

Sara Lasheras González

**UNA MIRADA SOCIAL A LA SALUD MENTAL
PERCEPCIONES ACTUALES SOBRE EL ESTIGMA**

Trabajo Final de Grado

Dirigido por Dra. M^a Antonia Martorell Poveda

Facultad de Enfermería



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Tarragona

2015

Índice

1. Introducción.....	4
2. Objetivos.....	8
3. Hipótesis.....	8
4. Metodología.....	9
4.1. Diseño metodológico.....	9
4.2. Informantes.....	9
4.3. Lugar de estudio.....	10
4.4. Recogida de datos.....	10
4.5. Análisis e interpretación de los datos.....	11
4.5.1. Codificación de los datos.....	11
5. Resultados.....	13
5.1. Concepto de salud mental.....	13
5.2. Enfermedades y/o trastornos mentales.....	14
5.3. Imagen social de las enfermedades mentales.....	21
5.4. Concepto de normalidad.....	31
6. Análisis de los datos.....	33
6.1. La salud mental y el estigma percibido.....	33
6.2. La influencia de los medios de comunicación.....	37
6.3. La lucha contra el estigma mental: estrategias aplicadas y posibles intervenciones.....	39
7. Conclusiones.....	44
8. Cronograma.....	46
9. Bibliografía.....	47
10. Anexo 1.....	50
11. Anexo 2.....	51

Índice de abreviaturas

ADEMM:	Asociación Pro Salud Mental de Cataluña
AEN:	Asociación Española de Neuropsiquiatría
APS:	Aprendizaje Servicio
BASTA:	Acción Bárbara Contra el Estigma
CAP	Centro de Atención Primaria
CRAI:	Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación
CSM	Centro de Salud Mental
CSMIJ	Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil
ESCA:	Encuesta de Salud de Cataluña
EUFAMI:	European Federation of Associations of Families of People with Mental Illness
FEAFES:	Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental
OMS:	Organización Mundial de la Salud
NAMI:	National Alliance for the Mentally Ill
SEP:	Sociedad Española de Psiquiatría
SPL:	Servicio Pre-Laboral
TDHA:	Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad

Una mirada social a la salud mental: percepciones actuales sobre el estigma

1. Introducción

El concepto de salud mental fue definido como el estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida y trabajar de forma productiva y fructífera y, es capaz de hacer una contribución a su comunidad (Organización Mundial de la Salud, 2013). El concepto de la Organización Mundial de la Salud (OMS), como bien se puede observar, va más allá de la ausencia de la enfermedad mental. De esta manera, se entiende como un estado dinámico, caracterizado por los numerosos cambios y los continuos procesos de adaptación, influenciados por los aspectos biológicos, psicosociales, económicos, medioambientales y culturales que determinan cada sociedad (Generalitat de Catalunya, 2006).

Las rápidas transformaciones sociales en este inicio del siglo no son ajenas a los incrementos de la frecuencia de las enfermedades mentales. Las tensiones económicas, políticas, éticas, migraciones, falta de apoyo familiar y social, pobreza y/o soledad contribuyen a aumentar la prevalencia de trastornos mentales en la población (Generalitat de Catalunya, 2006), de tal manera que, uno de cada cuatro habitantes del planeta sufrirá alguna forma de trastorno mental o neurológico a lo largo de su vida. Además, las enfermedades mentales representan el 12,5% de todas las patologías, un 1% de la población desarrollará alguna forma de esquizofrenia a lo largo de su vida y el 22% de la población padece episodios de ansiedad y depresión (OMS, 2014). Se destaca la depresión como una de las principales causas de discapacidad, ocupa el cuarto lugar entre las primeras causas de enfermedad y se prevé que el año 2020 estará en segundo lugar, después de la cardiopatía isquémica (Generalitat de Catalunya, 2006).

En el ámbito de Cataluña, según la Encuesta de Salud de Cataluña (ESCA) del pasado año 2013, la probabilidad de padecer un trastorno mental era del 12,4% en la población de 15 años o más, siendo superior en las mujeres (15,1%) que en los hombres (9.6%) (Salut Mental Catalunya, 2014). Así mismo, en relación a la carga económica y el coste, la atención a las enfermedades mentales supone un gasto aproximado del 10,6% del presupuesto del Departamento de Salud de Cataluña (Generalitat de Catalunya, 2006).

A pesar del alto porcentaje de personas que padecen o pueden padecer una enfermedad mental a lo largo de su vida y, el elevado coste y recursos que se proporcionan para el cuidado de la población, en pleno siglo XXI, el tema de salud mental sigue siendo un tema tabú entre la sociedad. El silencio que rodea un trastorno mental está relacionado con la visión negativa de éste y, se conoce como estigma (Dossiers del Tercer Sector, 2013).

Existen diversas aproximaciones a la hora de definir el concepto de estigma. Muchos autores se inclinan por la definición de Goffman (1963), quien considera el estigma como un atributo que es profundamente degradante, el cual devalúa y rebaja a la persona portadora del mismo (Crespo et al., 2009) y en el cual, el estigma está centrado en tres aspectos cognitivos y conductuales sociales: los estereotipos, los prejuicios y la discriminación (Dossiers del Tercer Sector, 2013).

En una conceptualización más reciente de Link y Phelan (2001) definen el estigma como un proceso en el que convergen cinco componentes. En el primer componente, la gente tiende a distinguir y etiquetar las diferencias humanas. En el segundo, las creencias culturales dominantes en ocasiones vinculan a las personas etiquetadas con características indeseables, con estereotipos negativos. Como señala Markowitz (2005), la enfermedad mental es quizá uno de los atributos personales más degradantes ya que está estrechamente vinculada a un conjunto de estereotipos negativos, es poco comprendida por parte del público general y frecuentemente es presentada de modo incorrecto y negativo en los medios de comunicación. En el tercer componente del modelo, las personas etiquetadas son situadas en categorías diferentes con el fin de conseguir cierto grado de separación entre “nosotros” y “ellos”. En cuarto lugar, experimentan una pérdida de estatus y discriminación que les lleva a resultados de desigualdad social. Finalmente, el estigma es totalmente contingente al poder social, económico y político (Crespo et al., 2009).

En el caso concreto de los problemas de salud mental, la investigación ha mostrado que en las sociedades occidentales los estereotipos suelen incluir información referente a: su peligrosidad y relación con actos violentos; su responsabilidad ya sea sobre el padecimiento de la enfermedad o por no haber sido capaz de ponerle remedio mediante tratamiento; su debilidad de carácter; su incompetencia e incapacidad para tareas básicas como pueden ser las de autocuidado; la impredecibilidad de su carácter y sus reacciones y, la falta de control. Cuando se activan los prejuicios, estas creencias pueden dar lugar a reacciones de miedo, temor, desconfianza... Las cuales, a su vez, pueden desencadenar distintas formas de discriminación que van a suponer para quienes padecen una enfermedad mental el tener que hacer frente a dificultades de acceso a un trabajo o vivienda independientes, la barrera en sus relaciones sociales y de pareja, la limitación del ámbito social a otras personas que también padecen enfermedad mental, o el deterioro del acceso a los sistemas judicial y de salud (Crespo et al., 2009).

En definitiva, los estereotipos, prejuicios y discriminaciones asociadas a la enfermedad mental pueden privar a quienes la padecen de oportunidades que pueden resultar esenciales para el logro de sus objetivos vitales, especialmente aquellos que tienen que ver con su independencia económica y personal (Corrigan y Kleinlein, 2005). El estigma en la

enfermedad mental es, por tanto, un fenómeno complejo que presenta diferentes niveles de comprensión y análisis. Destacando en este punto, la existencia del autoestigma por parte del individuo con una enfermedad mental que puede asumir los estereotipos marcados por la sociedad, lo que genera la aparición de emociones y valoraciones tintadas de autoprejuicios, las cuales llevan a reacciones emocionales negativas (deterioro de la autoestima y de la percepción de autoeficacia y, la aparición de sentimientos de desmoralización) (Crespo et al., 2009).

En la lucha contra el estigma y la discriminación a nivel internacional existen varios programas con éxito, como por ejemplo, en los EEUU, la asociación *NAMI (National Alliance for the Mentally Ill)* constituida por familiares de personas con enfermedad mental, que ha estado utilizando estrategias de educación del público para disminuir las condiciones estigmatizadoras. En Nueva Zelanda, *Like Minds* abarca iniciativas locales, regionales y nacionales, incluida la participación activa de las personas con enfermedad mental en todos los niveles; y *Sane Australia*, una campaña contra el estigma de ámbito nacional activa desde hace 20 años y con particular éxito en la educación de periodistas y la lucha contra los mensajes estigmatizadores de los medios de comunicación (Arnaiz, 2006).

En el ámbito Europeo, a partir de la Declaración de Helsinki (2005) de la OMS en su Conferencia Europea de Ministros puso de manifiesto la lucha contra el estigma mental como uno de los cinco objetivos principales en el programa de la Unión Europea. Fomentando la integración de las personas con enfermedad mental, garantizando sus derechos y dignidad, y se señaló la estigmatización como el factor clave en este punto (Crespo et al., 2009). Así pues, en Alemania se fundó la alianza *BASTA (Acción Bavara Contra el Estigma)*, se creó la iniciativa *Irrsinnig Menschlich* (“locamente humano”) y se llevaron diversas actividades como el proyecto escolar “¿Loco? ¡Y qué!”, que aumenta la conciencia de enfermedad mental de los estudiantes, así como también, el taller de cine internacional “Contra las Imágenes en Nuestra Cabeza”, un programa práctico para reducir el estigma y mejorar la vida de las personas con enfermedad mental (Arnaiz, 2006).

En el estado español podríamos mencionar la campaña *Todos somos parte del tratamiento de una enfermedad mental*, lanzada en 2005 por el Ministerio de Sanidad y Consumo, en colaboración con asociaciones científicas como la Sociedad Española de Psiquiatría (SEP) y la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) y asociaciones de familiares como la Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES) (Arnaiz, 2006). En Cataluña, destacamos, el origen de la primera entidad que tiene como objetivo único la lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental: *Obertament*. Fue creada en diciembre del 2010 por los principales agentes sociales del sector en Cataluña: ADEMM (Asociación Pro Salud Mental de Cataluña), Salud Mental

Cataluña (federación de familiares) y Foro Salud Mental, La Unión Catalana de Hospitales y el Consorcio de Salud y Social de Cataluña (entidades proveedoras de servicios). Esta Asociación, *Obertament*, apuesta porque las personas con problemática de salud mental sean el motor del cambio social (Dossiers del Tercer Sector, 2013).

Llegados a este punto, se resalta que, a pesar de que existen algunas campañas y estudios interesantes desarrollados en España, en general se observa una escasez de datos actualizados de nuestro contexto sociocultural. Algunos estudios publicados son relativamente lejanos en el tiempo y los resultados procedentes de estudios más recientes aún no han sido publicados (Crespo et al., 2009).

A partir de las ideas recogidas, en el presente trabajo se plantea las preguntas de: ¿cómo ve la sociedad actual a una persona con una enfermedad mental? ¿sigue predominando los mitos sociales sobre violencia, dependencia, entre otros conceptos mencionados? Y si es así, ¿qué método utilizarían los ciudadanos para generar un cambio de perspectiva social sobre el estigma? Si conseguimos hallar respuesta y comprensión a tales cuestiones, nos acercaremos a los posibles factores que ayuden a modificar el imaginario social, las ideas que fundamentan los mitos y prejuicios que generan estigma sobre las personas con problemática de salud mental. A su vez, se generarían estrategias comunitarias preventivas y educativas por tal de dar oportunidad a que las actitudes y comportamientos hacia estas personas cambien y no se basen en relaciones discriminatorias.

2. Objetivos

1. Conocer y analizar las percepciones actuales entorno a la salud mental, con especial énfasis al estigma.
2. Analizar y promover posibles estrategias e intervenciones de lucha contra el estigma.

3. Hipótesis

1. La falta de información a nivel comunitario favorece el estigma social.
2. Los mitos sociales y los medios de comunicación promueven los prejuicios y la discriminación social.

4. Metodología

4.1. Diseño metodológico

Para la realización del presente proyecto, se emplea la metodología cualitativa, pues se considera que es la más adecuada para la recolección y análisis de los datos.

Se define la metodología cualitativa como la descripción e interpretación de la propia naturaleza, su sistema de relaciones y su estructura dinámica (Abdellah y Levine, 1994). Es decir, trata de identificar y determinar la asociación en un grupo social, cultural o sistema mediante la observación y el estudio del comportamiento, lenguaje y relaciones que se generan en un sistema de personas. Estos sistemas sociales, comparten cultura, lenguaje, lugar de residencia, creencias y rutinas, entre otras cosas (Govea Rodríguez et al., 2011).

Esta metodología es la adecuada puesto que el estudio jamás podría darse por finalizado, ya que tanto la sociedad como las costumbres permanecen en constante evolución. Dicha ausencia de estatismo hacen de ésta la mejor opción por su flexibilidad en cuanto a herramientas de recolección de datos y análisis de éstos (Govea Rodríguez et al., 2011).

También se ha tenido en cuenta que los informantes pertenezcan a una comunidad concreta, se consideran los patrones de conducta a nivel social y cultural y, el objeto de estudio no es más que el otro y las percepciones culturales respecto a las enfermedades mentales que éste adopta. Además, también se pretende la reflexión sobre los mencionados datos para relacionarlos con el estigma y su prevención.

4.2. Informantes

Para la selección de los informantes de este proyecto, los únicos requisitos necesarios para formar parte de los tres grupos focales fueron los que se presentan a continuación. Los dos primeros requisitos fue el pertenecer al rango de edad establecido, entre 20 y 30 años y, 50-65 años. Dicho intervalo tiene como objetivo tener una visión general de la población y supone un cambio generacional entre ellos. Y el tercero, fueron informantes con una enfermedad mental pertenecientes al Servicio Pre-Laboral (SPL) de la Fundación Pere Mata.

Para la selección de la muestra, se comentó a familiares, amigos y conocidos que quisieran participar en el estudio, que vivieran en Tarragona o cercanías y se obtuvo, a más, la colaboración de la Fundación Pere Mata a través del programa Aprendizaje Servicio (APS). Este programa propone combinar los procesos de aprendizaje junto con el servicio a la comunidad en un único proyecto. Trabajando y colaborando, pues, en dar respuesta y ayudar en unas necesidades reales de la entidad en cuestión. Así pues, se realizó el

muestreo por conveniencia. Se trabajó con tres grupos focales formados por 6 personas y se realizó una entrevista semiestructurada durante las sesiones, con tal de reunir la información necesaria para interpretarla en profundidad y en detalle y, para dar cuenta y verificar o desmentir así las hipótesis planteadas.

Se decidió realizar la investigación con grupos de discusión por la flexibilidad que ofrece el ambiente grupal para explorar temas relacionados que pudieran surgir entre los participantes. De esta manera, se creó un atmósfera de seguridad, en la cual los participantes no se sintieron presionados a responder alguna de las preguntas formuladas.

En ningún caso se discriminó a aquellas personas que pudieran convertirse en posibles informantes por su nivel socioeconómico, ni tampoco por su raza, origen, etnia o creencias religiosas, o si han tenido o no un previo contacto con personas con alguna enfermedad mental, puesto que se consideraron factores que pueden llegar a enriquecer el estudio que aquí se presenta.

En todo momento se siguieron los criterios estrictos de preservación de la identidad de éstos y confidencialidad de los datos que se obtuvieron. A cada uno de los informantes se les proporcionó un documento de consentimiento informado (Ver Anexo 1) y se les expuso claramente el objeto del proyecto y su finalidad.

4.3. Lugar de estudio

Como se ha mencionado anteriormente, el lugar de estudio fue la población de Tarragona. Esta decisión se tomó en base a dos motivos principales: en primer lugar, por la proximidad geográfica del investigador y el conocimiento del terreno y, las costumbres de la zona. Y, en segundo lugar, se eligió este emplazamiento ya que desde 1912 dicha provincia presenta una atención psiquiátrica de relevancia con el hospital psiquiátrico Instituto Pere Mata y el Sanatorio Villablanca de Reus.

4.4. Recogida de datos

La recogida de datos se llevó a cabo en dos fases bien diferenciadas. En primer lugar, la búsqueda bibliográfica, que se realizó durante un total de 2 meses y tuvo como objeto formar un marco teórico claro y consistente sobre el que se trabajó y del que se extrajo los objetivos e hipótesis. En segundo lugar, se destinó 2 meses del total del año de investigación previsto para obtener el material a analizar mediante los grupos de discusión.

El proceso de revisión bibliográfica tuvo como instrumentos diferentes bases de datos (*Cuiden, Cuidatge, PubMed, Bucea, ISOC, Enfispo, Cinalh y Scopus*) así como páginas de organismos oficiales donde se encontró datos sobre las enfermedades mentales en la población (*EUFAMI, FEAFES, OMS, Salut Mental a Catalunya, Gencat* y otros portales de

internet de otras comunidades autónomas). También nos apoyamos en hemerotecas de periódicos conocidos y de gran impacto social.

La segunda etapa del proyecto, es decir, la recolección de datos ajustados a los participantes en el lugar de estudio definido, se llevaron a cabo las entrevistas semiestructuradas. Durante la sesión no se tuvo en cuenta el número de preguntas realizadas, sino que se partió de un guión a partir del cual se abordaron diversos temas por tal de extraer la información necesaria para conseguir los objetivos previstos (Ver Anexo 2). La libertad que brinda la metodología cualitativa, permite trabajar los temas según la dinámica del grupo focal, siendo necesario o no, la realización de una o más sesiones. Así pues, las entrevistas fueron registradas en un soporte de audio prestado por el CRAI de la universidad (Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación), para poder realizar la transcripción de la información con detenimiento y analizando bien cada tema abordado.

Finalmente, las conversaciones se realizaron de manera privada y confidencial, evitando, en todo momento, interferencias e interrupciones, en un ambiente neutro y calmado y, reconduciendo con delicadeza el tema de conversación siempre que fue necesario. Para conseguir que los informantes se sintieran cómodos, se solicitó a la universidad un despacho o sala pequeña donde poder llevar a cabo los dos encuentros. Referente al tercer grupo, la entrevista semiestructurada se efectuó en la propia Fundación Pere Mata en una sala de reuniones.

4.5. Análisis e interpretación de los datos

El análisis y la interpretación de los datos fueron efectuados en dos etapas distintas. Durante la primera se transcribió el registro de las entrevistas realizadas a un soporte informático, ya que agilizaría en mayor medida del trabajo. Se examinó el material obtenido mediante una lectura profunda y exhaustiva. De esta manera se adquirió una idea del conjunto y a la vez se pudo apreciar los detalles y las particularidades del contenido.

A continuación se determinó una clasificación inicial, estableciendo una serie de códigos que fueron surgiendo a partir de las entrevistas. Eran orientadores y permitían distribuir posteriormente la información según su modalidad temática.

Ya en la segunda etapa, se fragmentó el texto de cada grupo focal distinguiendo las ideas que se proponían, para luego agrupar las partes seleccionadas de forma esquemática siguiendo los códigos decididos. Se volvió a leer la información de cada grupo, se identificó y se enumeró las diferentes perspectivas y sentidos que se hallaron. De esta forma se discutió y se relacionó entre sí, pudiendo desarrollar, a partir de cada código, varios subtemas que permitían acercarse a nuevas descripciones y redacciones, que se articularon con los conocimientos teóricos proporcionados por la revisión bibliográfica.

4.5.1. Codificación de los datos

Por tal de familiarizarnos con los datos, se realizó varias lecturas exhaustivas de las entrevistas confeccionadas. A través de la lectura integral, se pudo identificar palabras, frases y/o párrafos significativos para abordar los objetivos del estudio establecidos. Estos elementos significativos, códigos o categorías, permitieron más tarde realizar el análisis de forma más organizada. Es decir, facilitaron realizar el análisis, desde los datos a las ideas (González y Cano, 2010). Los códigos o categorías identificadas en el análisis de las entrevistas son los siguientes:

Categorías	Subcategorías
Concepto de salud mental: idea fundada a través de los conocimientos sociales y perspectivas individuales.	<ul style="list-style-type: none">• Ambiguo• Negativo• Universal
Enfermedades y/o trastornos mentales: elaboración de conceptos mentales formados por características atribuidas a las personas con enfermedad mental y relacionadas a nivel asistencial.	<ul style="list-style-type: none">• A nivel individual• En el ámbito sanitario
Imagen social de las enfermedades mentales: conductas y actitudes hacia las personas con enfermedad mental basadas en el conocimiento de la humanidad.	<ul style="list-style-type: none">• Estigmatizante• Permanencia de prejuicios y/o mitos• Influencia de los medios de comunicación• Integración social y lucha contra el estigma
Concepto de normalidad: planteamiento del término por tal de diferenciar a una persona con enfermedad mental y la que por naturaleza se ajusta a ciertas normas fijadas de antemano o se halla en su estado natural.	<ul style="list-style-type: none">• Determinado por la sociedad• Ausencia de enfermedad

5. Resultados

Los datos obtenidos a través de la realización de los tres grupos focales han permitido identificar cuatro categorías: el concepto de salud mental, las enfermedades y trastornos mentales, la imagen social de las enfermedades mentales y, el concepto de normalidad. De esta manera, se mostrarán las ideas y las representaciones sociales entorno a la salud mental y el estigma de los informantes, siguiendo la secuencia de categorías propuestas.

5.1. Concepto de salud mental

Al intentar definir los informantes jóvenes y adultos, el término salud mental, el desconocimiento surge. Expresan que no tienen una idea clara sobre el tema e incluso, algún participante adulto relaciona salud mental con demencias, Alzheimer y síndrome de Down. Así pues, se dirigen al aspecto más negativo del término, como aquel concepto vinculado a la locura, a problemas mentales y a la poca transparencia por parte de la población. Destacan que la carencia de conocimiento es causada por la falta de información proporcionada a lo largo de la socialización.

“Este es un problema realmente que afecta a la sociedad y que la sociedad todavía no... No ha tomado con mucha transparencia, se ve como un tema un poco... Oscuro...” (J., adulto)

A pesar de la dificultad de explicar el término por parte del grupo de jóvenes. Algunos de éstos, junto con las personas con enfermedad mental pertenecientes al Servicio Pre-Laboral (SPL), afirman que la salud mental forma parte de la sociedad; toda persona tiene una salud mental. Los jóvenes argumentan que la salud mental es un grado y si no hay dicha salud, se presentan unos desequilibrios a la hora de relacionarse con la sociedad. Las personas del SPL también destacan la salud como un equilibrio mental y emocional. Así como un bienestar, en cual, si se produce una inestabilidad, es cuando nacen los problemas mentales.

“Es un bienestar, una ayuda que te dará para estar, para poder actuar, interactuar con los demás y con uno mismo. Porque si no tienes salud mental, pues es cuando ya tiene problemas...” (A., SPL)

Contrariamente sucede con el grupo de adultos, al asociar salud mental con problemas mentales, expresan que dicha salud mental solamente está presente en un colectivo. Así como también, un componente del grupo de jóvenes respalda la idea de los adultos.

“Sobre salud mental [...] Era algo que le pasaba en concreto a algunas personas” (P., adulto)

“Salud mental lo que entiendo yo son problemas en la cabeza. Un poco enfermedades,

pequeños problemas, que puede tener ciertas personas a la hora de utilizar la mente” (L., joven)

5.2. Enfermedades y/o trastornos mentales

Respecto a las enfermedades y/o trastornos mentales el grupo de jóvenes, a primera instancia, no conocen qué enfermedades mentales existen, es a partir del debate, que van surgiendo enfermedades tales como: la bulimia, el TDHA, la drogadicción, la depresión y la esquizofrenia. Simplemente manifiestan que dichos trastornos tienen unos grados, y según el nivel de éstos, a la persona se le puede identificar a simple vista que padece una enfermedad mental. Igualmente ocurre con el grupo de adultos, que coinciden en la existencia de unos niveles para evaluar la gravedad de la enfermedad. Por otro lado, los adultos conocen la variedad de patologías mentales.

“Tiene que ver del tipo de grados, si una persona que, tenga un grado bastante, bueno, o aumentado o bastante alto, ya se le puede notar así” (L., joven)

“Imagino que el abanico de enfermedades mentales, entiendo, que debe ser bastante amplia. Desde fobias a ansiedad, depresiones, la depresión mayor todavía es más agravada... Bipolares, esquizofrenias...” (E., adulto)

Estos dos grupos, asimismo, definen a las personas con una enfermedad mental como aquellas que son débiles, inquietas, apagadas, oscuras, que se dejan influenciar fácilmente, de baja autoestima, que pueden perder el juicio y ser peligrosas/agresivas o inofensivas, que no quieren ver la realidad, que se ven y se tratan como niños, además, de ser personas que no saben explicar lo que les sucede o no se dan cuenta de que tienen un problema.

“Te ven como algo negativo en el sentido pues que, eres débil, y por eso, o yo que sé, te dejas influenciar por la típica moda que vas a comprar ropa y te encuentras tallas de la 34 y no busques más arriba. Estas cosas que podrían estar pensando que podían haber influenciado en mi, y yo no soy capaz de tener una autoestima lo suficientemente alta como para decir, no, de esto paso.” (A., joven)

“La persona realmente no quiere abrirse, y no quiere ver realmente qué está hundido en un problema.” (L., joven)

“Una niña con muchos problemas, y muy agresiva” (Mo., adulto)

Durante la entrevista del grupo joven, se abrió un gran debate sobre las causas o factores de las enfermedades mentales, ya que algunos participantes defendían la teoría de que dichas se generaban en un contexto social y otros, argumentaban que podían generarse a través de la genética. Finalmente, la conclusión fue que los dos aspectos pueden posibilitar

la aparición de un trastorno mental.

“Agentes externos como los problemas socioeconómicos, temas de... Y más en estos momentos que estamos viviendo, eh... Amorosos, sentimentales... De vínculos emocionales, que pueden posibilitar también en un problema de salud mental. También hay otros más extremos que afectan ya desde del propio nacimiento que ya pueden surgir estos problemas de salud mental, pero la mayoría, de los que me pueden venir en la cabeza, creo que son en determinados momentos y en aspectos concretos del día a día de la gente. Cuando se les acaba el trabajo y no puede encontrar ningún trabajo, dónde han estado trabajando durante 30 años, no pueden mantener sus casas... Eso provoca un estrés que puede llegar a producir un problema de salud mental e incluso para el propio individuo, llegar a extremos más crudos, que pueden llegar e incluso, a la muerte” (F., joven)

En este párrafo se observa que el estrés, los problemas económicos y la socialización pueden ocasionar los trastornos, así como también, en la discusión, se destaca el poder de la informática, ya que está causando que los niños dejen de socializarse. Los adultos coinciden en el estrés, los nervios y la genética como posibles causas. Así como también, las personas del SPL, corroboran en la genética como factor ya que en la familia hay más de un individuo con una enfermedad mental, además, de las drogas y como consecuencia de un grave acontecimiento en la vida. Por otro lado, A., del SPL destaca que no siempre las drogas y la bebida es la causa de toda enfermedad mental.

“Las bajas laborales que ha habido, concretamente en la guardia civil y cuerpos de seguridad del estado, ha habido un índice de bajas tan alto, que ya han tenido que hacer un estudio, porque ya se está desbordando. Por qué, cuál es el motivo... No sé cuál será... Pero un problema laboral serio. Ahí no te pueden decir a la calle... Como mucho... Pasan un tribunal médico y te dan pérdida de actitudes psicofísicas y te vas a la calle pero... Con con cuatro duros. Tampoco es que la gente lo busque para... Pero es un problema... Y aquí, concretamente en Tarragona, en la policía local, la guardia urbana, también está en ese problema. Tengo una amiga, que es guardia urbana y me lo ha comentado. Y siempre hay un montón de gente de baja por depresión. Antiguamente, te hablo de hará unos 20 años, eso no existía, era raro que alguien estuviera de baja por depresión en este sector, y hoy en día hay muchísimos.” (J., adulto)

“La gente piensa que los enfermos mentales son por haber tomado drogas. Y yo no he tomado nunca drogas, y beber alcohol, no me he emborrachado nunca, he bebido lo mínimo.” (A., SPL)

Las consecuencias de las enfermedades son comentadas por los informantes del SPL, y merecen una especial atención. El abandono de los estudios y la imposibilidad de terminarlos es fruto de la aparición del trastorno. Además, de la disminución de facultades y el sentimiento de empeoramiento tras cada brote de la enfermedad.

“Yo me he visto... Jolín tan joven, no he podido acabar los estudios... Siempre me queda el... Pues me hubiese gustado seguir, porqué me ha tenido que pasar a mi. ¿Sabes? Las ganas de acabar todo lo que empecé. Del que esto me ha frenado.” (Je, SPL)

“Estaba estudiando diseño gráfico, lo único que no lo acabé porqué me puse enfermo. Y... bueno, quizá lo acabaré algún día si... Si puede ser...” (E., SPL)

El papel de la familia y/o amigos de una persona con enfermedad mental según el grupo de adultos es arduo. Comentan la dificultad de la familia a la hora de relacionarse con el padre, madre o hijo con enfermedad mental. El trabajo de una esposa a la hora de tirar para adelante su marido que padece una depresión, la incomprensión y el no saber qué hacer de una hija con una madre bipolar o, el caso de una mujer con esquizofrenia divorciada sin la custodia de su hija y la no comunicación con sus padres. Éstas son experiencias que, según el grupo, la familia tiene que estar preparada para poder encajarlas. Por otro lado, se comenta la máxima protección de una madre con un hijo con enfermedad mental, tal es su preocupación para que no le pase nada, que el hijo es dependiente. La madre se lo hace todo, e impide, el posible desarrollo del hijo.

“Se enteraron de que era bipolar, y a la hija que está viviendo con ella le hace la vida imposible porque muchas veces no se toma la medicación. Entonces unas veces la echa de casa, no la quiere en casa... De repente, vamos a comprar esto, vamos a hacer lo otro... Y la chica la tiene muy descolocada, y la pobre no sabe qué hacer. Lo está pasando muy mal, luego es eso, no se deja ayudar ella, no se toma la medicación ni nada, y tiene unos problemas que... Y es eso, no saber qué hacer con ellos...” (Mo., adulto)

“Fue excesivamente super protectora con él, yo creo que no ha sido bueno para el desarrollo de él [...] el entorno familiar tampoco le ayudó, quiero decir, siempre... Al final estaba su madre haciéndolo todo, siempre ahí encima de todo, y no le dejaba desarrollar, en seguida fue separado de la educación normal de otros chavales. Y por fortuna, muy tarde realmente, creo que a lo mejor ya lleva 20 años, en que va a una asociación en la que está con gente con problemas también similares, y que tiene relación con demás personas, etc, etc, y creo que eso ha sido positivo para él. También se ha separado, de su madre, entre comillas, tiene más relaciones que no su mundo cerradito donde estaba, creo que no era bueno para él.” (E., adulto)

Centrados ahora en el ámbito sanitario, en los tres grupos focales surge el tema del diagnóstico. ¿La persona con enfermedad mental se da cuenta de que tiene un problema o es su entorno quién lo identifica? En el grupo de los jóvenes argumentan que la persona debería darse cuenta de qué alguna cosa no va bien. El grupo de adultos lo respalda también. Pero éstos, relatan experiencias en las cuales, la familia ha tenido que hacer ver a la persona que requiere de ayuda.

“Te levantas por la mañana y dices, yo no reacciono así, yo no voy así, yo no actúo así. Y pasa otro día, y otro día... Y llega un momento en el que dices... Y vas al médico o al psicólogo, o te derivan a un psiquiatra.” (R., adulto)

“Mi marido tuvo una depresión también, no me acordaba. En un mes perdió 6kg, se quedó... Que yo... Empecé a darme cuenta porque no hablaba, no me contaba nada... Se quedaba así, se sentaba y no me decía nada... Como un mueble, yo decía que parecía como un mueble. Hasta que bueno... Al final... Fuimos al psicólogo.” (Me., adulto)

Las personas del SPL, exponen su experiencia, en la cual, algunos de ellos eran conscientes de que presentaban unos síntomas (voces, idea suicidas...) que no habían padecido antes. A pesar de ello, el miedo que sentían a la hora de explicarlo era tan fuerte, que hasta que la familia no se dio cuenta, nada salió a la luz. Dicho miedo, se comentará más adelante en el apartado de imagen social.

“Te pierdes, estás muy perdido. Yo hasta que no dije a mis padres, con 16 años... Llévame donde sea, porque yo me quiero quitar la vida. Porque estaba... En los estudios lo estaba pasando fatal, no quería ir a clases... Estaba completamente deprimido” (Je., SPL)

“Yo aguanté durante 2 años, sin decir nada a nadie y... Llegó un día que me autolesioné, y no... Entonces al ver que había pasado mi familia, se quedó así muy parada... ¿A qué viene ahora esto? Y... fuimos al médico para que me suturaran, y el mismo médico nos dio visita para CSMIJ, que es el Centro de Salud Mental Infante-Juvenil” (A., SPL)

“Mis padres se dieron cuenta de que algo no iba bien, fueron a urgencias, a urgencias del hospital San Juan, y a partir de ahí, los llevaron allá arriba, al Pere Mata. Entonces me ingresaron ya.” (C., SPL)

Además del posible diagnóstico del propio individuo o del entorno en el cuál valoran qué algo va mal, se destaca también el papel de los profesionales a la hora de efectuar dicho diagnóstico. El grupo del SPL reclaman la unificación, ya que, al ir de médico en médico, cada uno les etiquetan de forma diferente y, a veces, de forma contradictoria. Hasta tal punto, que el abanico de etiquetadas diagnósticas que tienen escritas en su historia clínica pueden ser infinitas. De esta manera, el grupo de adultos cree necesario que los profesionales del CAP, ya que es lugar donde vas a primera instancia cuando necesitas ayuda, estén formados y capacitados para detectar y valorar dichas enfermedades por tal de proporcionar los cuidados requeridos lo antes posible.

Por último, el grupo de jóvenes, distingue el papel del educador en las escuelas para detectar a los niños con algún tipo de problema, aunque argumentan que no es tarea fácil, requiere de experiencia. Asimismo, exponen que muchas enfermedades mentales, como en

el caso del TDHA, actualmente, han sido creadas por tal de enriquecerse económicamente las empresas farmacéuticas. Por lo tanto, se preguntan si a la hora de establecer un diagnóstico por parte de los profesionales siguen unos patrones o simplemente se dejan influenciar por las grandes multinacionales.

“Yo por ejemplo, en clase, este año, tengo algún caso que ves que se sale de... De las pautas que corresponden a la edad... Tienen 5 años. Y aquí si que alguno que... Que lo han derivado ya... Pero en parte no sabes si es por el factor, factor edad porque tienen 5 años y es cosa normal que hagan con 5 años o de verdad pasa algo... Es muy difícil.” (J., joven)

“Yo cuando era pequeñito no podía parar, era hiperactivo. No me catalogaron como hiperactividad, no me la catalogaron así, pero yo fui a psicólogos y me estuvieron medicando con unas gotitas. Todo esto vino a través de que yo me medicaba para una bronquitis e inhalaba muchísimo *Tervasmin* y muchísimo *Pulvicor*, y esto lleva un componente de que es cafeína pura. Ponle a un niño de 3 años, altas dosis de esto... Yo no podía parar en clase, ni en clase ni en mi casa, ni en ningún sitio. Entonces... Esto, ¿porqué se da? ¿porqué tengo yo que ir a psicólogos y a todo esto cuando es la otra medicación la que me está afectando directamente?” (A., joven)

Al hablar del tratamiento y de una recuperación, los tres grupos convinieron en la no recuperación total. Respaldan que son enfermedades crónicas. De forma más específica, el grupo de los jóvenes argumentan que dependiendo el grado de enfermedad, habrá diversas soluciones. En el segundo grupo, defienden que la esquizofrenia, entre otras, son enfermedades que no tienen cura y son causa de bajas laborales constantes, pero en cambio, la depresión es transitoria. Referido a la cronicidad, las personas del SPL tienen asumido que su enfermedad mental estará siempre presente, deben de aprender a llevarla en segundo plano y saber hasta qué punto sus objetivos son asumibles.

“Porque sé que la voy a tener, más pequeña o más grande la voy a tener conmigo, pues ahí se queda en segundo plano.” (Jo., SPL)

“Es una enfermedad crónica, y todo el mundo de mi alrededor se tendrá que acostumbrar a esto, porque yo hago todo lo posible, pero cuando no puedes, no puedes.” (A., SPL)

Sobre el tema de medicación como tratamiento crea una controversia relevante durante las tres entrevistas. El primer y el tercer grupo respaldan que la medicación aturde a las personas, no son capaces de reaccionar y de pensar con rapidez. Además, los adultos argumentan que la medicación, actualmente, es la base fundamental de todo tratamiento, pero que no debería de ser la única, ya que las terapias alternativas y en grupo funcionan. En este aspecto, algunas personas del SPL afirman que el deporte es la mejor medicina para liberar la mente.

“Y yo, la verdad, verla que vive a través de la medicación, es que es como un no vivir, no estar viviendo tu realidad.” (L., joven)

“Estuve un montón de años que no era persona, vivía con mis padres, y... Es que tenía un sobrino pequeño... Y es que a él se le caía la baba por lo pequeño que era y a mi se me caía la baba de la medicación. Iba totalmente, desorientada, estaba muy mal... No podía estar con mucha gente, me agobiaba en seguida, me ponía a llorar, no sabía lo que me pasaba...” (A., SPL)

“Recurrimos rápidamente a la medicación. No vamos a un diálogo, no vamos a profundizar en el tema. Somos más partidarios de tomar 4 pastillitas durante 6-5 meses, ya me encuentro bien y hasta la próxima, y se vuelve a caer.” (R., adulto)

Referente al tratamiento que se realizan en las instituciones, los jóvenes se cuestionan el objetivo de estos centros: ¿buscan eliminar el problema o reducirlo al máximo?. Así como también, analizan qué sólo aquella persona que es capaz de razonar que tiene una enfermedad mental, podrá realizar un tratamiento de forma satisfactoria. Imponer un tratamiento a una persona, es incluso, contraproducente, ya que crea un rechazo de ésta.

“Luego cada persona entra o sale como quiere, al fin y al cabo tu estás ahí y si lo quieres aprovechar lo aprovechas, que no lo quieres aprovechar no lo aprovechas.” (R., joven)

Siguiendo con el tema del tratamiento, y más concretamente, en el ingreso, el grupo del SPL nos habla de cómo viven la experiencia de estar, entre dos o tres semanas, sin ningún tipo de contacto con el exterior. Es tan negativa la experiencia, que ellos utilizan el término de “encerrado”, consideran que es como estar en la cárcel. Están clausurados en el recinto, con los horarios de las comidas muy marcados y, sin ningún tipo de aparato electrónico o con el que puedan hacer daño. El aburrimiento forma parte de la estancia, solamente la televisión o el pin-pon son las vías de distracción. Declaran que estar ahí es muy duro y agobiante. Así mismo, un informante adulto, explica la vivencia de ir a visitar a un familiar suyo en un centro de salud mental, y apoya la idea comentada anteriormente. Tuvo un primera impresión muy mala, extraña, la visión que tuvo era deprimente, a pesar de que el centro era bonito físicamente.

“Entré voluntario, porque mi recomendación para calmar los nervios y el estado de angustia que tenía, y... Cuando estuve ahí, lo pasé falta, me rallé más de lo... Que estar fuera... Es que para mi... Me siento como un hámster dando vueltas a la rueda... [...] te deja mucho tiempo para pensar en tus cosas. Vale, sí, estás ahí controlado, pero estás todo el día dándole a la cabeza porque estás sentado. Es que no haces otra cosa.” (Je., SPL)

El nivel económico de las familias a la hora de afrontar la situación, es punto de interés por

el grupo de adultos. Si dispones de recursos monetarios, seguramente, la recuperación será mayor. Relatan que en el servicio público no responde tan rápidamente como en el privado. Todas las experiencias relatadas, la familia opta por ir en primer lugar a la consulta privada del psicólogo. En este aspecto, las personas del SPL, la mayoría también se decidieron por dicho recurso de pago primeramente, otros, al padecer un brote, los familiares prefirieron ir a urgencias del hospital de referencia. Todos, al final, fueron derivados al Instituto Pere Mata, y a través de la asistenta social, pudieron conocer la Fundación Pere Mata, con el objetivo, de poder reinsertarse en el mundo laboral.

“Al final son recursos, quiero decir, asistencia, si hay una sanidad que lo respalde o no, básicamente [...] No todo el mundo podrá permitírselo, habrá gente que podrá hacer más o podrá hacer menos.” (E., adulto)

Entre los jóvenes, como ya ocurrió con el concepto de salud mental, no conocen los distintos tipos de servicios sobre la salud mental que dispone la ciudad de Tarragona y su entorno. Solamente enumeran el Instituto Pere Mata y el Reto en Sant Salvador, que trabaja con drogadicción. Igualmente ocurre entre los adultos, que mencionan también el Instituto Pere Mata y el centro de Villablanca. Aunque alguno no sabía que éste último siguiera abierto. Por otro lado, las personas del SPL, saben qué recursos y asociaciones hay por la comarca de Tarragona (El porcho, La muralla, El Taller del Bix Camp, entre otros) pero, las han conocido después de padecer la enfermedad.

De esta manera, el segundo grupo, destaca la escasez a nivel nacional en cuanto al apoyo por parte de la sanidad pública, centros y recursos para las familias. Argumentan que una persona con enfermedad mental puede tener la ayuda y protección por parte de los familiares, pero una vez que ellos falten, no tienen un centro donde permanecer. Así como también, se cuestionan dónde llevar a una persona con enfermedad mental si no está tan mal como para acudir al Pere Mata. Mencionan que las familias no tienen el conocimiento suficiente para seguir adelante con una persona con enfermedad mental y junto con la falta de servicios, dichas personas están desvalidas, y lo que no se puede permitir, es que estén encerradas en casa sin tener nada qué hacer.

“Tú intentas hacer lo mejor que puedes pero no tienes conocimientos de cómo tratarlo ni nada... Supongo que ahí sí hay un ayuda del entorno... No sé... Supongo que por parte del entorno más inmediato de asumir que aquella persona está mal y necesita ayuda y, también por parte de sanidad, para ayudar a esa persona y a las personas que están... Los más inmediatos para poder afrontar la problemática de esa enfermedad...” (E., adulto)

“Luego otro problema está que aquí en España no hay, no está bien estructurado el tema en cuanto a centros asistenciales para estas personas. Porque veo que si es un... Un caso

extremo... Tipo Instituto Pere Mata o un... Un psiquiátrico. Pero si es un caso que... No, que esta persona no está para llevarlo ahí... ¿Dónde la llevas? ¿Dónde está? ¿En tu casa todo el día contigo?” (J., adulto)

“Otro primo mío, tiene un hijo que es autista, el matrimonio está en Inglaterra trabajando, y allí ellos tienen... Tienen un niño autista y tienen toda clase de ayudas para el niño. Osea que aquí en España es absolutamente impensable. Tienen ayudas, tienen su colegio especial, tiene su... Y están por el niño, y por eso pueden seguir trabajando y seguir una vida normal. Tener un niño autista debe de ser bastante complicado... Pero sin embargo tienen ayuda por parte de la sanidad pública... Y aquí me temo que ninguno debe de tener... Osea, que a nivel de salud pública, entiendo que debiera haber una mayor asistencia en toda esta serie de problemas... Desgraciadamente no hay...” (E., adulto)

A pesar de que los adultos expongan la falta de capital en la sanidad pública, y más concretamente, en la área de salud mental, las personas del SPL exponen que en la Comunidad de Cataluña, la Generalitat se ha involucrado en esta área, y que en otras comunidades, no existen los centros como la Fundació Pere Mata.

“Si salimos de aquí, no hay nada. Estarán ahí, y yo que sé, mirando revistas, pasando el rato... Los tendrán ahí como si fueran *Don Nadie*, y es lo que hay. Y aquí en Cataluña tenemos mucha ayuda. Aunque parezca poca.” (Je., SPL)

5.3. Imagen social de las enfermedades mentales

Actualmente, el estigma social referente a las enfermedades mentales está presente, sin ninguna duda, entre nosotros. Las personas del SPL relatan sus propias experiencias negativas respecto a este tema. De cara a la sociedad, según sus perspectivas, son enfermos, locos y violentos. Además, creen que la ciudadanía les juzgan a pesar de ser conocidos y tienen miedo de tratar con ellos.

“Te señalan con un dedo cuando vas a un bar. En Vilaseca, hay muchos bares que te rechazan. Mira ya está aquí el loco.” (Ju., SPL)

“Yo hace 10 años que estoy en un centro psiquiátrico, en Villablanca. Y mis hijos nunca han venido a visitarme porque les hace cosa entrar ahí dentro. Nos ven diferentes. Siempre tengo que ir yo a casa, siempre me vienen a buscar, nos vamos de vacaciones a Salou, y no son capaces de venir y verme como estoy, que tal estoy... Tengo que ir yo a casa...” (Ju., SPL)

“Siempre será él que estuvo allí, él que le pasó eso, y la gente que te viene a hablar y eso, les notas, a lo mejor es paranoia, pero les notas como si quisieran analizarte para saber si tú seguro eres así o eres asá.” (A., SPL)

El grupo de jóvenes argumentan que una persona con enfermedad mental puede tener

interiorizado y asumido de que tiene dicha enfermedad pero a la hora de mostrarlo a la sociedad puede tener temor por el posible rechazo de la sociedad. Es decir, algunos de los jóvenes manifiestan que si padecieran alguna enfermedad mental, seguramente, no podrían salir solos a la calle. Así como también, sentirían vergüenza y no lo dirían públicamente.

“A mi me daría vergüenza, seguramente. Si tengo una enfermedad, de que estoy mal... No sé... ¿Qué pensarán de mi...?” (R., joven)

Los adultos comparan el trato con las personas con enfermedad mental hace 25-30 años con la actual. Expresan que anteriormente, las personas con enfermedad mental se ocultaban, no salían de casa y si ibas a la consulta del psiquiatra te llamaban loco. A pesar del paso del tiempo, afirman que el miedo y el rechazo siguen en todos los aspectos de la vida diaria. Así mismo, a nivel más individual, la experiencia vivida, les ha hecho madurar, y las enfermedades mentales son más cercanas, ya que, conocen personas que las han sufrido.

“Si tuviera el problema directo, a mi me daría pena que a un hijo mío la sociedad lo mirase como un bicho raro, un monstruo.” (J., adulto)

“¿Por qué tengo que explicar yo...? ¿Por qué noto aquella mirada? O me preguntan qué le pasa...” (Mo., adulto)

“Tus mismos compañeros te mirarán mal, te dirán siempre está de baja... es que, ¿qué le pasa? Es que tiene una depresión, tal... La depresión, ¿eso qué es? Lo que no tiene son ganas de trabajar. También te lo dirán.” (R., adulto)

La permanencia del estigma es causada por los prejuicios y/o mitos de la sociedad sobre las enfermedades mentales. Dichos prejuicios están relacionados con el estereotipo de una persona con enfermedad mental: débiles, dependientes, de fácil influencia... Y la causa de éstos, según los tres grupos, son el desconocimiento y la incompreensión de la población.

¿Cómo actúo delante de una persona con enfermedad mental? ¿A qué me voy a afrontar cuando un familiar o un amigo tiene cierto trastorno? ¿Qué consecuencias desencadenan padecer una enfermedad mental? Todas estas preguntas se plantean el grupo de adultos. El miedo a lo desconocido es el principal motivo de rechazo.

“Quizás en otros casos... Desconocimiento y... O no saber qué hacer, no saber cómo tienes que reaccionar. Porque a veces también, no sabes, qué tienes que hacer, cómo tratar a esa persona, a veces también es tener un poco de miedo al no saber...” (P., adulto)

Las personas del tercer grupo, relatan la dificultad y el miedo de informar y, hacer entender a los seres allegados el trastorno mental que han desarrollado. Los familiares de algunos de

los informantes, con el paso del tiempo, han sabido comprender la enfermedad, otros contrariamente, no lo acaban entender, pero apoyan a su hijo/a, y otro sector, no lo asimilan.

“Mi hermano mayor no acaba de entenderlo, el mediano sí, mi madre le ha costado pero sí y los amigos, es muy complicado. Y sobretodo decirles lo qué te pasa y sólo saben decirte: ánimo. O cosas de estas, pero no acaban de entender... Tú puedes, tú no puedes llegar a hacer según qué cosas... No puedes... No entienden lo que te pasa.” (Je., SPL)

“Yo en casa, mi madre no lo entiende bien cómo funciona pero me apoya. En cambio, mi padre, no entiende nada, no lo quiere entender y para él es cómo una manía, como... Como si yo lo pudiera coger y decir hoy estoy enferma, al día siguiente me encuentro bien.” (A., SPL)

“Yo me di cuenta que algo pasaba, pero aún así no quise decirlo... Porque tenía miedo de que no me comprendieran y me dejaran de lado. Aunque sepa que no lo harían porque son mis padres, pero el miedo era tanto que no... Y para mi es el miedo que tiene uno a que los demás se enteren... Y el echo de que se enteren y piensen que eres un bicho raro. No te deja solución... Si no lo dices te pones malo, y si lo dices, también te pones malo...” (A., SPL)

Con esto, vemos que el miedo es mutuo, tanto de las personas con enfermedad mental a la hora de sacar a la luz su trastorno como, el entorno de estas personas que tienen miedo de ser atacadas o de no saber cómo tratar con ellas. De esta manera, los jóvenes y adultos argumentan que un individuo se relacionará con una persona con enfermedad mental siempre y cuando, el nivel de prejuicios del individuo sea el menor posible, estableciendo así una fórmula: contra mayor prejuicio menor contacto con una persona con enfermedad mental.

“Su vida será mejor cuánto menos prejuicios tenga la otra parte, básicamente. Es decir, muchas veces ese prejuicio que tiene la otra parte, al final, va a hacer que no... Que la relación con la otra persona no vaya a funcionar.” (E., adulto)

Hoy en día, el grupo de jóvenes tienen amigos con una enfermedad mental, los cuales, nunca han tenido el inconveniente de exteriorizar que han estado en un centro de salud mental. A pesar de esta afirmación, durante el debate de éstos, emerge la duda de si las personas con enfermedad mental lo expresan con tanta facilidad. Argumentan que en un ámbito más cercano o familiar, se puede plantear el tema con más o menos comodidad, pero, en aquel entorno con menos confianza, no se expresa, por el miedo de ser rechazado. Los informantes del SPL reafirman a los jóvenes, creen necesario contar su enfermedad a las personas con más confianza, pero éstas, son bien pocas.

“Y referente a los amigos, tengo muy pocos amigos que sepan lo que me pasa, muy pocos, muy pocos... Y los que lo saben, evitan hablarlo.” (A., SPL)

“Mis amigos no saben que yo tengo una enfermedad. Algunos sí, pero muy pocos. Pero con una mano... Pues sobran dedos” (Jo., SPL)

“Cuando una vez quieres a alguien y quieres contar lo que te pasa, es complicado. Es muy duro. Porque a mi me ha pasado, estaba con una chica, estábamos a punto ya de empezar una relación, y cuando le expliqué esto... Pues le dije, a mi me pasa esto, porque yo creo que una de las cosas más importantes en una relación es la confianza del uno y del otro, y si realmente quieres a la persona, te gustaría, ¿no? Que lo supiera todo y... Y pues a mi, por ejemplo, me salió mal. Cuando vio que tenía esto... Desapareció, se echó para atrás. Osea, no es tan fácil contarle, no todo el mundo...” (Je., SPL)

En estos fragmentos podemos observar que las relaciones de amistad no tienen un vínculo tan fuerte como los de la familia. Los del SPL expresan que los amigos son los primeros en rechazarte, y si te aceptan, no saben como tratarte. Las dos formas de actuación destacadas son: huir y aislar.

“Hay mucho rechazo. A mi me ha pasado, yo veía que eran amigos, y cuando les tienes confianza y les cuentas lo que te pasa... Cómo se van... Y dices... Pues bueno...” (Je., SPL)

“Y ellos no lo saben de antes, se van, huyen. Te aíslan. No nos aislamos nosotros. La sociedad te aísla.” (A., SPL)

Referente a la familia, los adultos consideran que muchas de ellas, niegan o ocultan que un ser querido tiene una enfermedad mental. No quieren presentar y/o exteriorizar a la sociedad dicha persona, a pesar que, el otro entorno, se da cuenta de qué esa persona tiene algún tipo de trastorno.

“Osea todo el mundo lo sabe, pero esto si no hablas es como si no existiera...” (P., adulto)

Además, las personas del SPL, revelan que la familia está muy pendiente de ellos. E incluso, en algunos casos, no permiten que la persona sea dependiente. Algunos de los informantes viven en pisos compartidos con otras personas con enfermedad mental, y expresan que cada día sus familiares les llaman por teléfono con el fin preguntar como están y si han tomado, sobretodo, la medicación.

“Casi a las 11, porque ya duermo porque tengo que madrugar... Me llama y me dice: ¿te has tomado las pastillas?. Y digo, pero mamá, yo me las tomo desde los 16, son diferentes, pero sé tomármelas. Es muy... Mucho control...” (A., SPL)

“Mis hijos de 16 años, cuando estaba su madre de vacaciones en Marruecos, me quedé yo con ellos, y hacían ellos toda la casa y se preocupaban por mi. De tomar la medicación...” (Ju., SPL)

“Pues está por ti... Se vuelcan por ti, los padres se vuelcan más... Y se nota... E intentan... No sé... Están muy encima tuyo. A veces, hasta un punto que dices... Que soy normal, me agobias.” (Je., SPL)

Finalizando con el tema de prejuicios, tanto adultos como personas del SPL creen que la incompreensión y desconocimiento también se basa en la subjetividad de las enfermedades mentales. Las enfermedades físicas, tales como un rotura de tobillo, cáncer o un ataque al corazón, son patologías que se pueden demostrar mediante pruebas radiológicas u otras médicas. Pero un ataque de ansiedad o una depresión, no es palpable, no es fácil de ver y consecuentemente, crea dificultad de entendimiento. Además, los adultos manifiestan la escasa iniciativa de las personas a la hora de pedir ayuda en referencia a las enfermedades mentales, no se va al psicólogo con tanta libertad como a un traumatólogo.

“Yo creo que una rotura de pierna o una operación es demostrable. La salud mental no es tan demostrable... Osea, tú te rompes una pierna y está claro, te operan de apendicitis está claro, todo esto está muy claro... Te da un infarto y está claro... [...] Bueno una ansiedad, hasta dónde te llega... O hasta dónde te hace estar tú con depresión o con... [...] Osea, hasta qué punto los demás lo ven... Como una enfermedad. Es lo que decíamos, si tú tienes un problema y vas al médico, pero si tú tienes una enfermedad mental porqué no vas con la misma libertad al médico... Todavía no se va... Te duele un pie, vas, te duele no sé qué, vas... Cuando uno está así... Cuesta dar el paso de... No se va todavía.” (Mo., adulto)

“Con un dolor puedes decir, me duele aquí. Pero si tu tienes un estado emocional... A veces no sabes explicar qué te pasa... O no sabes cómo explicarlo...” (P., adulto)

“Porque te falta una pierna y se ve, necesitas insulina y te tienen que inyectar y se ve. Pero algo que es de la cabeza, nunca se ve, y esto es difícil de entender. Si no lo pasas tú, no lo acabarán de entenderlo.” (Je., SPL)

“Cómo si yo quisiera estar mal, como si no me encuentro bien... Y en vez de hacerme caso, me dijese, pues ves a limpiar o cualquier cosa... No me encuentro bien psicológicamente, pero físicamente puedo hacerlo todo. Pero psicológicamente no me encuentro bien. Mi madre esto no lo entiende mucho... Pero me lo permite, como si dijera... En cambio mi padre no, es contrario... Si me falta una pierna lo entiende, pero si tienes un problema mental no lo entiende.” (A., SPL)

Sobre medios de comunicación, en los tres grupos focales, brotó la idea de que muestran el aspecto más negativo de las enfermedades mentales, ya que, lo que les interesa es vender. Si se informa de alguna noticia sobre éstas, tiene más atractivo aquella primicia, en el cual, la persona es una asesina con la enfermedad mental de esquizofrenia. En muy pocas ocasiones, la persona con un trastorno mental es tratada con respeto, con el objetivo de

naturalizar y mejorar la concepción externa.

“Por ejemplo, hace muy pocos días se estrelló un hombre, no sé si os suena, que se estrelló contra un coche de los mossos d'esquadra. Y mató al que estaba en el sillón de conductor y al acompañante grave. Y ya decían que si había tenido un brote psicótico. A lo mejor es cierto... Pero no sé que pretenden llegar con esto, ¿no? Si... Tenerles temor...” (E., SPL)

Uno de los informantes del SPL asocia el estigma como consecuencia de la información proporcionada por la prensa. Los jóvenes en este aspecto, están de acuerdo, ya que piensan que los medios de comunicación son de gran influencia en la sociedad. Exponen el caso de los suicidios, como parte negativa, porque hasta hace poco, se mostraban en los telediarios éstos, actualmente ya no se presentan en la prensa. Por otro lado, exponen el tema de la homosexualidad ya que se naturalizó en nuestro país gracias a dichos medios, siendo actualmente uno de los países con mejor concepción. Es decir, proponen el proceso de naturalización de la homosexualidad como posible línea de mejora respecto al estigma por tal de establecer las enfermedades mentales en la vida cotidiana.

“Hombre lo que está claro, es que la gente, o la mayoría, por decirlo de alguna manera, va a tomar por normal lo que dicen los medios. Solo viendo como se idolatra la gente con *Mujeres y hombres y viceversa*... Lo que se ve, entra en la normalidad.” (R., joven)

Haciendo mención a la industria del cine y/o a las series de televisión, tanto los adultos como los jóvenes y los del SPL, manifiestan la perjudicial imagen que muestran. Presentan a manicomios o centros psiquiátricos donde tienen a las personas con enfermedad mental atadas, recluidas y, sedadas para no importunar. Así mismo, en las series televisivas, se crean personajes casi siempre caracterizados por ser “tontos”, que se burlan y/o hacen bromas sobre salud mental.

“Hollywood ha tendido a tener una imagen bastante negativa de lo que es un centro psiquiátrico o un centro de salud mental, empezando por *Alguien voló sobre el nido del cuco* [...] *Shutter Island* o muchas otras, que en realidad están mostrando un sitio super recluido, en plan, torre de marfil, donde metes ahí a la gente que no quieres tener en tu sociedad y punto, porque son, supuestamente, peligrosos.” (A., joven)

“La novela que ve mi madre [...] Pero es que le digo ¿realmente esto pasaba o es que los guionistas son tan macabros?” (Mo, adulto)

Por otro lado, un integrante del grupo de los jóvenes defiende que en Cataluña, tiene una percepción sobre salud mental bastante positiva, ya que, por ejemplo, en una serie de la televisión pública que duró muchos años *El cor de la ciutat*, creó un personaje con una enfermedad mental. Dicho personaje, era un chico que encontró una novia, se independizó,

trabajaba y que pagaba un hipoteca, como cualquier otra persona. Además, dicha televisión, anualmente hace un maratón para recoger dinero de forma benéfica. Cada maratón trata sobre alguna enfermedad, y, en un año, se abordó las enfermedades mentales. Con eso quiere decir que, se está trabajando el tema y se está intentando naturalizar.

Referente a las campañas informativas sobre las enfermedades mentales o de lucha contra el estigma, tanto los adultos como los jóvenes no han oído hablar de ninguna. Argumentan que están más trabajados los temas de drogadicción, por ejemplo. Las personas del SPL están más informadas de las campañas publicitarias a través de la Fundación Pere Mata.

“Por ejemplo, la prevención de las drogodependencias, en televisión, en la prensa escrita... En todos sitios hablan de las drogas, pero de enfermedades mentales... Quizá en alguna revista... Pero poco...” (Pe., adulto)

“La que pone: “discapacidad no, di capacidad”. Es una campaña que... en *Spotify*, por ejemplo, te sale.” (Je., SPL)

“Ahora hay carteles de esos, de hombre que sale la cara, que la otra mitad de la cara pone: ¿tú te escondes de que tienes una enfermedad mental? O algo así... Pero no sé quién lo lleva, si el gobierno, la Generalitat, o quién lo lleva...” (A., SPL)

Terminando con la información obtenida a través de los medios televisivos o de comunicación, J., perteneciente al grupo de los jóvenes, nos destaca un documental visionado durante la carrera de educación primaria. El video trataba de un proyecto social llevado a cabo por una radio argentina, *Radio Colifata*, que su objetivo era que los locutores, personas ingresadas en un centro de salud mental y consideradas locas, se mostraran a la sociedad. Aunque manifiesta la necesidad de la sociedad abrirse hacia ellos, ser más tolerantes, y no al contrario.

“¿Pero son ellos los que se tienen que abrir? O también, ¿somos nosotros los que nos tenemos que abrir a ellos? Es que, claro, nosotros los podemos tachar de locos pero a lo mejor los que tenemos el problema también somos nosotros y no lo queremos reconocer.” (J., joven)

La eliminación o disminución del poder que presenta la etiqueta diagnóstica es crucial para la reinserción de una persona con un trastorno mental. Los jóvenes y los del SPL declaran que la etiqueta es para siempre. Nunca podrás quitarte el lastre de dicha. A pesar de ese diagnóstico, un joven define la etiqueta en dos:

“Pero la etiqueta son dos cosas: qué has sido, que eso no te lo van a quitar nunca, y luego es, tu estado” (R., joven)

“Pero yo creo, que una vez entras, la etiqueta no... No se te va. Lo máximo que puedes

conseguir es intentar reducir esta etiqueta al máximo. Pero la etiqueta una vez entras, creo que no...” (J., joven)

“Y la sociedad te rechaza porque te desconocen, no se fijan en el individuo, se fijan en la enfermedad, las capacidades se quedan anuladas en un título que te ponen cuando sales del médico, que te dicen, según el DSM, tienes tal cosa...” (A., SPL)

En el mundo laboral, abordado por los tres grupos, las personas con enfermedad mental también luchan constantemente por tal de tener un trabajo digno. Los jóvenes comentan que las grandes empresas están obligadas a contratar a personas con enfermedad mental, y corresponde a un 10% de su plantilla. Aunque este 10% sea una facilidad, expresan que no siempre se cumple y, por otro lado, los autónomos o aquellos comercios más pequeños, no deben de contratar a personas con dicho trastorno. De esta manera, y hoy en día, en las tres entrevistas brota la idea de: hay muchas personas en paro, y contratarán primeramente a individuos sin enfermedad mental.

“A nivel empresarial, cuando una empresa contrata a alguien es para que produzca, simple y llanamente. No quieren que se salga de los parámetros. Con lo cual, si tu ya vas así identificándote con... Tengo un deterioro mental, tengo... He pasado por anorexia... Cualquier cosa que se salga de lo normal, va a pasar por encima de ti alguien normal.” (Ad., joven)

“Vosotros creéis que vais a buscar curro y... Si pones el curriculum... Pues yo he estado 3 años con depresión, ¿os van a contratar?” (R., joven)

“El bar Manolo, puede planteárselo: yo quiero a una chica... Que tenga una salud mental normal, que no haya tenido ningún planteamiento raro [...] y no quiero a una persona, una compañera que haya tenido un problema de anorexia. Porque cuando yo diga que la camarera que tengo contratada a tenido esto... Van a relacionar al bar...” (F., joven)

“Pero es que la empresa se puede permitir a coger mucha gente, les da lo mismo... Si tú no vienes detrás... Hay otros... Entonces ahí...” (Mo., adulto)

Los adultos hablan de un aumento de industrias donde todos, o el 90% de los empleados son personas con enfermedad mental. Contrariamente, las personas del SPL argumentan que las grandes empresas hacen trampa. Ya que pueden cumplir el 10% de empleados con enfermedad mental contratando a una empresa exterior para que, por ejemplo, realicen un trabajo de jardinería. Es decir, la persona no está físicamente presente siempre en las grandes industrias.

Además, las personas del SPL están en dicho servicio, ya que manifiestan que tienen más posibilidades de encontrar trabajo, ya que es un trabajo protegido, en vez de buscar uno ordinario. Argumentan la imposibilidad de coordinar un trabajo ordinario con las visitas al

Centro de Salud Mental (CSM). Como el CSM solo abren por las mañanas, tendrían que pasar a un privado, con el gasto adicional que supone. Así mismo, estas personas deben de hallar un empleo teniendo en cuenta la minusvalía que presentan.

“Vas haciendo cursos. Nosotros, por ejemplo, algunos estamos en jardinería ahora. Te lo subvencionan. Luego... Te enseñan muchas maneras de trabajar y vas cogiendo experiencia. También eso te ayuda. Y si algún día no quieres un trabajo protegido, puedes ir a otro lado.”
(Je., SPL)

Con el fin de integrar, reinsertar y dar visibilidad a las personas con enfermedad mental, así como también, luchar para disminuir el estigma mental, los adultos y los jóvenes creen imprescindible la concienciación de la sociedad. Es importante que la ciudadanía sepa y conozca qué son las enfermedades mentales, y no como ocurre actualmente, que las enfermedades minoritarias tienen más resonancia entre la población.

“Conocimiento, no sé... Tal vez.... Saber... Muchas veces decimos... Es que tiene esquizofrenia... Muchas veces lo decimos con una facilidad pasmosa. Y lo que tiene esa persona precisamente no es esquizofrenia. Saber qué es una esquizofrenia, qué significa, ojo que te pasa o te puede pasar tal...” (E., adulto)

“Hablando del tema, de las transparencias del asunto, porque no se habla nunca... La gente joven lo van viendo, nadie se lo ha enseñado, van viendo que hay personas que tienen este problema, nadie le ha dicho que hay una enfermedad mental que se llama esquizofrenia.” (J., adulto)

Una vez que la enfermedad se asuma, los jóvenes proponen “no discriminar a la primera de cambio durante las entrevistas de trabajo”, sino, por ejemplo, proporcionar un tiempo de prueba a las personas con trastorno. O en el caso que, un trabajador tuviera una enfermedad mental, durante su ausencia por baja laboral, contratar a otro temporalmente.

“Para eso están las entrevistas de trabajo. Para eso está ver como se desenvuelve, o hacer un periodo de prueba. Alguna cosa así.” (A., joven)

“Pero también es porque no hay detrás asistencia. A ver, si alguien tiene un problema, tendrá que resolverlo, al final ese problema está causando problemas al resto, osea, al equipo de trabajo o sea empresa... Si la enfermedad como tal se asumiese, por parte de la sociedad como tal, pues eso lo asumiría la sociedad y no tendría que causar prejuicio al resto de equipos. Véase, poniendo a alguien en su lugar temporalmente, que pueda suplirle.” (E., adulto)

Así pues, los tres grupos coinciden en que es primordial una buena educación en las escuelas, para que la sociedad sea más tolerante y las enfermedades mentales dejen de

ser motivo de burla o de rechazo. Es interesante que en las tres entrevistas surge la idea de crear una asignatura en la educación primaria y que continúe a lo largo del desarrollo de los niños y, que trate sobre entorno social, vida social o psicología. Así mismo, se centraría en recuperar los valores sociales y aportaría información sobre las enfermedades mentales u otras discapacidades. El niño, como comenta un joven, es la herramienta para poder hacer esta transformación.

“Por parte de la educación, de potenciar a partir del niño, ¿no?. Que el niño sea el instrumento, por ejemplo, el tema del reciclaje, al menos en mi caso. Yo cuando era pequeño, mi maestro me enseñó a que fuera a casa y que molestara a mi padre hasta que pusiera el plátano en el marrón y no lo pusiera en otro contenedor” (F., joven)

“En el Instituto. Que tengan una hora a la semana, yo que sé, de enfermedades de cosas de estos... De psicología por así decirlo. De estudiar las enfermedades y que las cosas de una ciudad no estén tan apartadas, sino convivir con ellas.” (Je., SPL)

“Al final todas estas actividades sirven para integrar y para hacer ver todos los demás, que son personas con su enfermedad y que no es nada extraño...” (E., adulto)

Y cuando el niño ha crecido y, es un adolescente, creen necesario impartir actividades o excursiones a centros de salud mental, con el objetivo de conocer realmente qué es un centro de este tipo, qué se realiza allí y qué tipo de personas acuden. Y que en dichas actividades las familias se involucren y participen.

“Hay centros donde se pueden visitar, centros de Cruz Roja, actividades conjuntas... Pero incluso, extrapolarlo al entorno familiar, a los padres, cuando su niño llegue a casa y diga: mira papá, es que hoy he ayudado a un niño y le he secado la babilla... ¿Tú estás tonto, o eres tonto? No, educar de cierta manera que los padres formen parte de las actividades, implicarlos.” (R., adulto)

“En la adolescencia tendrían que llevar, igual que se van al teatro, pues que lleven a los niños al Pere Mata y que sobretodo, los jóvenes, que vean el efecto de las drogas. Pero que lo vean, osea, que vayan allí y... Abran los ojos y vean las repercusión que puedan tener...” (Mo., adulto)

Respecto a actividades promocionadas desde las escuelas, algunos del SPL participaron en una charla de sensibilización sobre el estigma a adolescentes.

“Algunos de nosotros, vamos a los colegios, a los niños de tercer de ESO a hablar sobre el estigma. Y hace poco fuimos al *Mas Carandell* y hicimos una charla con todos los de 16 años sobre el estigma desde que surgió hasta ahora. Y cosas así... Y la verdad no paraban de hacernos preguntas, no paraban de... Osea, no te lo esperabas que niños de 16 años tuvieran

tantas preguntas, tanta curiosidad... Y es que ellos decían, es que claro, te piensas que es un loco.” (Je., SPL)

A partir de este fragmento, podemos destacar que la falta de información está sin duda, vigente entre los adolescentes. Con el fin de concienciar a aquella población que no puede recibir un pilar educacional, los tres grupos, manifiestan la necesidad del aporte de dicha información a través del gobierno con campañas, como ocurre con la del tabaco, las drogas y la conducción insegura, entre otros.

“El elemento de intentar, desde la propia ciudadanía, día a día, naturalizarlo, e intentar comprenderlo y apoyar las medidas que se puedan hacer para llevar a cabo acciones por parte de la sanidad pública, que puedan ejercer estos programas que no conocemos, que necesitamos conocer. Tenemos una sociedad que está macro informada de tonterías muy gordas en su día a día, y estas cosas ni te las planteas” (F., joven)

Otras acciones que proponen los adultos que se podrían llevar a cabo para prevenir la enfermedad mental y en contra del estigma, son programas de voluntariado o actividades en el centro de la ciudad, con campañas informativas y de interés ciudadano. Como ocurre con las asociaciones del síndrome de Down o del Alzheimer. Organizando carreras solidarias o juegos educativos para promover y aportar información de manera divertida.

Finalmente, las personas del SPL también proponen que los hospitales de referencia de cada ciudad tuvieran una planta con personas con enfermedades mentales con el fin de normalizar e integrar las enfermedades mentales como una patología más. Asimismo, sugieren que en las actividades al aire libre en la ciudad o en las escuelas, se cree un videojuego educativo, e incluso, exposiciones.

“Yo creo que un avance muy importante sería meter psiquiátricos, o como quieras decirlo, en hospitales normalizados. Yo creo que eso sería una buena idea para que la sociedad te rechace menos. Que te vean... Sí que vas con bata, o lo que quieras... Pero que te vean andar por el pasillo, el mismo pasillo que está el otro que tiene un problema pulmonar o lo que sea... Vale, una planta para agudos, para que no haya, en ese momento no tiene que haber contactos que te alteren, pero luego tener la posibilidad de salir de ahí, estando enfermo, teniendo visitas y todo, pero poder estar en un ambiente normal.” (A., SPL)

“A mi me gustaría que existiese como un juego, un juego que el cerebro está mal, que es nuestro cerebro, que está mal, no funciona tan bien como tendría que funcionar. Y la manera de arreglarlo estuviese en manos del que lo está... del que lo está sufriendo. Que pudiese corregir los niveles... hacer un juego así más interactivo [...] Dar información pero al mismo tiempo enseñarles qué es lo que pasa. No hacerles una charla que hacen a veces... Charla sobre la salud mental, pues una charla sobre esto... Exposiciones, escritos... Concursos de... Al igual que antes hacemos un concurso que es un spot que hacen todos los CSM de Cataluña,

pues hacer concursos de poesía, que todo esto se pueda trasladar al exterior... Ya sea en manera de museo... O de cosas así... Cosas que llamen la atención tanto a pequeños como a grandes.” (A., SPL)

5.4. Concepto de normalidad

El concepto de normalidad surge en el grupo de jóvenes y en el de adultos por tal de diferenciar la persona con enfermedad mental frente a la persona que no la presenta. Ésta última se define como “nosotros”. De esta manera, se crean dos grupos, “ellos” seres inferiores y “nosotros”, como seres mejores. Este concepto viene determinado desde la antigüedad por la sociedad, con el fin de defenderse el colectivo frente a los individuos.

“Al identificar el individuo como individuo uno en frente del otro, el otro siempre es peor que él, porque si fuera a ser peor, no llegaríamos muy lejos. Yo siempre soy mejor que el otro, o quiero ser mejor que el otro. Porque estoy viendo que el otro es mejor pero voy a ser mejor que él. Y siempre buscamos lo negativo para entender el individuo y el otro.” (F., joven)

A pesar de que exista esta segregación de grupos, se manifiesta que la normalidad basada en un marco donde lo correcto somos nosotros, y en los extremos se sobresalen de las normas establecidas, se debe de reevaluar. Ya que una persona que se ha recuperado después de padecer una enfermedad mental se puede considerar normal, y por lo tanto, entra dentro del marco establecido por la sociedad.

“Compaginan con el día a día, encuentra una novia, se puede independizar, encuentra un trabajo en condiciones, se puede coger una hipoteca, vivir como una persona normal. Y al fin y al cabo, te das cuenta de que es una persona normal, dentro de sus capacidades, pero es normal.” (F., joven)

Así pues, cada sociedad, tiene un concepto de normalidad. En nuestro territorio, se entiende una persona normal como aquella que no presenta ninguna enfermedad mental y que el comportamiento de ésta no sobresalga de las normas pre-establecidas.

“Si nos fuéramos al África subsahariana no sé hasta que punto lo que normal aquí, es normal allí [...] Las histéricas de Freud, que bueno, eran mujeres que tenían unos grados de libertad que no eran normales en esos momentos, y por eso se consideraban que eran histéricas, y las tenían que medicar y, muchísimas otras cosas. Pues exactamente lo mismo, yo creo que son patrones dentro de la sociedad que se considera estándar... A nivel de cómo responderá la gente a ciertas situaciones.” (A., joven)

“Es un chaval que sufría esquizofrenia, pero cuando no tiene esquizofrenia, es una persona normal” (J., adulto)

“Bueno, lo normal... como va todo el mundo vestido, por ejemplo, pues cuando ves a alguien que va vestido con colores, pues dices: va mira, ¿dónde va este?. ¿No? Porque se sale de la norma...” (P., adulto)

6. Análisis de los datos

6.1. La salud mental y el estigma percibido

En los resultados obtenidos, se observa que el término salud mental es un concepto ambiguo y de difícil descripción. Pero, consecuentemente, a la hora de expresar qué significa para los informantes, surgen tres modelos diferentes: el biomédico, el biopsicosocial y el positivo.

Deacon (2013) refiere que el modelo biomédico, instaurado desde hace más de 30 años, se ha centrado en la búsqueda de las causas biológicas de los trastornos mentales. Dichos, son considerados enfermedades cerebrales originadas a través de un desequilibrio de neurotransmisores, anormalidades genéticas y, defectos en la estructura y funciones del cerebro que se pueden corregir mediante psicofármacos específicos. Este modelo ha sido implantado, no sólo en la ciencia, sino en las políticas y en la sociedad de todo el mundo. Así pues, los informantes adultos probablemente han sido educados con este patrón biomédico hegemónico, y por ello, la idea que presentan sobre la salud mental se relaciona con la ausencia de enfermedad mental.

El modelo biopsicosocial se basa en la comprensión de las enfermedades mentales como un trastorno que afecta a diferentes niveles y todos deben de ser analizados (genética molecular, neurociencia, cognitivo, personalidad y entorno), siendo cada uno de ellos no superior a los otros (Deacon, 2013). Otra nueva perspectiva, es la psicología positiva, trabajada por Seligman (1999). Se define como el estudio científico de las experiencias y los rasgos individuales positivos, las instituciones que facilitan su desarrollo y, los programas que ayudan a mejorar la calidad de vida de los individuos, mientras previene o reduce la incidencia de la psicopatología (Contreras, 2006). Estos dos enfoques, se han ido estableciendo poco a poco en los últimos años dentro de la psicología, de esta forma, algunos informantes de los grupos de los jóvenes y del Servicio Pre-Laboral (SPL), se centran en delimitar la salud mental como un aspecto que afecta globalmente a la sociedad, basado, por tanto, en un equilibrio biopsicosocial.

Así pues, se percibe la fusión de modelos psicológicos que se presentan en la actualidad. El cambio generacional entre los adultos (50-65 años) y jóvenes (20-30 años), es de gran relevancia a la hora de conversar con la sociedad sobre las enfermedades mentales y, también, a la hora de mantener contacto con personas con un trastorno mental. Asimismo, entre las personas del SPL, se destaca la influencia de los modelos a la hora de trabajar con ellos. Se acentúa el papel de la Fundación Pere Mata, como educadora y introductora social y no basado en la innovación de tratamientos exclusivos de la patología. El último aspecto sobre la salud mental a destacar, es que durante la revisión bibliográfica, no se ha

encontrado ningún estudio que trabaje la percepción de ésta, sino, se centran más en la patología y el estigma experimentado.

Sobre el conocimiento de las enfermedades por parte de los jóvenes y adultos, y la falta de información por parte de la sanidad pública que exponen dichos informantes, se respalda un estudio realizado por un equipo español “La esquizofrenia abre las puertas”. Sobre esta enfermedad, sólo un 17% de los encuestados de la población general habían oído o leído alguna noticia sobre ésta en los últimos seis meses, el 83% desconocía la enfermedad y una tercera parte de los encuestados no sabían cuáles eran el origen y las causas del trastorno. Además, la confusión entre enfermedad mental y discapacidad intelectual se ve reflejado en el estudio de Crespo et al. (2009), en el cual, un 56% de los entrevistados no las diferencia, como también ocurre entre los adultos y jóvenes.

Siguiendo con los trastornos mentales, el efecto hacia la persona que la sufre será diferente según las cuestiones de la vida diaria. Encontrándose con dos tipos de problemas: los derivados directamente de la enfermedad o trastorno, que suelen ser, pese a su gravedad, episódicos o intermitentes, y los relacionados con el estigma, que, paradójicamente, suelen ser más permanentes y constantes. Siendo el estigma un rasgo general de la sociedad, un proceso que se produce dondequiera existan normas de identidad (Goffman, 1989). Por tanto, la consecuencia de ambas cuestiones es una considerable disminución de las oportunidades para disfrutar de una vida ciudadana activa y de los distintos aspectos relacionados con la calidad de vida de la persona: relaciones sociales, pareja, familia, empleo, vivienda, salud, etc. (Aparicio et al., 2008).

En relación a las actitudes sociales hacia las personas con enfermedad mental, ya que son la causa de prejuicios y del estigma, y objeto de estudio, éstas no son exactamente las mismas hacia personas con esquizofrenia que las relacionadas con otros trastornos, como la ansiedad o la depresión (Aparicio et al., 2008). Un ataque de ansiedad puede afectarnos a todos y se puede entender, pero la imagen tradicional de “oír voces” se sigue considerando una “locura”. Por otro lado, durante las entrevistas, también surge el término de “normalidad”. Dicho término se refleja habitualmente en los estudios, considerando a las personas con enfermedades graves, como por ejemplo, la mencionada esquizofrenia, como “ellos”. Creando pues, un enfrentamiento constante: “ellos” frente a nosotros “personas que no padecen la enfermedad mental”. Aumentando, de esta forma, el distanciamiento, el aislamiento y el rechazo social (Aparicio et al., 2008). Aunque en el presente estudio, la persona “normal”, no se centra en el nivel de gravedad de la enfermedad, sino, el de tenerla o no tenerla, así como también, el comportamiento “diferente” al observado habitualmente.

De esta manera y, teniendo en cuenta los resultados, tanto los jóvenes y adultos como las personas del SPL, manifiestan la dificultad y la complejidad de mantener una calidad de vida

con enfermedad mental sin repercutir en el ámbito social. Mencionan que es agotador tener que dar explicaciones al entorno del trastorno del que se padece, así como también, explicar y hacer comprender cuales son sus limitaciones y, acceder al mundo laboral sin repercutir en la asistencia sanitaria requerida. A más a más, las consecuencias de la enfermedad no son intrascendentes, deben de luchar contra los efectos de la patología y contra el rechazo social. De esta forma, las personas del SPL se sienten más a gusto y comprendidas en un entorno donde haya individuos con sus mismas circunstancias, creando así, relaciones y grupos sociales un poco aislados de la sociedad, perpetuando el distanciamiento.

Como bien se comentaba, en el mundo laboral, las personas del SPL, argumentaban la ínfima posibilidad de encontrar un trabajo ordinario y compaginarlo con las citas en el CSM. Otros informantes de un estudio cualitativo a nivel estatal, también afirman la inviabilidad de acceder al mundo laboral sin la ayuda de las instituciones públicas, ya que el estigma y el rechazo social en este ámbito se ve aumentado, especialmente los relativos a la falta de competencia y competitividad (Crespo et al., 2009). En este aspecto, algunos jóvenes se declinan más en la contratación de personas sin una enfermedad mental, corroborando pues, en la discriminación social. Por otro lado, tanto los del SPL como los informantes del trabajo realizado por Crespo et al. (2009), reconocen sus limitaciones de cara a conservar un trabajo competitivo, por lo que consideran, que la forma de empleo más asequible es el protegido, a pesar de la baja remuneración.

Referente al estigma social experimentado por los familiares de las personas que padecen una enfermedad mental grave y persistente, el grupo de adultos se ponen en la piel y, resaltan la incompreensión de ver a hijos, hijas u otros familiares con enfermedad mental ser rechazados y apartados por una sociedad que no comprende y desconoce las características de estas personas y, que se apoya en estereotipos basados en mitos e ideas erróneas (Crespo et al., 2009). Asimismo, los adultos también manifiestan la complejidad de la convivencia en el hogar donde hay una persona con trastorno mental e, incluso, un informante del SPL relata su incapacidad de ser autónomo ya que la familia se comporta de forma paternalista. Así, los familiares suelen ver a las personas con enfermedad mental grave y persistente como niños a los que se debe tratar como tales y sobreprotegen a los suyos, manteniendo el estigma de la incapacidad como categoría general de comportamiento (Crespo et al., 2009).

Otro estudio interesante es el realizado por Struening et al. (2001), cuyo objetivo era analizar las percepciones de estigma entre familiares de personas con un trastorno mental. Los resultados mostraron que un porcentaje mayoritario de los familiares creía que la gente habitualmente piensa que las personas con enfermedad mental son peligrosas e impredecibles, que a menudo menosprecia a alguien que ha estado alguna vez en un

hospital psiquiátrico, y que considera que estar en tratamiento psiquiátrico es un signo de fallo personal. Es un mecanismo de defensa y de reproducción social, que tiene que ver con la perpetuación de desigualdades y la consolidación de un determinado sistema de control social (Lamo de Espinosa, 1989). Así pues, este fallo personal, se relaciona con la debilidad y la baja autoestima del individuo expresado por los jóvenes.

En torno a los prejuicios sociales y la fórmula expuesta por adultos y jóvenes: contra mayor prejuicio, menor contacto habrá con una persona con enfermedad mental; se encuentra un estudio interesante realizado por Vezzoli et al. (2001), en el cual se exploró la relación entre las actitudes sociales de la población hacia personas con enfermedad mental y variables sociodemográficas, la información acerca de los trastornos mentales y el contacto previo con personas con enfermedad mental. Se encontró que las personas con un mayor contacto y conocimiento de personas con trastornos mentales expresaban actitudes más positivas, menos sentimientos de miedo y mayores oportunidades para la integración social y laboral. Siguiendo con la línea de Vezzoli, otro trabajo más actual de Bracke (2013), reafirmó que las personas que recibieron un tratamiento para su patología mental o un familiar ha sido tratado por una enfermedad mental, presentan actitudes más tolerantes hacia la comunidad con dichas patologías que las personas que solamente han tenido contacto público con éstas.

Este nivel moderado de información repercute, como bien mencionan los adultos y los del SPL, en un escaso conocimiento sobre las posibilidades de rehabilitación y los recursos que hay disponibles para ello. Se sienten perdidos sin saber dónde acudir. Y esto no ocurre solamente entre la población general, sino también entre los propios implicados y sus familiares. Durante la investigación cualitativa de Crespo et al. (2009) se pudo comprobar cómo los propios usuarios de los centros de rehabilitación así como sus familiares desconocían la amplitud de la Red de Atención Social a las personas con enfermedad mental grave y crónica de la Comunidad de Madrid y de otras comunidades, que muchas personas con enfermedad mental grave y sus familiares, que no utilizan los servicios de la red, todavía parecen desconocer la existencia de ésta.

En definitiva, la desinformación y el desconocimiento son uno de los factores que, tanto en el trabajo realizado como en otros estudios, son más frecuentemente mencionados. Creando así, prejuicios y estigma sobre la salud mental, que promueven la discriminación, rechazo y, en el mejor de los casos, compasión (el: "pobrecito"). Asimismo, la lucha constante entre patología física objetiva y observable y, la patología mental subjetiva e invisible, es otro aspecto que las personas del SPL y los adultos exponen como factor potenciador de la incomprensión. Corroborando los resultados obtenidos, Corrigan et al. (2000), realizó un trabajo cuyo objetivo era describir y comparar las actitudes

estigmatizadoras hacia diferentes enfermedades mentales (adicción a la cocaína, depresión, psicosis y discapacidad intelectual) y enfermedades físicas (cáncer y SIDA). En el cual, halló que las condiciones relacionadas con la salud mental eran valoradas de forma más negativa que las vinculadas con la salud física, teniendo, ésta última, mayor comprensión y menor carga de estigma por parte de la sociedad.

6.2. La influencia de los medios de comunicación

Desde que se despertó el interés por el estudio del estigma en la enfermedad mental, se ha considerado necesario analizar el papel que juegan los medios de comunicación en el mantenimiento del mismo. Los medios de comunicación (periódicos, películas, programas e informativos de TV...), son la primera fuente de información en nuestras sociedades, es por ello, que se consideran como un relevante elemento de influencia en la formación de las actitudes de la sociedad ante temas de salud mental y, la impresión más habitual es que la forma en la que los medios abordan y describen la enfermedad mental es predominantemente negativa e inadecuada (Francis et al., 2001). Las tres visiones prototípicas son: la del maníaco o la maníaca homicida que hay que recluir, la de la persona adulta con conductas infantiles que requieren control externo y la del espíritu libre y creativo que produce una cierta admiración (Aparicio et al., 2008).

A pesar de que, gran parte de los estudios consultados y los resultados de este trabajo coinciden en la propagación de estereotipos de peligrosidad, impredecibilidad, falta de control o vulnerabilidad, así como también, la escasez de referencias sobre la enfermedad mental, no está claro que esta representación negativa influya en las percepciones y actitudes de las personas. Se han encontrado dos posturas confrontadas. Primeramente, Cuenca (2003), defiende que esa representación necesariamente afecta a las percepciones y actitudes, postura que parte de la convicción del creciente peso de los medios como agentes socializadores en detrimento de los tradicionales como la familia. Siguiendo este perfil, un joven corrobora esta teoría, ya que manifiesta que la sociedad va a tomar por “normal” aquello que ve por la televisión. Por otro lado, están aquellos autores que sostienen que los medios tan sólo son un espejo de la realidad social y que la imagen que transmiten es la que está en la calle y la que los ciudadanos quieren leer, ver u oír (Sieff, 2003). Referente a esta idea, otro joven expresa la necesidad de ver programas de televisión donde quizá se hacen bromas sobre las enfermedades mentales, pero, que requiere reírse de éstas, por tal de desconectar de su fatiga y rutina diaria.

Referente a la negatividad de la información proporcionada por estos medios, cabe mencionar el análisis de Angermeyer y Schulze (2001) sobre los 186 artículos con las palabras o expresiones “enfermedad/enfermo mental”, “mentalmente enfermo”, “psiquiatra” y

sinónimos, aparecidos en un tabloide alemán de gran tirada a lo largo de 9 meses, encontraron tan sólo 15% cuyo tono general era positivo, mientras que un 51% eran noticias referidas a crímenes cometidos por personas con enfermedad mental, mayoritariamente asesinatos.

Respecto a trabajos realizados en nuestro país, se encuentra un estudio sobre el trato del colectivo con trastornos mentales de los periódicos El País y El Mundo, desde 1997 a 2011. El cual fue descriptivo longitudinal y se obtuvo una muestra de 160 artículos que contenían 18 términos generales y de diagnóstico de las enfermedades mentales. Se pudo apreciar que en el año 2004 aún se seguían utilizando términos de salud mental para dar noticias negativas en periódicos de mayor tirada nacional (Mateo, 2013).

En Cataluña, otro reciente programa sobre el tratamiento de los mensajes de los medios de comunicación y los comportamientos de las entidades, organizaciones o instituciones, es el realizado por el equipo de activistas de Obertament (2014) en *Alerta Estigma*. Durante el año 2013 dicho proyecto analizó 51 casos y se dio respuesta a un total de 27 alertas, advirtiendo y educando cuando el contenido era estigmatizante. Las conclusiones fueron que el 74,7% de alertas negativas provinieron de mensajes publicados en medios de comunicación, principalmente en contenidos informativos de prensa escrita y, el 60% de mensajes informativos tratados por el proyecto tienen relación con trastorno mental y violencia. Respecto a las alertas positivas vinculadas a un tratamiento normalizado de la problemática de salud mental como un trastorno habitual, solamente representaban un 29,62% del total.

En el estudio realizado por Crespo et al. (2009) con los familiares de personas con enfermedad mental grave y persistente, desde un punto de vista ético, la mayoría consideraban que no es aceptable que cuando se habla de personas que han cometido un delito, se publique la enfermedad que padecen y se especifiquen diagnósticos, que se debería de hacerse público. Esta práctica no ocurre cuando las personas de las que se habla en una noticia tienen otro tipo de enfermedades. Se vuelve a observar, pues, la lucha constante de enfermedad mental versus la física destacada en los resultados.

Si pasamos a la representación de la enfermedad dentro del segundo gran bloque de contenidos mediáticos, la ficción, puede señalarse que, a diferencia de la prensa, donde el número de informaciones con referencias a la enfermedad mental es escaso, en los contenidos de ficción y entretenimiento de la televisión y en las películas es bastante frecuente la aparición de personajes identificados como “enfermos mentales” y habitualmente se emplean términos peyorativos para dirigirse a ellos (Crespo et al., 2009).

Anderson (2003) mantiene también que la forma en que se representa la enfermedad mental

en los periódicos y las películas obedece a una demanda de los espectadores y que éstos son activos en la construcción del significado. Según este autor, los medios trazan las historias sobre el conocimiento de la gente, sea este correcto o no, para despertar y mantener su interés. Así pues, respaldando la idea de Anderson, los informantes manifiestan que las ventas y las ganancias es el principal objetivo de los periódicos, por ello, los medios difunden contenidos que la sociedad vaya a mirar.

Finalmente, es importante tener en cuenta que muchas de las creencias que aparecen habitualmente en los estudios tienen una cierta base de realidad. Es cierto que algunas de las personas diagnosticadas de esquizofrenia, aunque no todas ni de manera permanente, tienen comportamientos violentos, es decir, que hay que tener en cuenta que los estereotipos exageran y distorsionan parcialmente, pero no inventan sin más todos estos aspectos, por lo que se utilizan para justificar reacciones sociales en parte defensivas, aunque su origen sea más complejo (Aparicio, 2008).

6.3. La lucha contra el estigma mental: estrategias aplicadas y posibles intervenciones

Con objeto de conocer las iniciativas propuestas de lucha contra el estigma de las enfermedades mentales, a continuación, se mostrarán las campañas realizadas tanto a nivel estatal como internacional. Estos programas han comenzado a desarrollarse en los últimos años y tienen como finalidad mejorar la actitud social hacia la enfermedad mental y disminuir las conductas de discriminación hacia quienes la padecen. Revisando estas acciones y las propuestas de los informantes, se podrá conocer qué estrategias podrían generar un cambio de perspectiva social sobre dicho estigma.

Estas campañas se han inspirado en buena medida en las utilizadas en la lucha contra el estigma asociado a otras condiciones, y en particular contra el estigma racial (Comunidad de Madrid, 2006). La mayor parte de las acciones de lucha contra el estigma se han dirigido a la población general y, en algunos casos, a grupos diana específicos, como empresarios, policías, grupos escolares, jueces o arrendadores de viviendas (Muñoz, 2013). Dalky (2012) en una revisión de los estudios de efectividad publicados en lengua inglesa entre 1998 y 2008 pone de manifiesto cómo los programas que incluyen estrategias educativas y de contacto producen los cambios mayores y más duraderos en los conocimientos, actitudes y comportamientos integradores de las personas con trastornos mentales. Por su parte, Corrigan et al. (2012) llevan a cabo un meta-análisis de intervenciones que habían puesto en marcha programas anti-estigma desde distintos acercamientos: protesta y activismo social, educativos y de contacto con las personas con trastornos mentales. Los principales resultados señalan en la misma dirección: los programas más efectivos son aquellos que utilizan estrategias educativas y de contacto. Asimismo, tanto los adultos, como jóvenes y

los del SPL dirigen las estrategias de actuación a nivel escolar, a la población en general, a medios de comunicación y al ámbito hospitalario, promoviendo pues, acciones combinadas con el fin de tener una mayor repercusión.

Los tres grupos focales se centran en el pilar de la educación, proponiendo intervenciones dirigidas a niños y adolescentes. Siguiendo la idea del proyecto *Like Minds, Like Mine* impulsado desde 1997 por el Gobierno de Nueva Zelanda y, el reciente programa *Obertament* en Cataluña iniciado en 2012, se deben de seguir promocionando iniciativas en el ámbito educativo con actividades formativas, fomentando el contacto social y la participación. Estas iniciativas no sólo proporcionan información que contribuyan a derribar los mitos sobre la enfermedad mental sino tratan de promover la discusión y, la presentación de casos reales (Comunidad de Madrid, 2006).

Estas estrategias se podrían poner en práctica dentro del Curriculum de Educación Primaria lanzada por la Generalitat de Cataluña. Así pues, se propone que en la “Área Educación para el Desarrollo Personal y la Ciudadanía” se lleven a cabo diversos materiales informativos y didácticos. Para la preparación de dichos materiales, se podrían trabajar aspectos informativos que puedan servir de base y soporte para los docentes para las actividades a realizar. En este sentido se propone seguir la pauta de la Comunidad de Madrid (2006), en la cual plantea la confección y/o traducción de publicaciones y la preparación de los materiales del aula, con un formato atractivo. Por otro lado, el propio alumnado podría elaborar y trabajar con dichos materiales, implicándose, por ejemplo, en la representación de una persona con enfermedad mental y cómo los compañeros actuarían. Así como también, en la creación de un juego de mesa u otras actividades pedagógicas, ajustándose en todo momento, a la edad de los escolares. Consiguiendo pues, la reclamada asignatura transversal de los informantes acerca de los valores sociales. Se plantea que, durante toda la etapa educativa, se proporcione al alumnado un marco de aprendizaje que le permita convivir y poner en práctica los valores de igualdad y de relación con todo tipo de diversidad cultural, como también, con las personas con enfermedad mental.

A más, como medida complementaria implantada también por la Comunidad de Madrid (2006), se sugiere presentar dentro de estos módulos de trabajo contra el estigma a modelos de personas con enfermedad mental que estén integradas en la sociedad, como medio de potenciar el aprendizaje reforzando los conocimientos que puedan adquirirse con la utilización de materiales y la realización de actividades, con el contacto directo con personas con enfermedad mental. Respecto a las charlas realizadas por los informantes del SPL, éstos afirman la curiosidad por parte del alumnado y, la necesidad de resolver dudas sobre las enfermedades mentales. Asimismo, estos encuentros se realizaron teniendo en cuenta el estatus igual entre ambos grupos (adolescentes) . Ya que los beneficios del

contacto directo se consiguen cuando la relación no es asimétrica, cuando se establecen unos objetivos comunes y, sin la existencia de competencia (Muñoz, 2013).

Por lo que respecta a las actividades extracurriculares en referencia a visitas a centros o hospitales de salud mental expuestas por los adultos, es de especial atención, que durante la búsqueda bibliográfica, no se haya encontrado ninguna actividad de ésta índole. Es por ello que se identifica la necesidad de poder abrir las puertas de los centros y que los adolescentes, puedan realizar una interpretación crítica de la realidad que nos presentan tanto los medios de comunicación como la sociedad en sí. Se plantea a los adolescentes como público diana en este tipo de estrategia, ya que Corrigan et al. (2012) sugieren que las creencias acerca de la enfermedad mental probablemente están menos consolidadas en adolescentes, por lo que responden mejor a los programas educativos que la población adulta. Asimismo, partiendo de la propuesta de los adultos, en la cual, algunos de sus hijos en las escuelas han ido a ver una obra de teatro a una prisión y de forma similar a la experiencia de Radio Nikosia, se podría proponer que las personas con enfermedad mental ingresadas en una institución de estas características elaboraran una obra de teatro con el fin de fomentar su rehabilitación y, al mismo tiempo, avivando la ruptura de las barreras discriminatorias. De este modo, se crearía un paréntesis y las categorías del estigma mental quedarían suspendidas creando un nuevo rol activo de “actor”, en este caso, y una nueva identidad social. Siguiendo, de esta forma, los pasos de Radio Nikosia, emisora realizada por un grupo de entre 20 y 30 personas que han sido diagnosticadas de alguna problemática mental a lo largo de su biografía y, que su objetivo es desconstruir el estigma que padecen los afectados y, al mismo tiempo, dar lugar a una reflexión crítica alrededor de las nociones de locura que existen en los imaginarios expertos y populares (Correa et al., 2006).

Por último, una estrategia educativa, pero a nivel poblacional, de gran interés por la originalidad que aportan y por el previsible impacto social, es el relacionado con la promoción de actividades artísticas anti-estigma. Dentro de este campo se destaca la aportación de un informante del SPL, en el cual, expresa la necesidad de realizar exposiciones o concursos de poesía. Un caso especialmente remarcable, y que se podría poner en práctica a nivel comunitario, lo constituye la exposición “Art Against Stigma” que ha reunido obras de grandes pintores actuales y de pintores con esquizofrenia sin diferenciar entre ellos. La exposición se ha presentado en cientos de salas en decenas de países y se puede visitar de forma virtual en la página web: www.artagainststigma.com (Comunidad de Madrid, 2006).

Otra posibilidad de intervención mencionada por los entrevistados del presente trabajo es en el ámbito hospitalario y de rehabilitación. Como bien indica Correa et al. (2006), las personas con enfermedad mental se pasean por la institución, apartados de la sociedad, a

menudo sin rumbo fijo o con una rutina inflexible, suben y bajan las mismas escaleras veinte o treinta veces al día, van de la habitación al comedor, del comedor a la sala, de la sala al patio, del patio al comedor y del comedor a las habitaciones. Con este tipo de rutina se puede hacer una alusión al fenómeno conocido como “La nave de los locos” representada por Foucault en 1985, en la cual, se articula como una deportación masiva de los afectados o “insensatos” fuera de los márgenes de la ciudad, así como una forma sofisticada de confinamiento.

A pesar de la descentralización realizada en España por la reforma psiquiátrica de 1986, no se ha podido resolver la desaparición planificada y controlada de las instituciones psiquiátricas monográficas y, separadas de la vida social y de los sistemas generales de atención. Es decir, el cierre de los hospitales psiquiátricos y su sustitución por redes de servicios comunitarios, integrados en los sistemas sanitarios y sociales públicos. Siendo éste, un paso imprescindible y reclamado por los informantes del SPL, en la lucha contra el estigma y clave para eliminar factores de refuerzo en relación a los sistemas tradicionales de atención sobre la base de instituciones monográficas, separadas tanto del sistema sanitario como del conjunto de la vida social, e identificadas como lugares de reclusión y no de tratamiento. Confirmando, así, la visión de peligrosidad, incurabilidad e imposibilidad de convivencia que persiste en la población (Aparicio et al., 2008). Además, en España, cabe resaltar la desigualdad en el desarrollo de la reforma psiquiátrica, puesto que, gran parte de las iniciativas realizadas, dependen de las administraciones locales (municipios) y de las fundaciones y entidades sin ánimo de lucro (Comelles y Martínez Hernández, 1994). Siendo España, según los adultos, un país sin recursos y apoyo por parte de la sanidad pública en comparación con el Reino Unido y, siendo Cataluña contrariamente, como relatan los jóvenes y los del SPL, una de las mayores comunidades implicadas en la salud mental con la creación de múltiples entidades y asociaciones de enfermedades mentales y en lucha del estigma.

Por otro lado, los informantes también presentan una visión de los dispositivos terapéuticos basados en las políticas neoliberales y en el modelo neokrapeliano o biologista. La perspectiva neoliberalista en salud mental se basa principalmente en temas de financiación y de economía. La óptica biológica, por su lado, centra su atención en la enfermedad más que en el enfermo. Consecuentemente con la fusión de éstos, la enfermedad mental se convierte en un problema de ajuste tratamiento psicofarmacológico y del establecimiento de un criterio diagnóstico y, no en una realidad que es también biográfica, familiar, social, económica y política (Correa et al., 2006). En vez de proponer, dicho modelo de salud comunitario, basado en una atención sanitaria y social, apoyando en todo momento a las personas afectadas y a sus familiares, ya que son éstos últimos los necesitados de

información sobre la enfermedad y de cómo ayudar a sus seres queridos.

Referente a la población en general, los tres grupos focales manifiestan que la intervención debe centrarse tanto en el sistema educativo, como se ha mencionado anteriormente, como sobre los medios de comunicación. En relación a los medios, argumentan que no se trata de impedir que se dé información sobre acontecimientos negativos, sino que se trabajen correctamente, sin añadir ideas falsas o exageradas y que, además, se difundan también acontecimientos e iniciativas positivas, que suelen ser habitualmente menos noticiables. Tanto jóvenes como adultos, creen conveniente actualizar información científica sobre las distintas enfermedades mentales y sus tratamientos aunque con la prudencia necesaria, mientras no esté claro el papel de las atribuciones causales ni los modelos de enfermedad. Asimismo, los adultos manifiestan la importancia de hablar sobre las personas que las padecen, es decir, sobre los problemas concretos, las capacidades y las alternativas posibles en áreas como las relaciones sociales, el alojamiento, el empleo y los derechos humanos básicos. De esta forma, a partir de la concienciación, en el mundo laboral, las condiciones de trabajo serán iguales para todos los colectivos y, no se discriminará a aquella persona que durante un período requiera de un ingreso hospitalario en un centro de salud mental.

Así pues, el proyecto indicado anteriormente *Like Minds, Like Mine* creado por el gobierno de Nueva Zelanda, se centra además de a nivel escolar, en el desarrollo de diversas campañas publicitarias emitidas a nivel nacional, en radio y televisión, que pretenden romper los estereotipos negativos acerca de la enfermedad mental. En ellas han participado conocidas figuras de Nueva Zelanda y personalidades que han experimentado la enfermedad mental. Otra propuesta de actuación en relación a los medios de comunicación es la National Alliance on Mental Illness. Es una organización comunitaria de Estados Unidos y Puerto Rico, en la cual, a partir del programa *NAMI Stigma Buster Email Alerts* protestan contra el prejuicio y los estereotipos en los medios de comunicación y alabando la información que sirva para que el público entienda la enfermedad mental. Un dato destacado, es que, en el año 2005 este grupo ha conseguido retirar una de las cadenas más importantes de los Estados Unidos una serie de televisión que incluía material muy estigmatizante en todos sus capítulos. Entre las acciones emprendidas se enviaron correos electrónicos a la cadena, se entrevistaron con los directivos y, muy significativamente, consiguieron que las marcas patrocinadoras retiraran sus anuncios en el horario de la serie. El resultado fue tajante, solamente se emitió el primer capítulo de la serie que fue retirada y no se ha vuelto a programar (Comunidad de Madrid, 2006).

Siguiendo la línea de Nueva Zelanda y de Estados Unidos, pero centrados en Cataluña, encontramos el proyecto *Obertament*. En la cual, existe un equipo alerta estigma que se

encarga de dar una respuesta educativa a los mensajes estigmatizadores y prácticas discriminatorias. Esta iniciativa puede dar respuesta a la necesidad de los informantes acerca de los contenidos burlescos en las series de televisión o negativos en la prensa escrita. Además poseen otro equipo de sensibilización y formación y, otro equipo de portavoces en primera persona encargado de explicar su propia experiencia a los medios de comunicación para hacer caer prejuicios y falsos mitos (Dossiers del Tercer Sector 2013).

Actualmente, *Obertament* ha puesto en marcha una campaña con el objetivo de evidenciar que existe un tabú social en relación a los problemas de salud mental y, con el fin de sensibilizar la ciudadanía de que tener un problema de salud mental es muy común y no se debería sentir vergüenza a la hora de hablarlo. Dicha campaña recibe el nombre de “No facis com si res: Dóna la cara” (No hagas como si nada: da la cara) y, en su página web “www.donalacara.org” se pueden visionar el testimonio de tres activistas de *Obertament* que explican cómo de importante ha sido para ellos tener el apoyo de una persona de su entorno con la que hablar con normalidad de su trastorno mental. Con el lema “todos formamos parte de la solución” invitan a los ciudadanos a saber escuchar con respeto e interés sobre la salud mental, ya que son esenciales para cambiar la perspectiva social catalana (Obertament, 2015).

Esta campaña, puede ser el punto de inflexión para que tanto los informantes del presente estudio como la sociedad, en general, conozcan o entiendan de una forma más cercana la salud mental. Y la escasez de información o de campañas expresado por éstos, sea cada vez menor y ayude a minimizar los prejuicios y mitos. Igualmente, se proponen acciones de voluntariado y participación social en los centros de las ciudades o pueblos ya sea con la reciente campaña o con otras. Potenciando, de esta manera, el contacto entre la población general y las personas con enfermedad mental, a través de acciones enmarcadas en espacios de participación social, cultural y educativa (Comunidad de Madrid, 2006).

7. Conclusiones

En definitiva, puede concluirse que en la actualidad se encuentran diversas percepciones sobre la salud mental: la biomédica, la biopsicosocial y la psicología positiva. Relacionándose la primera como el modelo por excelencia implantado tanto en la ciencia como en la sociedad basándose en la salud mental como causa biológica. Las otras dos perspectivas se están abriendo hueco y reivindicándose en los últimos años por tal de delimitar la salud mental como un equilibrio entre los niveles biológicos, sociales y psíquicos. El estigma social se apoya en estereotipos, prejuicios, mitos e ideas erróneas como consecuencia del desconocimiento y la desinformación por parte de la ciudadanía, promoviendo, pues, la discriminación y el rechazo. La escasa información repercute en la calidad de vida de la persona con enfermedad mental por la dificultad de mantener relaciones sociales, conseguir un empleo y una vivienda digna, a más, de las posibilidades de rehabilitación y recursos sanitarios disponibles para la recuperación. Asimismo se destaca la patología mental como subjetiva e invisible, y es otro factor potenciador de la incompreensión por parte de la sociedad, en comparación con la física que es visible y objetiva.

Respecto a los medios de comunicación y, en especial énfasis a la prensa escrita, se observa un escasez de número de informaciones con referencias a la enfermedad mental, siendo la mayoría de noticias negativas y publicándose la enfermedad mental que padece la persona si ha cometido un delito. A pesar de la influencia de los medios de comunicación, se observan dos posturas relacionadas con el papel de éstos: la primera se centra en la representación negativa que repercute en las percepciones y actitudes de las personas y, por otro lado, se sostiene que los medios transmiten la imagen que está en la calle y la que los ciudadanos quieren leer y oír, con el objetivo de mayor número de ventas y de ganancias.

Las posibles estrategias para conseguir unos resultados más eficaces en la lucha contra el estigma de la enfermedad mental se basan fundamentalmente en la educación, en los medios de comunicación y en la población en general (Ver Anexo 3). En el ámbito educativo se propone la realización de actividades formativas y didácticas con la participación y fomentando el contacto social dentro del Curriculum de Educación Primaria lanzada por la Generalitat de Cataluña, más específicamente, en la “Área Educación para el Desarrollo Persona y de la Ciudadanía” con el fin de promover los valores sociales. Como medida complementaria, se plantea que dentro de los módulos de trabajo estén integradas personas con enfermedad mental con el fin de reforzar y potenciar los conocimientos adquiridos. Por lo que respecta a actividades extracurriculares se propone la obertura de los Centros de

Salud Mental con la realización de obras de teatro por parte de las personas con enfermedad mental ingresadas en la institución y la visualización de éstas por los escolares y sus familiares, avivando la ruptura de barreras discriminatorias y fomentando la rehabilitación de las personas con trastorno mental. La última estrategia educativa propuesta es la creación de exposiciones pictóricas dirigidas a la población en general, realizadas por grandes pintores actuales y pintores con esquizofrenia sin diferenciar entre ellos.

A nivel hospitalario se plantea el cierre de los hospitales psiquiátricos y su sustitución por redes de servicios comunitarios integrados en los sistemas sanitarios y sociales públicos, por tal de eliminar el factor de institución de salud mental como un lugar de reclusión y no de tratamiento. En relación a los medios de comunicación, se manifiesta la necesidad de dar información actualizada sobre las enfermedades mentales y sus tratamientos sin añadir ideas falsas o exageradas y, que además, se difundan acontecimientos e iniciativas positivas. Finalmente, se quiere resaltar la reciente y necesaria campaña “No facis com si res: Dóna la cara” promovida por la asociación *Obertament*, ya que puede ser un punto de inflexión por tal de hablar con normalidad sobre los trastornos mentales. Sensibilizando, aportando información y potenciando, de esta manera, el contacto entre la población general y las personas con enfermedad mental, a través de acciones y campañas enmarcadas en espacios de participación social, cultural y educativa.

Limitaciones. La representatividad del presente trabajo es escasa y no se debe de extrapolar a nivel poblacional. El bajo número de informantes no es más que por el tiempo limitado para la realización de la investigación. Asimismo durante los grupos focales algunas personas se han visto inhibidas y han requerido de un incentivo para su aportación al estudio.

8. Cronograma

Con tal de planificar el proyecto, hay que tener en cuenta que la investigación se desarrollará a lo largo de 9 meses. Para ello se realiza una previsión del período de tiempo que ocupará cada una de las consiguientes fases. Se procura hacer una distribución adecuada para su consecución y permitir, así, una cierta flexibilidad en el caso de producirse imprevistos. A continuación, se muestra el cronograma que relaciona los meses de duración y las siguientes actividades que se llevarán a cabo por tal de realizar el trabajo:

Tarea/mes de año	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX
Revisión bibliográfica	■	■							
Redacción de objetivos		■							
Redacción de hipótesis		■							
Diseño metodológico		■	■						
Diseño de los instrumentos			■						
Selección de informantes			■						
Trabajo de campo				■					
Análisis de datos				■	■				
Informe final					■	■			
Redacción del artículo							■	■	
Difusión de resultados									■

9. Bibliografía

Abdellah, F.G.; Levine, E. (1994). *Preparing Nursing Research for the 21 st Century. Evolution. Methodologies, Chalges.* Springer: New York.

Anderson, M. (2003). One flew over the psychiatric unit: Mental illness and the media. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, nº 10 (3), pp. 297-306.

Angermeyer, M. C.; Schulze, B. (2001). Reinforcing stereotypes: How the focus on forensic cases in news reporting may influence public attitudes towards the mentally ill. *International Journal of Law and Psychiatry*, nº 24 (4-5), pp. 469-486.

Aparicio, Almudena; Fernández, Luis; Laviana, Margarita; López, Andrés; López, Marcelino, Rodríguez, Ana María (2008). La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Asociación Española de Neuropsiquiatría*, nº 101 (28), pp. 43-88.

Arnaiz, Ainara; Uriarte, J.J. (2006). Estigma y enfermedad mental. *Norte de Salud Mental*, nº 26, pp. 49–59.

Bracke, P; Patty, E.; Verhaeghe, M. (2013). Attitudes Toward Community Mental Health Care: The Contact Paradox Revisited. *Community Ment Health J*, nº 49, pp. 292-302.

Comelles, J.M.; Martínez Hernáez, A. (1994). The dilemmas of chronicity: the transition of care policies from the authoritarian state to the welfare state in Spain. *International Journal of Social Psychiatry*, nº 40 (4), pp. 283-295.

Comunidad de Madrid (2006). Plan de atención social a personas con enfermedad mental grave y crónica 2003-2007. Informe de propuestas específicas para la reducción del estigma social en las personas con enfermedad mental grave y crónica. Universidad Complutense de Madrid. Consejería de familia y asuntos sociales.

Contreras, Françoise; Esquerro, Gustavo (2006). Psicología positiva: una nueva perspectiva en psicología. *Revistas diversitas – Perpectivas en psicología*, nº 2 (2), pp. 311-319.

Correa Urquiza, Martín; Belloc, Márcio M.; Martínez Hernández, Angel; Silva, Thomas J. (2006). La Evidencia Social del Sufrimiento. *Salud Mental, Políticas Globales y Narrativas*

Locales. *Quaderns de l'Institut Català d'Antropologia*, nº 22, pp. 47-69.

Corrigan, P. W.; River, L. P.; Lundin, R. K.; Uphoff Wasowski, K.; Campion, J.; Mathisen, J., et al. (2000). Stigmatizing attributions about mental illness. *Journal of Community Psychology*, nº 28 (1), pp. 91-102.

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

Corrigan, P.W.; Morris, S.B.; Michaels, P.J.; Rafacz, J.D.; Rüsçh, N. (2012). Challenging the public stigma of mental illness: A meta-analysis of outcome studies. *Psychiatr Service*, nº 63 (10), pp. 963-973.

Crespo, María; Guillén, Ana Isabel; Muñoz, Manuel; Pérez, Eloísa (2009). Estigma y enfermedad mental. Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental. Madrid: Editorial Complutense.

Cuenca, O.; López-Ibor, J.J.; Gómez, J.C.; Gutiérrez, J.A. (2003). El estigma de la enfermedad mental en los medios de comunicación. *Retos para la Psiquiatría y la Salud Mental en España*, nº 2 (22), pp. 157-173.

Dalky, H.F. (2012). Mental illness stigma reduction interventions: Review of intervention trials. *Western Journal of Nursing Research*, nº 34 (4), pp. 520-547.

Deacon, Brett J. (2013). The biomedical model of mental disorder: A critical analysis of its validity, utility, and effect on psychotherapy research. *Clinical Psychology Review*, nº 33, pp. 846-861.

Dossiers del Tercer Sector (2013). Estrategias de lucha contra el estigma en salud mental, nº 26. Taula d'entitats del Tercer Sector Social de Catalunya.

Francis, C.; Pirkis, J.; Dunt, D.; y Blood, R. W. (2001). Mental Health and Illness in the media. A review of the literature. Canberra: *Mental Health and Special Programs Branch, Department of Health and Aged Care*.

Generalitat de Catalunya (2006). Plan Director de Salud Mental y Adicciones de Cataluña. Barcelona: Direcció General de Planificació i Avaluació.

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

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

González Gil, Teresa; Cano Arana, Alejandra (2010). Introducción al análisis de datos en investigación cualitativa: tipos de análisis y proceso de codificación. *Nure Investigación*, nº 45.

Govea Rodríguez, Violeta; Vargas, Aura Marina; Vera, George (2011). Etnografía: una mirada desde corpus teórico de la investigación cualitativa. *Omnia*, nº mayo-agosto, pp. 26-39. [Disponible en <http://www.redalyc.org/pdf/737/73719138003.pdf>].

Lamo de Espinosa, E. (1989). Delitos sin víctima. Orden social y ambivalencia moral. *Antropología de la Medicina*, nº 942 (XL), pp. 63-74.

Link, B.G.; Phelan, J.C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, nº 27, pp. 363-385.

Markowitz, F.E. (2005). Sociological models of mental illness stigma: Progress and prospects. On the stigma of mental illness: Practical strategies for research and social change. Washington D.C.: *American Psychological Association*.

Mateo Aguilar, Ester (2013). Estudio sobre el trato del colectivo con trastornos mentales de los periódicos El País y El Mundo, desde 1997 a 2011. *Revista Española de Comunicación en Salud*, nº 4 (2), pp. 83-92.

Muñoz, Manuel; Guillén, Ana Isabel; Pérez-Santos, Eloísa (2013). La lucha contra el estigma de la enfermedad mental: razones para la esperanza. *Rehabilitación Psicosocial*, nº 10 (2), pp. 10-19.

Obertament (2014). Informa't. Consultado el 10 de febrero del 2015, de <<http://obertament.org/ca/informat/el-60-de-les-noticies-tractades-a-alerta-estigma-associen-trastorn-mental-amb-violencia>>.

Obertament (2015). Dóna la cara. Consultado el 20 de febrero del 2015, de <<http://obertament.org/donalacaraa>>.

Organización Mundial de la Salud (2013). *Salud Mental: un estado de bienestar*. Consultado

el 9 de octubre del 2014, de <http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/>.

Organización Mundial de la Salud (2014). Programa de acción para superar las brechas en salud mental (mhGAP). Consultado el 9 de octubre del 2014, de <http://www.who.int/mental_health/mhgap/es/>.

Salut Mental Catalunya (2014). Els trastorns mentals. Consultado el 9 de octubre del 2014, de <<http://www.salutmental.org/salut-mental/els-trastorns-mentals/>>.

Seligman, M.E.P. (1999). The presidents address. APA.1998. Annual Report. *American Psychologist*, nº 54, pp. 559-562.

Sieff, E. M. (2003). Media frames of mental illnesses: The potential impact of negative frames. *Journal of Mental Health*, nº 12 (3), pp. 259-269.

Struening, E. L.; Perlick, D. A.; Link, B. G.; Hellman, F.; Herman, D.; Sirey, J. A. (2001). The extent to which caregivers believe most people devalue consumers and their families. *Psychiatric Services*, nº 52 (12), pp. 1633-1638.

Vezzoli, R.; Archiati, L., Bizza; C., Pasqualetti, P.; Rossi, G. (2001). Attitude towards psychiatric patients: A pilot study in a northern Italian. *European Psychiatry*, nº 16(8), pp. 451-458.

10. Anexo 1

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

En el presente documento se informa al Sr/Sra _____ con DNI nº _____ y mayor de edad, que las informaciones y datos proporcionados para la realización del proyecto de investigación “Una mirada social a la salud mental; percepciones actuales sobre el estigma” diseñado y llevado a cabo por Sara Lasheras González, mayor de edad y con DNI nº _____ con objetivo de conocer y analizar las percepciones actuales entorno a la salud mental, con especial énfasis al estigma y, averiguar qué método es el idóneo para generar un cambio de perspectiva social sobre el estigma, serán tratadas con transparencia y confidencialidad y su identidad será en todo momento mantenida en el anonimato.

El participante colabora en esta investigación de forma voluntaria y no remunerada, pudiendo retirarse en cualquier momento si así lo desea.

Para más información, puede ponerse en contacto con el equipo de investigación a través de la dirección de correo electrónico _____@gmail.com o del teléfono _____.

Firmado:

Tarragona, [fecha]

11. Anexo 2

GUIÓN DE LA ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

Parte I: introducción, presentación y aspectos de procedimiento. En la que se incluye:

- Bienvenida.
- Comprobación del acondicionamiento.
- Presentación del moderador y ayudante, y referencia al estudio.
- Objetivo de la reunión.
- Introducción del tema.
- Explicación de las características, normas y reglas de la sesión.
- Petición de consentimiento para la grabación de la reunión (a partir de este momento y si nadie muestra su desacuerdo se comienza la grabación en audio de la reunión).
- Garantías de confidencialidad.
- Utilidad de la participación en la reunión.
- Presentación de los participantes.

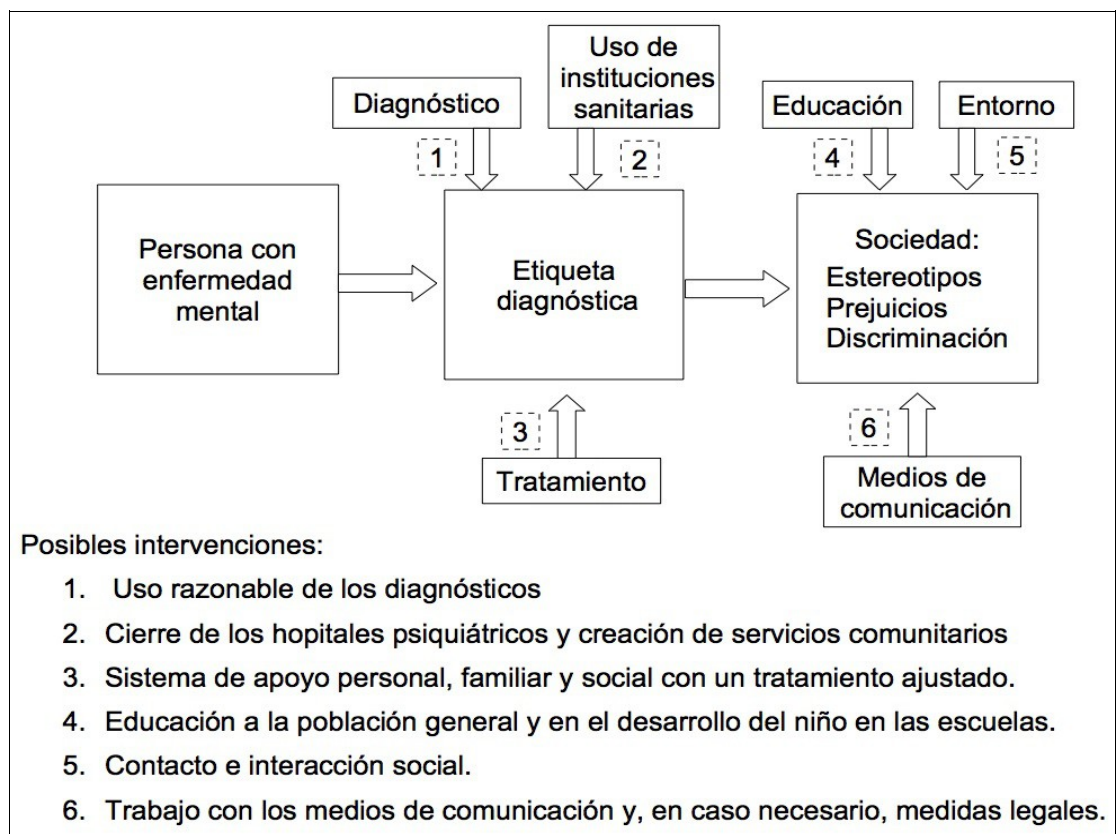
Parte II: discusión propiamente dicha, en el que se desarrollarán los siguientes aspectos, cuyo orden de presentación puede variar, no obstante, en función de las intervenciones de los participantes:

- Significado de salud y enfermedad mental y, su recuperación.
- Cuáles son las conversaciones que se dan a nivel social sobre la enfermedad mental. Imagen transmitida de la enfermedad mental a través de la educación y socialización (mitos), de los medios de comunicación...
- Conocimiento de los servicios sanitarios, asociaciones e instituciones donde se trabaja el tema de la salud mental.
- Conocimiento de alguna campaña sobre la lucha contra el estigma de la enfermedad mental.
- Cuáles son las experiencias y vivencias que han tenido con una persona con

enfermedad mental (previo contacto). Significado del poder de la etiqueta diagnóstica a la hora de establecer contacto.

- Significado de poder presentar alguna enfermedad mental: en las dimensiones sociales, familiares, laboral, sanitario, autoestima...
- Cuáles son los prejuicios y estereotipos sobre la enfermedad mental.
- Qué acciones podrían llevarse a cabo para prevenir la enfermedad mental y en contra del estigma.

12. Anexo 3



(Elaboración propia, 2015)

Cuadro 1: Etapas del proceso de estigmatización y posibles intervenciones