmativa, has escuchado hablar sobre esquizofrenia en televisión o en otro medio de comunicación. ¿Qué tipo de información era?

- a) Negativa (crímenes, violencia...)
- b) Positiva (logros, premios...)
- c) Neutra (información objetiva)

4. Algunos esquizofrénicos cobran pensión no contributiva, por ejemplo, en Inglaterra cobran 780 euros/mes. ¿Cuánto crees que cobran en España?

- a) Lo mismo
- b) El doble que en Inglaterra
- c) Más del doble que en Inglaterra
- d) La mitad que en Inglaterra
- e) Menos de la mitad que en Inglaterra

5. ¿Cómo reaccionarías al enterarte de que un buen amigo tuyo padece esquizofrenia?

- a) Mal, me alejaría. (DISTANCIAMIENTO)
- b) Bien, le apoyaría. (ACERCAMIENTO)
- c) Me sería indiferente. (LA RELACIÓN SE MANTIENE IGUAL)
- d) NS
- e) NC
- f) OTROS

6. Si fueras dueño de algún negocio ¿contratarías a alguien sabiendo que tiene esquizofrenia?

- a) SI
- b) NO
- c) NS
- d) NC

7. ¿Te incomodaría enterarte de que uno de tus vecinos tiene esquizofrenia?

- a) SI
- b) NO
- c) NS
- d) NC

8. ¿Los esquizofrénicos son más o menos agresivos que la población sana?

- a) MÁS
- b) MENOS
- c) LA ESQUIZOFRENIA NO ES UN FACTOR INFLUYENTE

9. ¿Te molestaría que en una tienda u otro tipo de establecimiento te atendiera un esquizofrénico?

Existen varios centros en los que los dependientes sólo son personas con problemas mentales. Este tipo de centros los impulsa el gobierno para la integración de este sector en la sociedad.

- a) SI
- b) NO
- c) NS
- d) NC

10. ¿Crees que podrías suponer que alguien tiene esquizofrenia a simple vista?

- a) SI
- b) NO

11. ¿Te extrañaría enterarte de que alguien muy inteligente o en muy buena forma física tiene esquizofrenia?

- a) SI
- b) NO
- c) NC

12. ¿Te incomodaría saber que yo tengo esquizofrenia?

- a) SI
- b) NO
- c) NC

13. ¿Sabes que existe la creencia de que la esquizofrenia aumenta la creatividad?

- a) SI
- b) NO

14. ¿Conoces algún famoso esquizofrénico?

- a) SI
- b) NO

15. La esquizofrenia es hereditaria, ¿dejarías a tu pareja al saber que algún familiar suyo lo padeció?

- a) SI
- b) NO
- c) NS
- d) NC

16. Si tus hijos tuvieran esquizofrenia, ¿cómo te sentirías?

- a) Decepcionado y disgustado
- b) Asustado
- c) Preocupado por él
- d) Preocupado por ti
- e) Enfadado
- f) Indiferente

17. ¿Intentarías ocultarlo?

- a) SI
- b) NO
- c) NS
- d) NC

18. En pocos días se va a celebrar una jornada de puertas abiertas en ASAPME (asociación aragonesa pro-salud mental) ¿Irías?

- a) SI
- b) NO
- c) NS
- d) NC

19. ¿Qué clases de limitaciones crees que tiene un esquizofrénico paranoide común con tratamiento?

- a) No puede estudiar una carrera
- b) No puede trabajar
- c) No puede tener una conversación normal
- d) No puede tener una pareja estable
- e) No puede cuidar de sí mismo
- f) Ninguna de las anteriores

20. ¿Crees que una persona con esquizofrenia puede llevar una vida normal?

- a) SI
- b) NO

Si tu respuesta a la pregunta anterior es no, opinas que una persona con esquizofrenia no puede llevar una vida normal.

Si una persona con esquizofrenia no puede llevar una vida normal, ¿crees que es porque ellos no pueden o porque la sociedad no les deja?

- a. ELLOS NO PUEDEN
- b. LA SOCIEDAD NO LES DEJA
- c. NS
- d. NC

Muchas gracias por su participación³².

Fuente: Ferrer de la Torre A. Cuestionario: Opinión pública sobre la esquizofrenia. [Internet]. Zaragoza; 2015. [citado el 5 de marzo de 2019].

Disponible en: <https://forms.gle/egrEKdN1PyBo27Tp7>

ANEXO 9: Escala CAMI.

Community Attitudes towards Mental Illness (CAMI). CUESTIONARIO DE ACTITUDES DE LA COMUNIDAD HACIA LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL (CAMI).

La escala CAMI permite evaluar la problemática del estigma social como herramienta fiable y validada a nivel internacional. Fue desarrollada por Taylor y Dear en 1981. Se trata de un instrumento útil para valorar el estigma social hacia personas con enfermedades mentales. Está compuesta por 40 ítems autoaplicados con 5 respuestas posibles en una escala tipo Likert de 5 puntos. El coeficiente Alfa de Cronbach oscila entre 0.8 – 0.9, lo que indica que la fiabilidad de la escala es excelente. El CAMI mide 4 factores: autoritarismo, benevolencia, restricción social e ideología en la sociedad. Cada uno de estos factores evalúa la manera de responder en función del trato y cuidados que se darían a personas con trastornos mentales. Mayor puntuación en esta escala implica menor estigma^{32,33}.

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

Las afirmaciones siguientes expresan opiniones distintas sobre enfermedades mentales y las personas que las padecen. El concepto de personas con enfermedades mentales se refiere a personas que necesitan tratamiento para trastornos mentales, pero que son capaces de vivir de forma independiente fuera de un hospital. Debes marcar con un círculo la respuesta que refleja más adecuadamente tu reacción a cada frase. La primera reacción es la más importante. No te preocupes si algunas son parecidas a otras que ya has respondido anteriormente. Por favor, no dejes ningún ítem sin respuesta.

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

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

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

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

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

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

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

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

5. Una enfermedad mental es una enfermedad como cualquier otra

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

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

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

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

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

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

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

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

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

10. Las personas con enfermedades mentales han sido objeto de burlas durante demasiado tiempo

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

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

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

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

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

13. Se debería dar menos importancia a proteger a la población de las personas con enfermedad mental.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

14. Gastar más en servicios de salud mental es un despilfarro de dinero público

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

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

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

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

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

17. Las personas con enfermedades mentales necesitan el mismo control y disciplina que un niño.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

18. Necesitamos adoptar una actitud mucho más tolerante en nuestra sociedad hacia las personas con enfermedades mentales

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

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

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

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

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

21. Las personas con enfermedades mentales no deberían ser tratados como marginados sociales

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

22. Hay suficientes servicios para las personas con enfermedades mentales

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

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

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

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

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

25. La mejor manera de tratar a personas con enfermedades mentales es bajo llave

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

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

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

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

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni Desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

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

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni Desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

29. Los hospitales para enfermedades mentales representan un tipo de tratamiento obsoleto

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni Desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

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

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni Desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

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

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni Desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

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

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni Desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

33. Una de las principales causas de la enfermedad mental es la falta de autodisciplina y de fuerza de voluntad

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni Desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

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

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni Desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

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

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni Desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

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

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni Desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

37. Prácticamente cualquier persona puede sufrir una enfermedad mental

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni Desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

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

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni Desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

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

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni Desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

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

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni Desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en Desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

Fuente: Ochoa S, Martínez-Zambrano F, Vila-Badia R, Arenas O, Casas-Anguera E, García-Morales E, et al. Validación al castellano de la escala de estigma social: Community Attitudes towards Mental Illness en población adolescente. Rev Psiquiatr Salud Ment. 2015.

ANEXO 10: Desarrollo de la segunda sesión del PES.

Charla y reflexión sobre cómo los medios de comunicación afectan al estigma

Persiste en la prensa una tendencia a mostrar de manera desproporcionada historias negativas sobre los pacientes con esquizofrenia. Además, es frecuente el uso de la palabra esquizofrenia de forma denigrante, contribuyendo al estigma existente alrededor del término.

En esta sesión se contará con un profesional de periodismo que hablará acerca de la "desinformación" de la prensa a la hora de hablar de salud mental, y de cómo el lenguaje, el sensacionalismo y el alarmismo empleados perpetúan un estereotipo equivocado de las personas con una enfermedad mental. Frente a esto, se darán una serie de recomendaciones de buenas maneras de comunicación al tratar la enfermedad mental. También se proyectarán en diapositivas formato Microsoft PowerPoint una serie de titulares y noticias actuales en los que se ven involucradas personas que padecen una enfermedad mental y se analizarán en grupo. Las noticias serán claros ejemplos del mal uso del lenguaje y el sensacionalismo en prensa:

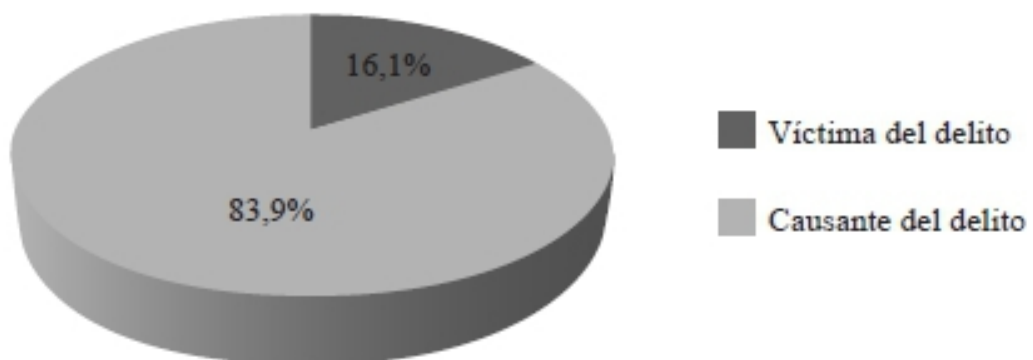
- 1.** "El informe psiquiátrico desvela que la madre de los niños asesinados en Godella sufrió un brote psicótico esquizofrénico"
- 2.** "A juicio un enfermo de esquizofrenia que mató a su padre de 85 años tras "oír voces"
- 3.** "La Policía sospecha que el hombre herido se auto amputó el pene, que padece esquizofrenia"
- 4.** Piden 22 años de internamiento para esquizofrénico acusado de matar a su padre".

Tras analizar los titulares y comentar las propias opiniones, se expondrá en diapositivas datos cuantitativos proporcionados de un artículo científico en el que se analizaron 497 noticias. 126 (25,4%) hacían un uso metafórico del término "esquizofrenia". De los 371 restantes, 143 (38,5%) trataban sobre delitos, 105 (28,3%) sobre divulgación científica, 40 (10,8%) nombraban a alguien con esquizofrenia, 37 (10%) hablaban sobre falta de recursos o estigma, y 46 (12,4%) sobre otros temas. En las noticias sobre delitos, la persona con esquizofrenia era víctima en 16,1% y causante del delito en 83,9% y se utilizaban con relativa frecuencia expresiones estigmatizantes³⁴.

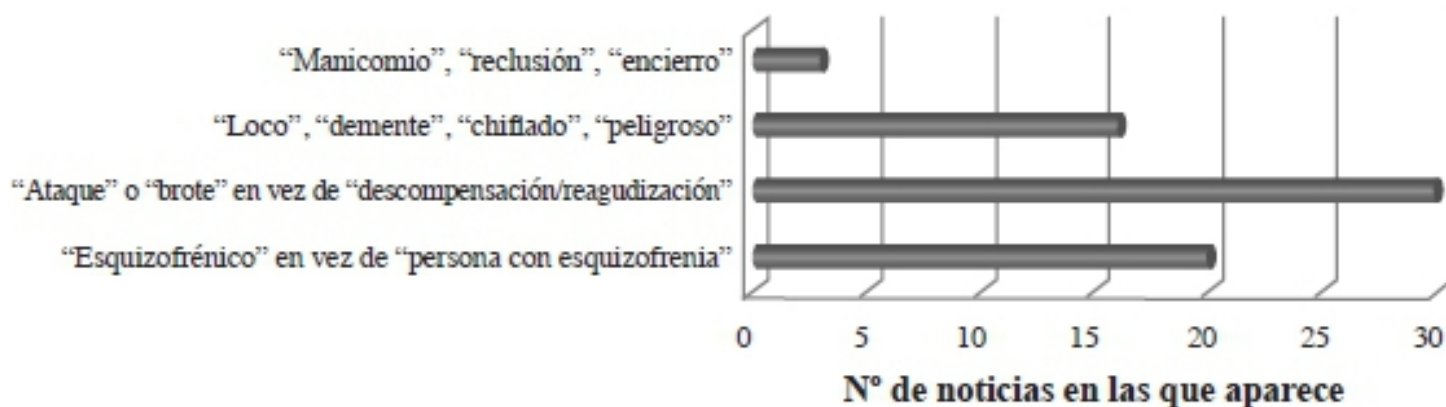
Contenido de las noticias que hablan sobre esquizofrenia



Papel atribuido a la persona con esquizofrenia en las noticias sobre delitos.



Mal uso del lenguaje en las noticias sobre esquizofrenia



Fuente: Pérez-Álvarez C, Bosqued-Molina L, Nebot-Macías M, Guilabert-Vidal M, Pérez-Zaera J, Quintanilla-López MA. Esquizofrenia en la prensa: ¿el estigma continúa? *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq [Internet]* 2015. [citado el 22 de marzo de 2019]; 35(128). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352015000400002

Recomendaciones de buenas maneras de comunicación al tratar la enfermedad mental

Tabla 2

Recomendaciones de buenas maneras de comunicación al tratar la enfermedad mental

(Adaptadas de la Guía de estilo de la Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Enfermos Mentales)¹⁶

Recomendado	Prohibido
Una persona/niño/adulto con discapacidad; persona con enfermedad mental o problemas de salud mental.	Un “esquizofrénico”, “enfermo mental”, “trastornado”, “perturbado”, “deficiente”.
Centro de Salud Mental, Centros de Día, Centros de Rehabilitación Psicosocial, Unidad de Hospitalización Breve.	“Manicomio” o “psiquiátrico”.
Ingreso hospitalario.	“Encierro”, “reclusión”.
Sintetizar la información de manera correcta, respetuosa y rigurosa en el titular.	Titulares simplistas, alarmistas y morbosos. Por ejemplo: “La falta de medios impide controlar a los internos del psiquiátrico de Fontcalent”.
Mencionar los problemas de salud mental en la noticia cuando solamente sea necesario para entender correctamente el hecho.	Mencionar el problema de salud mental si no es relevante para la correcta comprensión del hecho noticioso.
Evitar el sesgo criminalizador hacia el paciente, aportando información matizada e individualizada. Mostrar las circunstancias contextuales y factores causales sin relegar la enfermedad como única causa.	Aproximación simplista que perpetúa la idea de que las personas con un trastorno mental son violentas, agresivas y peligrosas. Por ejemplo: “Anciano muere por los ladrillazos que dio un perturbado”.
Evitar el mal uso de términos médicos (“esquizofrénico” por escindido, “psicosis” por miedo, “anoréxico” por delgado, “bipolar” por cambiante, etc.).	El mal uso de términos médicos (“esquizofrénico” por escindido, “anoréxico” por delgado, “bipolar” por cambiante, etc.).
Rectificar sin demora y al mismo nivel las informaciones que hayan perjudicado los derechos de las personas o asociaciones del ámbito de la salud mental o su imagen pública.	Infravalorar las reclamaciones de los derechos de los afectados.

Fuente: Lahera Forteza G. Estigma. En: Roca Bennasar M. Manual de recuperación funcional en la esquizofrenia. San Sebastián de los Reyes, Madrid: Entheos; 2014.95-112.

PRIMERA NOTICIA A ANALIZAR:

NOTICIAS > SOCIEDAD

CONTINÚA EN PRISIÓN



El informe psiquiátrico desvela que la madre de los niños asesinados en Godella sufrió un brote psicótico esquizofrénico

La madre de los niños asesinados en **Godella** está en prisión provisional y sin fianza. En su primera declaración, confesó que había enterrado los cadáveres de los niños pero no reconoció haberles propinado los golpes en la cabeza.

24/3/2019 El informe psiquiátrico desvela que la madre de los niños asesinados en Godella sufrió un brote psicótico esquizofrénico | LA SEXTA...

El informe psiquiátrico desvela que la madre de los niños asesinados en Godella sufrió un brote psicótico esquizofrénico

La madre de los niños asesinados en **Godella** está en prisión provisional y sin fianza. En su primera declaración, confesó que había enterrado los cadáveres de los niños pero no reconoció haberles propinado los golpes en la cabeza.

laSexta.com | Madrid | 18/03/2019

El informe psiquiátrico al que ha sido sometida la madre de los niños asesinados en Godella desvela que María Gumbau, de 27 años, sufrió un **"brote psicótico esquizofrénico"**, según desvela el periodista Carlos Quilez.

Sin embargo, este informe indica que este hecho no limita su capacidad cognitiva ni de ser consciente de lo que estaba haciendo, por lo que **será juzgada con total normalidad** en el proceso en el que está acusada, junto a su pareja, del asesinato de los dos pequeños.

Los dos están en prisión provisional y sin fianza mientras se espera al resultado de los informes forenses practicados a los cadáveres de los menores. Lo que sí se conoce por el momento es **la autopsia preliminar**, que indica que los niños habrían muerto por golpes en la cabeza.

La madre confesó en su primera declaración que había enterrado los cadáveres de los niños asesinados en Godella, pero aseguró que **ella no les había propinado los golpes en la cabeza**.

Fuente: La sexta noticias [sede Web]. Lasexta.com;18 de marzo de 2019 [citado el 25 de abril de 2018]. Sociedad. Disponible en: https://www.lasexta.com/noticias/sociedad/el-informe-psiquiatrico-desvela-que-la-madre-de-los-ninos-asesinados-en-godella-sufrio-un-brote-psicotico-esquizofrenico-video_201903185c8f54de0cf26770b2452493.html

SEGUNDA NOTICIA A ANALIZAR:

20 minutos Tu Ciudad Madrid | A juicio un enfermo de esquizofrenia que mató a su padre de 85 años tras "oír voces"

EFE 13.11.2017

- La Fiscalía pide 10 años de cárcel para el acusado.
- Reconoce su alteración psíquica como circunstancia atenuante.
- El procesado creyó oír una voz que le instaba a asesinar a su padre, y sintió "la necesidad imperiosa de obedecerla".



Sala de juicios de la Audiencia Provincial de Madrid, en una imagen de archivo. EUROPA PRESS

La Audiencia Provincial de Madrid juzga este lunes a un acusado enfermo de esquizofrenia que, creyendo **oír voces que le ordenaban matar a su padre** de 85 años, presuntamente le asesinó el 31 de mayo de 2016 en su domicilio en la capital, unos hechos por los que la Fiscalía pide **10 años de cárcel**.

Le acusa el Ministerio Público de un delito de asesinato con la agravante de parentesco pero al tiempo señala como **circunstancia atenuante la alteración psíquica** del acusado, Lorenzo P.N., que le provocaba alucinaciones auditivas, según informa la Fiscalía Provincial de Madrid.

Fuente: Noticias 20 minutos [sede Web].20minutos.es: 13 de noviembre de 2017 [citado el 10 de marzo de 2019]. Madrid. Disponible en: <https://www.20minutos.es/noticia/3184927/0/juicio-enfermo-esquizofrenia-mato-padre-madrid/>

BLOGS DE 20MINUTOS



BRAVO, FERNANDO - FÓRMULA 1
McLaren baraja abandonar la Fórmula 1



CIENCIAS MIXTAS
¿Un universo rebosante de vida? ¿O la Tierra sí es un lugar especial?



DANDO LA NOTA
Los videos de la noche loca de Adele y Jennifer Lawrence borrachas en una disco gay de Nueva York



TERCERA NOTICIA A ANALIZAR:

Home > A fondo

La Policía sospecha que el hombre herido se auto amputó el pene, que padece esquizofrenia

HOY ARAGÓN x 12 MARZO, 2019



El herido está en el hospital Miguel Servet de Zaragoza desde hace días / HOY ARAGÓN

f t w e m 1 min

Desde el pasado viernes por la noche, un **hombre de 33 años**, está ingresado en el **hospital Miguel Servet** al ser encontrado con **el pene amputado** por una patrulla de la Policía Local, de la URF, **en la Gran Vía de Zaragoza con la calle Fernando el Católico**.

La víctima, de origen británico, tiene diagnosticado un **trastorno psicótico esquizofrénico**.

PUBLICIDAD

El hombre estaba ensangrentado cuando fue detectado por una patrulla de la policía de la URF -antigua UAPO-. En ese momento, reconoció a los policías que **tonia el miembro viril amputado**. **En un inicio**, explicó que había sido él quien se hubiera amputado el miembro masculino.

Sin embargo, la Policía no descarta, pese a su enfermedad, que **un tercero fue el autor de la amputación del pene**.

PUBLICIDAD

Los policías consiguieron recuperar el miembro restante **al acudir al domicilio del hombre herido**. Se desconoce más sobre el caso, que está en manos de la Policía en unas pesquisas herméticas.

Fuente: Hoy Aragón [sede Web]. Hoyaragon.es; 12 de marzo de 2019 [citado el 15 de marzo de 2019]. A fondo. Disponible en: <https://www.hoyaragon.es/2019/03/12/pene-amputado-zaragoza/>

CUARTA NOTICIA A ANALIZAR:



Piden 22 años de internamiento para un esquizofrénico acusado de matar a su padre

- Asestó varias puñaladas a sus padres y su madre sobrevivió.
- El acusado sufrió un cuadro delirante agudo el día de los hechos.
- CONSULTA AQUÍ MÁS [NOTICIAS DE SANTANDER](#).

AGENCIAS. 19.12.2007

El Ministerio Fiscal ha solicitado hoy una pena de un máximo de 22 años de internamiento psiquiátrico penitenciario para un enfermo de esquizofrenia paranoide, acusado de asestar varias puñaladas a sus padres en Santander, que provocaron la muerte del padre y diversas heridas a la madre.

La Audiencia Provincial de Cantabria ha celebrado hoy el juicio a puerta cerrada, en una sesión en la que ha declarado el acusado, su madre, los testigos y peritos requeridos en la causa.

Enajenación mental

La Fiscalía ha considerado los hechos como delito de asesinato y de lesiones y ha reconocido la eximente de enajenación mental, por lo que ha solicitado el internamiento psiquiátrico penitenciario del acusado por un máximo de 22 años.

Cogió un cuchillo con el que asestó varias puñaladas a su padre mientras dormía

Según el Ministerio Público, los hechos sucedieron hace un año, cuando el encausado -que padece una esquizofrenia paranoide desorganizada con larga evolución por la que estaba ingresado en un centro psiquiátrico de Cantabria- se encontraba en el domicilio familiar pasando el fin de semana.

La Fiscalía relata que sobre las 05.35 horas del 17 de diciembre de 2006 el acusado sufrió un cuadro delirante agudo con afección profunda del área cognitiva, que le hizo coger un cuchillo con el que asestó varias puñaladas a su padre mientras dormía.

Como consecuencia de las cuchilladas en la zona torácica, el abdomen, los brazos y la frente, el padre del encausado sufrió un shock hipovolémico que le causó la muerte inmediata.

También atacó con el cuchillo a su madre, a la que produjo varias heridas incisas en brazos, manos y espalda, para cuya cura precisó reanimación, transfusiones por la hemorragia sufrida e intervención quirúrgica.

El fiscal ha estimado que los hechos son constitutivos de un delito de asesinato y otro de lesiones agravadas, con la circunstancia eximente de enajenación mental y la agravante de parentesco.

Ha propuesto para el acusado el internamiento psiquiátrico penitenciario, adecuado al tipo de enfermedad que sufre, durante el tiempo necesario para su mejora, con un límite máximo de 18 años por el asesinato y de cuatro por las lesiones.

Fuente: Noticias 20 minuto [sede Web]. 20minutos.es; 19 de diciembre de 2007. [citado el 10 de marzo de 2019]. Santander. Disponible en: <https://www.20minutos.es/noticia/324162/0/asesinato/esquizofrenico/santander/>

RECOMENDACIONES DE FEAFES DE CÓMO TRATAR LA ENFERMEDAD MENTAL EN LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN.

PROPUESTAS CONCRETAS

<u>SÍ, POR FAVOR</u>	<u>NO, GRACIAS</u>
SÍ Referirse a una persona diagnosticada con un trastorno mental como: Persona con enfermedad mental / con problemas de salud mental.	NO Términos ofensivos, inexactos y anticuados que perpetúan la ignorancia y conducen al estigma: enfermo mental, trastornado, perturbado, psicópata, loco.
SÍ Referirse a una persona diagnosticada con un trastorno mental específico como: Persona con/que tiene esquizofrenia, depresión, etc.	NO Términos que etiquetan a los individuos sustantivando su condición: esquizofrénico, depresivo, maniaco, anoréxico, psicótico.
SÍ Referirse a los centros de atención: Centro de salud mental / centro de día / centro de rehabilitación.	NO Términos anticuados u ofensivos: manicomio, psiquiátrico.
SÍ Referirse a los ingresos psiquiátricos como: Ingreso hospitalario en...	NO Términos inadecuados que contribuyen al estigma y la discriminación: reclusión, internamiento, encierro...
SÍ Contenidos que muestren los logros y las capacidades del colectivo : convivencia familiar, relaciones sociales, empleo, proyectos personales, etc.	NO Incluir sólo noticias sobre salud mental en relación a problemas, actos violentos , y buscando titulares morbosos y extravagantes.
SÍ Mencionar los problemas de salud mental en la noticia solamente cuando sea necesario para entender correctamente el hecho , especialmente cuando éstos puedan relacionarse con un hecho negativo.	NO Mencionar los problemas de salud mental si éstos no son relevantes para la correcta comprensión del hecho noticioso.
SÍ En noticias relacionadas con sucesos violentos limitarse a describir los hechos directamente observables (sin aventurarse a prejuzgar la causa del hecho a una enfermedad mental) o bien llegar a mostrar las posibles causas y circunstancias, sin destacar la enfermedad como único factor.	NO Omitir información o proporcionar información sesgada que perpetúe falsos vínculos entre enfermedad mental y conductas violentas o ilegales.
SÍ Señalar la falta de recursos y el derecho de las personas con enfermedad mental a recibir una atención adecuada, con la que es posible la recuperación.	NO Dar por hecho que la enfermedad mental es incurable y obviar la falta de recursos actual para que se produzca la recuperación.
SÍ Ilustrar las informaciones sobre salud mental con el material gráfico adecuado: la mayoría de estas enfermedades son invisibles.	NO Imágenes que transmitan aislamiento social, improductividad o que despierten compasión o rechazo. Imágenes de otro tipo de discapacidades.
SÍ Fuera del contexto de salud , describir situaciones, cosas o personas con adjetivos como: caótico, irracional, extravagante, apasionado , espectacular, triste, etc.	NO Usar términos de ámbito médico como adjetivos en otros contextos: esquizofrénico, paranoico, depresivo, anoréxico, etc.
SÍ Contar con la opinión de los afectados, principalmente de las personas con enfermedad mental y familiares. Favoreciendo la presencia de mujeres, migrantes y otros colectivos en situación de exclusión social con enfermedad mental.	NO Infravalorar el testimonio de las propias personas con enfermedad mental como fuente de información imprescindible en cuestiones de salud mental.

Fuente: Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES). Salud mental y medios de comunicación: Guía de estilo [Monografía en línea]. FEAFES; 2008 [citado el 22 de marzo de 2019]. Disponible en: <http://feafes.org/general/salud-mental-y-medios-de-comunicacion-guia-de-estilo-2-714/>

DOCE PRINCIPIOS BÁSICOS BASADOS EN EL MANUAL DE FEAFES PARA MEDIOS DE COMUNICACIÓN

1. AUMENTAR EL CONOCIMIENTO SOCIAL:

Informar con exactitud de conceptos y términos. Los medios deben representar la realidad del modo más ajustado posible. No confundir o ignorar los datos científicos y técnicos sobre las enfermedades mentales. Documentarse e informarse adecuadamente antes de transmitir información inexacta o errónea, igual que se haría en cualquier otro ámbito (política, economía, etc.). Contrastar las noticias institucionales y del mundo médico-científico y potenciar aquellas provenientes de las personas directamente afectadas (personas con enfermedad mental, familiares o asociaciones). Recurrir a las fuentes de información que tenemos al alcance, como FEAFES, para dar una información precisa, objetiva y que responda a la realidad. Llamar a las cosas por su nombre y no hacer simplificaciones excesivas.

2. MOSTRAR UNA VISIÓN POSITIVA:

Transmitir una visión positiva de la enfermedad mental y de las personas con enfermedad mental. Prestar más atención a las soluciones y menos a los límites. Dar cabida a los ámbitos de integración real: acceso al empleo, buena convivencia, relaciones sociales satisfactorias, programas de atención eficaces, etc. Enfatizar las facetas positivas, las potencialidades, los logros, los aspectos más humanos. Evitar sobredimensionar las limitaciones y los casos aislados negativos. Mostrar a la persona con enfermedad mental en sus múltiples facetas, sin resaltar innecesariamente el hecho de que padezca una enfermedad mental, ni en lo negativo ni en lo positivo (no entronizar a personas fuera de serie, sino más bien enfatizar los logros ordinarios).

3. CONTEMPLAR TODAS LAS FACETAS:

Mostrar a las personas con una enfermedad mental de forma integral.

Las personas con enfermedad mental tienen múltiples facetas, igual que cualquier otro individuo. No mostrar las personas con enfermedad mental de forma unidimensional sino en todas las demás: con los mismos sentimientos, problemas, aspiraciones, con las mismas fuerzas y debilidades, con una vida laboral, familiar, social, sexual, creativa, etc. La enfermedad mental no es una característica global, permanente, ni inmutable.

4. FACILITAR INFORMACIÓN NORMALIZADORA:

La enfermedad mental debe recibir el mismo trato que cualquier otra enfermedad.

La enfermedad mental es una enfermedad más. Mostrar a las personas con enfermedad mental en situaciones normales y corrientes en la comunidad: hogar, trabajo, ocio, situaciones sociales. Presentar la enfermedad mental con naturalidad, al igual que se trata una gripe, un traumatismo o una discapacidad física. Ofrecer una imagen natural y verosímil. No establecer contraposiciones entre persona con enfermedad mental y persona normal. Hay sólo personas que tienen, o no tienen, una enfermedad.

5. MENOS COMPASIÓN, MÁS DERECHOS:

Luchar por los derechos y los recursos, no despertar compasión.

Evitar una visión lastimera y que despierte compasión. No mostrar la enfermedad mental de forma dramática ni sensacionalista; no recurrir gratuitamente a aspectos emocionales que puedan despertar sentimientos de paternalismo, compasión, curiosidad morbosa, superprotección, distanciamiento, frivolidad, etc. Las personas con enfermedad mental tienen los mismos derechos que cualquier otra persona. Lo que necesitan son recursos adecuados para poder ejercer plenamente estos derechos.

6. DEJAR HABLAR A LOS PROTAGONISTAS:

Potenciar la información individualizada y vivencial que pueden aportar las propias personas afectadas, como herramienta para crear una imagen positiva. La proximidad y el conocimiento directo entre las personas ayuda a desmontar estereotipos y prejuicios negativos y falsos, ya que ayuda a ver más a la persona y menos la etiqueta. Las personas directamente afectadas han de participar por sí mismas y tener oportunidades de acercamiento a los medios, sin intermediarios ni intervención de terceros.

7. DESMONTAR FALSAS CREENCIAS MITOS O PREJUICIOS:

No propagar y mantener prejuicios y falsas creencias de forma explícita ni sutil.

Romper con los conceptos que han acompañado tradicionalmente a la enfermedad mental. No recurrir a las antiguas ideas, creencias, mitos, prejuicios negativos o estereotipos sobre cómo es una persona con enfermedad mental. Muchas de las creencias que tiene la sociedad en general son incorrectas: la enfermedad mental no es un castigo, las personas que la padecen no tienen una doble personalidad, ni tienen por qué ser genios o artistas. No son individuos deshumanizados e irracionales, y tampoco son agresivos. Por supuesto, pueden trabajar, tener hijos... y recuperarse en gran medida de su enfermedad. Se debe reflexionar y documentarse antes de reproducir estas falsas creencias.

8. ALEJAR LA ENFERMEDAD MENTAL DE LA CRÓNICA DE SUCESOS

Romper el falso vínculo violencia-enfermedad mental.

Una conducta violenta no puede justificarse sólo a causa de una enfermedad mental. Las personas con enfermedad mental tienen la misma probabilidad de cometer un acto delictivo que cualquier otra. Con un tratamiento integral y un entorno social y familiar adecuado pueden y deben vivir en la sociedad sin que esto suponga un problema para nadie.

No prejuzgar ni relegar la causa de un acto violento o delictivo a una enfermedad mental porque muy pocas veces existe una sola causa que explique una conducta de este tipo. No omitir información relevante para

entender el hecho, ya que puede dar una visión sesgada que fomente y mantenga prejuicios. Actuar de dos formas: o limitarse a describir los hechos directamente observables (sin aventurarse a prejuzgar la causa del hecho a una enfermedad mental) o bien mostrar todas las circunstancias y las posibles causas, sin relegar la enfermedad como único factor.

9. CUIDAR EL LENGUAJE. NO ETIQUETAR:

No estigmatizar a las personas con enfermedad mental con usos incorrectos de las palabras que las definen. *Las personas, sanas o enfermas, son ante todo personas. En muchos casos, la circunstancia de la enfermedad mental no es relevante para la información, entonces no hay motivo para citarla. Si hay que hacerlo, debe evitarse etiquetar a los individuos sustantivando su condición: 'un esquizofrénico', 'un depresivo', 'un anoréxico', etc. De la misma manera que difícilmente hablaríamos de 'un griposo', 'un canceroso' o 'un sidoso'. No hacer hincapié en las diferencias, sino en las similitudes entre la gente. Utilizar el lenguaje apropiado para representar a la enfermedad mental. No usar terminología psiquiátrica en un contexto distinto, y menos aun cuando ésta adquiere un sentido peyorativo.*

10. RECORDAR QUE LA MAYORÍA DE LAS ENFERMEDADES MENTALES SON INVISIBLES:

Ilustrar las informaciones sobre personas con enfermedades mentales con el material gráfico adecuado. *La mayoría de las enfermedades mentales no se perciben físicamente. Los medios recurren muchas veces a imágenes inadecuadas, que muestran síntomas externos de otras dolencias más 'visibles'. Esta práctica contribuye a mantener la confusión que existe entre diversas patologías. En la medida de lo posible debe aplicarse a la información gráfica todo lo indicado en los puntos anteriores, evitando imágenes extravagantes, que transmitan inquietud, aislamiento social, improductividad o que despierten compasión o rechazo.*

11. PRESENTAR UNA IMAGEN REAL Y POSITIVA DE LAS MUJERES CON ENFERMEDAD MENTAL:

Dar voz y protagonismo a las mujeres que tienen un trastorno mental.

Tradicionalmente, estas enfermedades se han visto como una 'debilidad de carácter', o una 'culpa', prejuicios que, en el caso de las mujeres, se aplican con más intensidad. A las mujeres con discapacidad parece negárseles por principio la posibilidad de ser esposas o compañeras, madres, profesionales... y se les tiende a tratar desde la compasión y el paternalismo. Los medios de comunicación deben comprometerse en erradicar esta imagen errónea y dar a conocer la visión y las actividades de las mujeres con enfermedad mental.

12. CUIDAR ESPECIALMENTE LOS CONTENIDOS EN TEMAS DE SALUD MENTAL EN NIÑOS Y JÓVENES:

No culpabilizar a familiares ni al propio niño o adolescente de los comportamientos provocados por la enfermedad.

Las noticias sobre enfermedades mentales en la infancia suelen tener un tratamiento inexacto. Por un lado, se tiende a culpabilizar a los familiares de la conducta del niño o del adolescente, o se atribuyen los síntomas de la enfermedad a un 'carácter difícil'. Por otro lado, en muchas ocasiones se presupone que los niños y adolescentes con tipo de trastornos no son capaces de realizar actividades como el resto de niños. Por todo esto, es fundamental que el periodista consulte fuentes con demostrado rigor cuando se informa sobre este colectivo³⁹.

Fuente: Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES). Salud mental y medios de comunicación: Guía de estilo [Monografía en línea]. FEAFES; 2008 [citado el 22 de marzo de 2019]. Disponible en: <http://feafes.org/general/salud-mental-y-medios-de-comunicacion-guia-de-estilo-2-714/>

ANEXO 11: Desarrollo de la tercera sesión del PES.

Cinefórum: Encuentro y tertulia con personas que padecen una enfermedad mental.

VIDEOS QUÉ SE PROYECTARÁN:

1. Manifiesto en contra el estigma hacia las personas con enfermedad mental Declaración de Oviedo³⁹.
2. La historia de Bruno: Salud mental y estigma⁴⁰.
3. Tráiler subtulado en español de la película THE VOICES⁴¹.
4. Parte final de la película "Las voces"⁴².
5. Extractos de la película "Una mente maravillosa"⁴³.
6. #Di_capacitados: El Documental⁴⁴.

La finalidad de reproducir en este orden esta serie de videos es ir introduciendo el tema paulatinamente, empezando por información básica, y terminar abriendo paso a diferentes temas de debate.

Los dos primeros videos tratan sobre el estigma social y hablan de la realidad de la situación de esta enfermedad contada de la mano de asociaciones de salud mental. Después de verlos se darán 10 minutos para que los participantes del cine fórum den sus opiniones: ¿Es verdad lo que se dice? ¿Coinciden con lo que cuentan? ¿Se habían planteado estas cosas antes?

El tercer y cuarto video son el tráiler y el final de la famosa comedia negra que protagoniza Ryan Reynolds titulada "Las voces". Esta película cuenta la historia de Jerry, un joven que padece esquizofrenia que decide dejar la medicación y a raíz de esta decisión cree poder hablar con sus mascotas, en especial con su gato, el Sr. Whiskers, que comienza a animarle a realizar actos violentos. Mientras en su cabeza todo está en orden, en la realidad Jerry va cometiendo atroces asesinatos a varias mujeres de las cuales luego guarda sus cuerpos en su propia nevera.

En contraposición a esta película que da una imagen de la esquizofrenia violenta y peligrosa ya que el protagonista es un "asesino loco", se presentarán extractos de la película "Una mente maravillosa", que cuenta una historia positiva sobre la enfermedad que además está basada en un caso real. Habla sobre la vida de John Forbes Nash, un matemático con esquizofrenia paranoide que llegó a ganar un Premio Nobel en el año 1994. A lo largo de sus 131 minutos de duración, Una mente maravillosa muestra la evolución de la enfermedad de Nash y también el modo en el que la compatibiliza con sus pasiones.

Después se dará tiempo para comentar ambas películas, opiniones sobre ellas y mensajes que pueden llegar a dar.

Para finalizar, se reproducirá un documental sobre la esquizofrenia; cuando éste termine, el tiempo que quede de sesión se dedicará a realizar una tertulia.

ANEXO 12: Encuesta de satisfacción del PES.

EVALUACIÓN DE SATISFACCIÓN DEL PROGRAMA

A continuación, se le realizarán una serie de preguntas acerca del programa en el que ha participado durante los últimos meses. Su opinión nos es muy importante, pues nos permitirá mejorar las actividades de formación en el futuro. Por favor, conteste a todas las preguntas con sinceridad. Gracias

Por favor, indique la valoración que le merecen los siguientes aspectos del curso, siendo 5 muy alta y 1 muy baja.

1.- Claridad en los objetivos del curso.	1	2	3	4	5
2.- Consecución de los objetivos iniciales	1	2	3	4	5
3.- Satisfacción de las expectativas personales	1	2	3	4	5
4.-Profesionales que han impartido las charlas	1	2	3	4	5
5.-Contenidos de las sesiones	1	2	3	4	5
6.- Profundidad en el tratamiento de los contenidos	1	2	3	4	5
7.- Calidad de las sesiones.	1	2	3	4	5
8.-Tiempo empleado en cada sesión	1	2	3	4	5
9.- Metodología práctica.	1	2	3	4	5

10.- Calidad en la presentación de los contenidos.	1	2	3	4	5
11.- Calidad de los recursos utilizados.	1	2	3	4	5
12.-Utilidad del material empleado.	1	2	3	4	5
13.-Calidad de las instalaciones empleadas.	1	2	3	4	5
14.-La duración del programa ha sido	Muy corto	Corto	Adecuado	Largo	Muy largo
15.-El horario del programa ha sido	Muy pronto	Pronto	Adecuado	Tarde	Muy tarde
16.-Soluciones aportadas para resolver los problemas	1	2	3	4	5
17.- Valoración del programa en su conjunto.	1	2	3	4	5

18.- ¿Qué sesión le ha gustado más y por qué?

19.- ¿Cuál menos y por qué?

20.- ¿Qué aspecto le ha gustado más y por qué?

21.- ¿Qué le ha gustado menos y por qué?

22.- ¿Considera que se han cumplido los objetivos del PES?

Sí No

23.- ¿Aconsejaría este programa a alguien (amigos, pareja, vecinos, compañeros de trabajo...)?

Sí No

24.- Otras observaciones:

Muchas gracias por su participación.

Fuente: Elaboración propia.