



**UNIVERSIDAD DE CANTABRIA  
ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERIA  
"CASA DE SALUD VALDECILLA"  
GRADO DE ENFERMERIA**

**Trabajo Fin de Grado**

**ESTIGMA DE LA ENFERMEDAD MENTAL.  
RECURSOS SOCIOSANITARIOS PARA EL PACIENTE  
PSIQUIÁTRICO EN CANTABRIA.**

**STIGMA OF MENTAL ILLNESS.  
SOCIAL AND HEALTH RESOURCES FOR THE  
PSYCHIATRIC PATIENT IN CANTABRIA.**

**Autora: Laura Herrero Izquierdo  
Directora: Maite Santurtún Zarrabeitia**

**Curso académico 2017-2018**

## ACRÓNIMOS

AS: Área de Salud.

ASCASAM: Asociación Cántabra Pro Salud Mental.

CRPS: Centro de Rehabilitación Psicosocial.

DeCS: Descriptores en Ciencias de la Salud.

HUMV: Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

INE: Instituto Nacional de Estadística.

LOMCE: Ley Orgánica para la Mejora de la Calidad Educativa.

MeSH: Medical Subject Headings.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

ONU: Organización de Naciones Unidas.

TFG: Trabajo Fin de Grado.

UAD: Unidad de Atención de Drogodependencias.

UE: Unión Europea.

USM: Unidad de Salud Mental.

USMIJ: Unidad de Salud Mental Infanto Juvenil.

UTCA: Unidad de Trastorno de la Conducta Alimentaria.

ZBS: Zona Básica de Salud.

# ÍNDICE

1. Resumen y palabras clave.....	1
2. Introducción.....	2
3. Justificación del trabajo.....	3
4. Objetivos.....	4
4.1 Definición de los objetivos.....	4
4.1.1 Objetivo general.....	4
4.1.2 Objetivos específicos.....	4
5. Fuentes de información y metodología de búsqueda.....	5
5.1 Estrategia de búsqueda.....	5
5.2 Criterios de inclusión y exclusión.....	5
5.3 Descripción de los capítulos.....	5
6. Capítulos.....	6
6.1 Capítulo 1: Estigmatización de la enfermedad mental.....	6
6.1.1 Concepción de la enfermedad mental a lo largo de la historia.....	6
6.1.2 El estigma en los enfermos mentales.....	7
6.1.3 El rol de los medios de comunicación.....	10
6.2 Capítulo 2: Ámbitos de exclusión de las personas con problemas mentales.....	13
6.2.1 Mercado laboral.....	13
6.2.2 Violencia y abuso.....	14
6.2.3 Acceso a los servicios de salud.....	15
6.2.4 Oportunidades de educación.....	17
6.2.5 Familia.....	18
6.2.6 Aspectos legales.....	20
6.2.7 Servicios sociales y red de dispositivos de salud mental.....	21
6.2.8 Ámbito penitenciario.....	22
6.2.9 Escasez de recursos en el ámbito de salud mental.....	23
6.3 Capítulo 3: Inclusión. Atención sociosanitaria y red de dispositivos en Cantabria.....	25
7. Conclusiones.....	29
8. Reflexión personal.....	30
9. Referencias bibliográficas.....	31

## 1. Resumen

Tradicionalmente la sociedad ha excluido a las personas con enfermedad mental creando un estigma que conduce a su discriminación. La estigmatización es aceptada por parte del enfermo situándole en los límites sociales, al borde de la exclusión. El estigma tiene un efecto barrera en el ejercicio de derechos y en el acceso a servicios, empeorando los signos y síntomas de la enfermedad, así como su discapacidad. Con este contexto, el presente trabajo analiza la realidad social a la que se enfrenta el paciente psiquiátrico y los servicios y programas psicosociales disponibles en la comunidad de Cantabria, fundamentales para adquirir y recuperar las habilidades necesarias que fomentan una vida normalizada en la sociedad y facilitan la autonomía, integración, rehabilitación e independencia del individuo. Además, este estudio pretende ser una herramienta que invite a la reflexión abordando el papel de distintos factores que generan prejuicios motivados por el desconocimiento, los cuales son el principal obstáculo para la inclusión social plena y efectiva.

**Palabras clave:** persona con enfermedad mental, estigma, exclusión social, Enfermería de Salud Mental, Modelo Sociosanitario y Comunitario.

### Abstract

Society has traditionally excluded the mental patients, creating a discrimination-leading stigma. Stigmatization is usually accepted by the patients themselves, which finally remain on the verge of social exclusion. This stigma has a barrier effect in both, the exercise of individual rights and the access to social services, with the corresponding deterioration of the illness and disabilities of the affected people. Within this context, the present work aims to analyze the social reality of the psychiatric patient, as well as the services and psycho-social programs available in the Community of Cantabria. These services and programs are essential to make recover and acquire the necessary abilities to promote a social normal life and to facilitate the autonomy, integration and rehabilitation of the individual. Additionally, this study intends to be an invitation to reflect on the factors generating social prejudice based on lack of knowledge, which are the main barrier to ensure the full and successful integration of mental patients into social life.

**Keywords:** mentally ill person, stigma, social exclusion, Mental Health Nursing, Social-sanitary and Community Model.

## 2. Introducción

Las personas que padecen una enfermedad mental se encuentran con el miedo y los prejuicios de los demás, habitualmente apoyados en una visión distorsionada de lo que son las enfermedades mentales<sup>1</sup>.

Durante los últimos años se ha producido un importante cambio en los conceptos que sobre la salud sostiene la sociedad. Hasta hace no mucho tiempo, toda la atención estaba centrada en la enfermedad; actualmente, el énfasis se pone en la promoción y el fomento de la salud. Así lo refleja la definición de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, en adelante OMS: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”<sup>2</sup>. Al aceptar esta definición, se ha admitido de manera tácita que la salud mental es algo más que la ausencia de trastornos o discapacidades mentales y que forma parte de la evaluación para conocer el estado de salud de las personas.

¿Es posible un óptimo grado de salud con un deficiente estado de salud mental? La respuesta surge casi de manera automática: no. Todos entendemos y aceptamos de manera implícita que la salud mental forma parte de la salud. Sin embargo, las ideas predominantes en materia de salud están influidas en gran medida por la actitud que adopta en general la sociedad frente a los problemas de salud que presentan las personas y vienen determinadas en gran parte por factores sociales y culturales<sup>3</sup>.

Hasta no hace muchos años, la sociedad en general depositó en los profesionales sanitarios, como expertos en la materia, toda la responsabilidad de la recuperación de la salud, fomentándose el desinterés individual y la tendencia a centrar la atención sanitaria en situaciones de enfermedad, descuidando los aspectos preventivos y paliativos<sup>3</sup>.

Esta tendencia se modificó en 1977, cuando todos los Estados miembros de la OMS declaran como objetivo la *Salud para todos en el año 2000*<sup>4</sup>, lo que supone un cambio de mentalidad de la sociedad, ampliando el campo de actividad de los profesionales sanitarios, como el entorno y sus factores de riesgo para la salud, los estilos de vida saludable, la educación sanitaria de la población y acciones que promueven el fomento y la prevención.

Sin embargo, estas modificaciones no han tenido la misma incidencia en los aspectos particulares de la salud mental, lo que crea una situación paradójica y contradictoria, que obedece más a cuestiones culturales ancestrales que a conceptos actualmente sostenibles<sup>5</sup>.

Si bien en la siguiente definición de salud mental de la OMS como “Resultado de la presencia de aspectos psicológicos, afectivos y sociales sobre la salud, necesarios para un estado de completo bienestar<sup>2</sup>”, ya aparecen claramente señalados los aspectos más remarcables, lo cierto es que la actitud de la sociedad en lo referente a la salud mental se mantiene fijada culturalmente en tradiciones y creencias.

### 3. Justificación del trabajo

Con la realización de un mes de prácticas en la unidad de Hospitalización Psiquiátrica del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (HUMV) comprobé que la Enfermería de Salud Mental es una profesión especializada en prestar cuidados a la persona con enfermedad mental, que se convierte en centro de la toma de decisiones, dirigida hacia el respeto y a promover la autonomía de la persona, usando para ello la metodología científico-técnico<sup>6</sup>.

Sin embargo, cuando empecé esas prácticas mis ideas estaban influenciadas por percepciones erróneas relacionadas con experiencias negativas a la hora del manejo del enfermo mental, llegando con inquietudes, temores e ideas falsas, que fueron evolucionando hacia un mejor conocimiento personal y de las personas que estaban ingresadas en la unidad. Me di cuenta que éste no era un hecho aislado, sino que estas creencias estaban muy arraigadas en gran parte de la sociedad, reacciones derivadas de sentimientos de rechazo, miedos, desconfianza de la población en general y, en particular, de aquellas personas que debemos participar en su integración de una forma u otra<sup>7</sup>.

A nivel mundial, la OMS ha elaborado un informe acerca de la prevención de los trastornos mentales, señalando que alrededor de 450 millones de personas padecen trastornos mentales y de conducta y que una de cada cuatro personas desarrollará uno o más de estos trastornos en el transcurso de su vida<sup>8</sup>.

Un estudio realizado a 514 millones de personas de 30 países de la Unión Europea (los 27 estados miembros más Islandia, Suiza y Noruega) durante tres años, pone de manifiesto que los trastornos mentales afectan al 38,2 por ciento de la población, alrededor de 164 millones de personas, convirtiéndose en el mayor reto europeo de salud del siglo XXI<sup>9</sup>.

En España, un estudio realizado en el año 2010 estima que un 19,5 por ciento de la población española ha presentado durante su vida algún tipo de trastorno mental<sup>10</sup>. Según la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria publicada en el año 2016 por el Instituto Nacional de Estadística (INE), la incidencia de los trastornos mentales ha aumentado en los últimos años, señalando que un 9,7% de los ingresos hospitalarios fueron producidos por trastornos mentales<sup>11</sup>.

En la Comunidad de Cantabria, según el Plan de Salud Mental de Cantabria 2015-2019, una de cada diez personas padecerá a lo largo de sus vidas algún trastorno mental de distinta duración e intensidad<sup>12</sup>.

En definitiva, la consideración que se les da a las personas que padecen un trastorno mental junto con este incremento de los problemas de salud mental me planteó la necesidad de profundizar y de analizar si la enfermedad mental es incluida como problema prioritario y poder encontrar las raíces de nuestro pensamiento sobre la locura y sus implicaciones sociales. Analizando qué es lo que ocurre en realidad y qué se percibe en torno a la persona con enfermedad mental, podremos, como profesionales sanitarios, desarrollar intervenciones enfocadas a conseguir resultados que permitan terminar con todas las situaciones que impidan o dificulten la inclusión social de estas personas.

## **4. Objetivos**

### **4.1 Definición de objetivos**

En esta primera fase se establecieron los objetivos del Trabajo Fin de Grado (TFG).

#### **4.1.1 Objetivo general**

El objetivo general es identificar las causas y repercusiones del estigma en los enfermos mentales así como la inclusión de los mismos en Cantabria describiendo los recursos socio sanitarios que ofrece esta comunidad.

#### **4.1.2 Objetivos específicos**

Este objetivo general se concreta por los siguientes objetivos específicos que estructuran el desarrollo del estudio:

- Analizar la evolución de la concepción social de la enfermedad mental a lo largo de la historia para poder explicar el estigma asociado en la cultura occidental.
- Determinar los aspectos clave y el efecto del estigma en personas con enfermedad mental, describiendo los ámbitos de exclusión que presentan.
- Explicar el papel que juegan los medios de comunicación en el mantenimiento del estigma asociado a la enfermedad mental, mostrando de qué manera y en qué medida se ven afectados los enfermos mentales.
- Describir la red de dispositivos de atención socio sanitaria existentes en Cantabria.

## **5. Fuentes de información y metodología de búsqueda**

Este trabajo es una monografía de compilación que trata de forma argumentativa el estigma de la enfermedad mental y los recursos socio sanitarios existentes para el paciente psiquiátrico en la Comunidad de Cantabria.

### **5.1 Estrategia de búsqueda**

Para conseguir desarrollar un trabajo fiable y válido he realizado una revisión documental rigurosa y sistemática de las principales investigaciones dedicadas al estigma de la enfermedad mental y lo referente a los ámbitos de exclusión e inclusión social de este colectivo, analizando artículos científicos especializados en revistas en formato digital, documentos e informes oficiales, documentos jurídicos, además de revisar manuales, monografías, compilaciones, resúmenes y revisiones sistemáticas, haciendo uso de la Biblioteca de la Universidad de Cantabria. Este trabajo contiene “citas literales” de algunos autores y resúmenes de lo que dicen, basándose en publicaciones de expertos en la materia. Las fuentes documentales que he utilizado han sido Google académico y distintas bases de datos especializadas a nivel nacional e internacional relacionadas con las Ciencias de la Salud, como Pubmed, Cuiden plus, o Cochrane Library Plus.

Después de seleccionar las bases de datos, acoté los conceptos significativos utilizando los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) y los Medical Subject Headings (MeSH), así como los operadores booleanos y los signos de truncamiento.

### **5.2 Criterios de inclusión y exclusión**

He realizado un análisis documental de alrededor de 90 textos, 16 de los cuales fueron descartados por no cumplir alguno de los criterios de inclusión en cuanto al idioma, presentación, estilo, corrección gramatical y divulgación o por seguir alguno de los criterios de exclusión, como aquellos artículos anteriores al año 2007, los de acceso no gratuito y los no relacionados con el tema elegido. Para realizar la elaboración de la bibliografía he utilizado las normas Vancouver, referenciando un total de 74 documentos, 59 en español y 15 en inglés.

### **5.3 Descripción de los capítulos**

En una primera fase, utilizando las palabras clave “persona con enfermedad mental” y “estigma” obtuve información sobre la evolución del concepto de enfermedad mental y del estigma que han sufrido a lo largo de la historia, así como del papel que tienen los medios de comunicación como agentes estigmatizadores, constituyendo todo lo anteriormente descrito el primer capítulo de este trabajo. En una segunda fase, los artículos encontrados utilizando las palabras clave “exclusión social” me permitieron desarrollar el segundo capítulo de esta monografía, un análisis de los distintos ámbitos de exclusión de las personas con enfermedad mental. En la última fase, con las palabras clave “Enfermería de Salud Mental” y “Modelo Socio sanitario y Comunitario” elaboré el tercer capítulo dedicado a la inclusión de las personas con trastorno mental y a los distintos dispositivos existentes en la Comunidad de Cantabria para prestar atención socio sanitaria a estas personas.

## Capítulo 1: Estigmatización de la enfermedad mental

### 6.1.1 Concepción de la enfermedad mental a lo largo de la historia

La realización de un seguimiento de los enfermos mentales a través de la historia nos permite comprender los diferentes criterios que han surgido en distintas épocas y culturas, y en función de ello por qué estas personas han sido ignoradas, protegidas, torturadas o adoradas. Vamos a presentar en este trabajo cómo históricamente las enfermedades mentales están en los límites entre lo naturalista y lo sobrenatural, lo que ha retrasado su consideración como problema de salud.

En el antiguo Testamento se encuentra el primer informe sobre las enfermedades mentales. El libro de Daniel<sup>13</sup> relata la locura de Nabucodonosor como pérdida de la razón, que se interpreta como comer y vivir como los animales hasta que se recupera por decisión divina. Observamos aquí la idea que había sobre el origen de la enfermedad mental, un origen sobrenatural, que compartían los legos y los sanadores profesionales. Unos lo atribuían a los dioses y otros a los demonios o fuerzas de la naturaleza<sup>14</sup>.

El concepto de enfermedad mental se inicia en Grecia, hacia el siglo V a. C. con una nueva interpretación, al admitirse la teoría humoralista, doctrina que consideraba la salud como el equilibrio de los cuatro fluidos o “humores”: la bilis negra, la bilis amarilla, la flema o pituita y la sangre. En el caso de las enfermedades mentales el desequilibrio se encontraba en el cerebro<sup>15</sup>. Esta teoría se enfrenta a la interpretación de la posesión demoníaca, que en la cultura griega había adquirido la forma más sofisticada de “entusiasmo” o “inspiración” que llevaba a profetizar, a hablar en lenguas extrañas o a hacer contorsiones a quienes estaban poseídos<sup>16</sup>.

En el Corpus Hippocraticum, conjunto de escritos que se atribuían a Hipócrates, encontramos un tratado sobre “la enfermedad sagrada”, así llamada cuando las convulsiones eran un atributo a las personas elegidas por los dioses<sup>17</sup>. Es él quien inicia la clasificación de las enfermedades mentales, establece su origen y empieza a considerar una base racional y científica de ellas<sup>18</sup>. En el siglo II d. C, Galeno también aceptó el carácter natural de la enfermedad mental<sup>16</sup>, clasificándolas en dos tipos: la manía y la melancolía, clasificación que se mantuvo hasta el Imperio romano.

El comienzo de la Edad Media se caracteriza por un retroceso teórico de la medicina, subordinándola a la religión. Con el aumento del poder de la iglesia, se afianzan los criterios demonológicos en la comprensión de la locura, considerando al enfermo un poseído que precisa tratamientos exorcistas basados en la tortura y en el castigo para extraer al diablo del cuerpo del poseso. Por lo general, finalizan con el martirio y la muerte en la hoguera. Se produce un conflicto de médicos que luchan entre sus concepciones profesionales y la concepción cristiana<sup>18</sup>.

En 1511, Erasmo de Rotterdam publica un ensayo conocido como *Elogio de la locura* que, sin ser un tratado médico, contiene una interpretación intelectual renacentista de la locura, que es considerada una diosa, hija de Pluto, el dios de la riqueza y la ninfa Hebe, ninfa de la

juventud<sup>19</sup>. Paracelso acuña el término loco o lunático al estar convencido de la influencia que tenían la luna y otros astros en la enfermedad mental. El enfermo vive en la calle y se le considera como el bufón<sup>16</sup>. Con los médicos cartesianos la enfermedad mental adquiere un origen material, ya que consideran a los enfermos mentales seres humanos con derecho a recibir tratamiento médico, consiguiendo la incorporación de la locura entre las enfermedades que se pueden tratar con la medicina.

Meyer es considerado el primer psiquiatra por sus estudios realizados sobre la conducta de mujeres acusadas de brujería. En su libro *De praestigis daemonium* denuncia esta situación describiendo enfermedades mentales en las mujeres acusadas de ser brujas<sup>20</sup>. A los locos se les encierra en la cárcel y se les exhibe en jaulas con la intención de educar y moralizar sobre su naturaleza salvaje, convirtiéndose la locura en una realidad social, alejada de la enfermedad y que precisa control. No es hasta el siglo XVIII cuando Philippe Pinel, considerado el fundador de la psiquiatría, inicia un trato humano con los enfermos mentales liberándolos de cepos y cadenas, inclinándose por el aspecto psicológico de la enfermedad mental. Se inicia la era de los asilos, que permite conocer e identificar ciertas enfermedades neurológicas con un compromiso de las facultades mentales<sup>21</sup>.

A lo largo del siglo XIX y hasta hace pocas décadas, la atención al enfermo mental se aisló del resto de problemas sociales, implantándose un modelo de atención fundamentada en el internamiento del enfermo durante largos periodos de tiempo, incluso por vida, en instituciones psiquiátricas, más comúnmente conocidas como manicomios que no ofrecían una asistencia terapéutica, sino de tipo custodial<sup>18</sup>. La contribución principal en la renovación de la psiquiatría procede de Freud y del psicoanálisis, que constituye un modelo de tratamiento y comprensión de las enfermedades mentales<sup>16</sup>.

A comienzos del siglo XXI, la psiquiatría sigue trabajando en el estudio etiológico de la salud mental, en el desarrollo de medidas de diagnóstico y de tratamiento más precisas para los “viejos” y nuevos problemas de salud mental, ya que a pesar de los grandes avances que se han producido en la psiquiatría, la enfermedad mental sigue estando estigmatizada.

### 6.1.2 El estigma en los enfermos mentales

La estigmatización de las personas con problemas de salud mental se cimienta sobre la base de siglos y siglos de estereotipos y prejuicios. En épocas pasadas, al no existir tratamientos adecuados, muchos de los síntomas que presentaban los enfermos mentales no estaban controlados, por lo que la discriminación duró mucho tiempo siendo ampliamente aceptada por la sociedad<sup>22</sup>.

Estigma es una palabra de origen griego que significa picadura o pinchazo y hace alusión tanto a una marca que se produce en el cuerpo como a una señal corporal para diferenciar una condición social inferior, como a los ladrones o a los esclavos a los que se estigmatizaba con hierro candente<sup>23</sup>.

Son muchos los autores que tratan de describirlo, aunque, en general, están de acuerdo con la definición de Erving Goffman, que entiende el concepto de estigma como una marca o atributo

profundamente devaluador, que vincula una persona o un colectivo con una serie de actitudes, comportamientos o características, sean reales o ficticios, que se alejan de la norma, a los que se les considera como indeseables y degrada y rebaja a la persona portadora del mismo<sup>24</sup>.

Este sociólogo analiza tres tipos de estigma: el primero se refiere a las características de la persona entendidas como defectos, como el género, la homosexualidad o la enfermedad mental; el segundo hace referencia al estigma físico, a deformidades del cuerpo; el último se refiere al estigma que identifica a la persona en un grupo particular, como una religión, etnia o nación.

Posteriormente Croker, Major y Steele, consideran que los individuos estigmatizados poseen, o se cree que poseen, algún atributo o característica negativa que conlleva una identidad social la cual es devaluada en un contexto social particular<sup>25</sup>.

Según los investigadores sociales Link y Phelan, esta característica desagradable favorecería una separación entre “nosotros” y “ellos”, lo que implica que “ellos” son diferentes a “nosotros”, por lo que la persona o grupo estigmatizado no es considerado parte del “nosotros”, perdiendo status social y encontrándose, en consecuencia, en una situación de desigualdad social. Esto sucede debido a una situación asimétrica de poder económico, político y social que da legitimidad a este proceso<sup>7</sup>.

Si bien desde la publicación del trabajo de Goffman en 1963 se han producido avances en el tratamiento de la enfermedad y en el control de sus síntomas, lo cierto es que las personas que padecen una enfermedad mental siguen siendo excluidas y consideradas como ciudadanos de segunda ya que los estereotipos y prejuicios continúan fijados en la población general debido a que el peso de los componentes emocionales, conductuales y sociales todavía es muy elevado<sup>26</sup>.

Son muchos los estudios e investigaciones que intentan analizar cómo afecta esta estigmatización a los enfermos mentales por lo que supone de rechazo, de devaluación y de trato injusto, llegando a la conclusión de que las enfermedades mentales afectan negativamente tanto a la vida de las personas que las padecen como de aquellos con quienes conviven. Esta consecuencia negativa que no deriva de los síntomas de la enfermedad, sino de la visión que la población tiene sobre ella, supone una barrera para su integración y para la búsqueda de tratamiento, deteriorando su calidad de vida y la de sus familias<sup>27</sup>.

Según el *Libro Verde europeo* sobre la salud mental, la estigmatización, además de aumentar el sufrimiento personal y la exclusión social, puede frenar el acceso a la vivienda y el empleo e incluso hacer que la persona afectada no busque ayuda por miedo a que se le etiquete como enfermo mental<sup>1</sup>.

A pesar de que una de cada cuatro personas somos susceptibles de padecer una enfermedad mental a lo largo de la vida<sup>8</sup>, aun sigue siendo un tema considerado tabú por gran parte de la población.

Según los modelos psicosociales, el estigma se manifiesta en tres aspectos del comportamiento social: los estereotipos, los prejuicios y la discriminación<sup>28</sup>.

Un estereotipo consiste en un conjunto de creencias negativas, incorrectas o no contrastadas que son aceptadas por una gran parte de la sociedad, con respecto a las características, cualidades o comportamientos de un determinado colectivo que condiciona la imagen y valoración de dicho grupo. Representa la impresión generalizada y las opiniones que se tienen sobre un determinado colectivo de personas, constituyendo el aspecto cognitivo del estigma, el conocimiento.

Los contenidos cognitivos o estereotipos más frecuentes en la persona con enfermedad mental se relacionan con su peligrosidad y realización de actos violentos, con la impredecibilidad de su carácter y sus reacciones, con la dificultad de relacionarse, con su debilidad de carácter, con su incompetencia e incapacidad para manejar su vida y para desarrollar tareas básicas de la vida como pueden ser las de autocuidado, con una dificultad de relación y carencia de control, unido a la creencia de incurabilidad y a un grado variable de responsabilidad y culpa sobre lo que les sucede, ya sea sobre el padecimiento de la enfermedad o por no haber sido capaz de ponerle remedio mediante tratamiento<sup>29</sup>.

Sin embargo, existe la posibilidad de que, aun teniendo conocimiento de un estereotipo, no se esté de acuerdo con él. Ahora bien, cuando se emite un juicio preconcebido, normalmente con una tendencia negativa acerca de una situación, persona o colectivo, sin tener en cuenta si hay alguna razón que lo justifique y este juicio origina sentimientos de rechazo, miedo, temor, desconfianza y de compasión, aunque siempre “manteniendo la distancia”, esta actitud produce una serie de prejuicios<sup>36</sup>. Representan un problema de actitudes negativas de la población general, las emociones. A lo largo de los siglos, son varios los grupos de población que han sufrido el peso de la estigmatización, por ejemplo, el colectivo de lesbianas, gays, transexuales y bisexuales, los extranjeros o las personas con enfermedad mental<sup>29</sup>.

Finalmente, un efecto particularmente negativo de los prejuicios es la discriminación<sup>28</sup>, que conduce a que los individuos del colectivo estereotipado tengan un trato desfavorable a causa de estos prejuicios, ocasionándoles una privación de sus derechos. La discriminación es un problema de comportamientos negativos de la población general: discriminación directa en el acceso a la vivienda, al empleo, en las relaciones sociales como pareja o redes sociales, discriminaciones de tipo legal o sobre el nivel de servicios sanitarios y sociales, además de padecer altos índices de riesgo de violencia física y sexual. Así mismo, con frecuencia se encuentran con límites a la hora de ejercer sus derechos políticos y civiles y poder participar en asuntos públicos<sup>29</sup>.

Esta exclusión social puede entenderse contextualizada en la discriminación, intencionada o no, de los individuos que mantienen conductas estigmatizantes hacia las personas con enfermedad mental, que no permite la igualdad de oportunidades de la persona afectada y que conlleva una falta de oportunidades para la persona de poder participar en la sociedad y de contribuir del mismo modo que el resto, además de relacionarse con otros riesgos

psicológicos como los problemas cognitivos, los comportamientos auto-excluyentes o las conductas auto-punitivas y de riesgo<sup>30</sup>.

Las personas que padecen enfermedades mentales tienen que vivir en una sociedad que de manera continua les asigna juicios negativos y devaluantes, lo que puede llevarles al auto-estigma, al interiorizar, es decir, al incorporar a su personalidad los estereotipos o prejuicios y al creer que son menos útiles debido a su trastorno psiquiátrico<sup>31</sup>, con una pérdida de la valoración sobre sí mismo (autoestima) y de la confianza en su capacidad para realizar tareas o conseguir objetivos o metas (autoeficacia). Esto les lleva al aislamiento social, a autodiscriminarse, a culpabilizarse, a no intentar llevar una vida independiente, a limitar los contactos sociales con otras personas que también tienen una enfermedad mental o a no buscar tratamiento o ayuda profesional para no ser reconocido<sup>32</sup>.

Como si se tratara de un espejo, estas personas se reflejan a través del estigma que les atribuye la sociedad, llegando a asumirlo y a internalizarlo<sup>29</sup>, por lo que tienen que enfrentarse a una doble dificultad en su vida diaria, denominada “doble enfermedad”. Por un lado, tienen que hacer frente a los síntomas propios de su enfermedad y, por otro, se enfrentan a los efectos del estigma social asociado al trastorno mental, lo que como hemos visto, conduce al autoestigma.

Paradójicamente, los síntomas derivados de la enfermedad mental son habitualmente tratables con asistencia sanitaria y con programas de rehabilitación psicosocial, siendo generalmente episódicos, mientras que el resultado del estigma social es más complejo y duradero en el tiempo, por lo que las intervenciones para erradicarlo son más complejas<sup>29</sup>.

Para una persona con problemas de salud mental, la exclusión se manifiesta en una gran variedad de hechos, como la carencia de status o posición en la sociedad o dentro de un grupo social, el desempleo, debido a que la mayoría se tienen que enfrentar a barreras a la hora de conseguir un rendimiento escolar y formativo apropiado para poder encontrar un empleo o una falta de oportunidades para formar una familia, entre otras<sup>29</sup>.

### **6.1.3 El rol de los medios de comunicación**

Los medios de comunicación son agentes, tanto productores como reproductores de mensajes que poseen una importante repercusión social.

Para poder comprender la duración de los prejuicios asociados a las personas que padecen una enfermedad mental se debe tener en cuenta el papel de los medios de comunicación, la televisión, la radio, la prensa, que reproducen estereotipos negativos asociados a la enfermedad mental, empeorando los aspectos que consideran de interés, normalmente apelando a las emociones de la audiencia<sup>33</sup>.

Se calcula que la población obtiene el 90 por ciento de la información acerca de la salud mental a través de los medios, convirtiéndose en un refuerzo de la visión negativa en la sociedad.

De manera general, los trastornos de salud interesan poco a los medios de comunicación. Un estudio realizado en la Comunidad de Madrid explica que solo una de cada 1.800 noticias estaba vinculada con enfermedades mentales muy graves<sup>33</sup>.

Los medios transmiten contenidos y mensajes confusos y erróneos, apareciendo reflejados las personas con enfermedad mental bajo tres prototipos fundamentales<sup>34</sup>.

La referencia más comúnmente realizada vincula la enfermedad mental y la violencia o agresividad, mostrando al maniaco violento y homicida, informando sobre hechos que aunque no son comunes, son trágicos y sensacionalistas. El 60 por ciento de los contenidos informativos de los medios de comunicación relacionan la enfermedad mental con la violencia<sup>33</sup>.

La segunda se refiere a la persona adulta que presenta conductas infantiles necesitando control externo. Y, por último, la del espíritu libre y creativo que transmite una cierta admiración. Las tres proporcionan al espectador una imagen de la persona con enfermedad mental que presenta comportamientos considerados fuera de lo normal<sup>34</sup>.

Un estudio que analiza la información aparecida en televisión, radio y prensa escrita durante 14 días en Madrid<sup>33</sup>, señala que, como se ha dicho anteriormente, el prejuicio más reproducido hace referencia a la violencia, seguido de la impredecibilidad y, en menor medida, la incompetencia o atribución de la responsabilidad de su enfermedad a la persona afectada, estando más presentes estos últimos en la radio.

En lo referente a la utilización del lenguaje, los medios atribuyen a la persona que padece esquizofrenia el apelativo de esquizofrénico, constatando que es “esquizofrénica, solo esquizofrénica y siempre esquizofrénica”<sup>35</sup>. La persona es retratada como si su único rol social fuera el de una persona enferma. Esta presentación del esquizofrénico agresivo, impredecible, que es incapaz y que tiene la culpa de lo que le ocurre, produce en la población sentimientos de rechazo y distancia social, y en los afectados, profundos sentimientos de desasosiego que dan lugar al estigma percibido o anticipado, afectando negativamente a nivel emocional, en la calidad de vida y en la autoestima, aumentando los síntomas de ansiedad y depresión<sup>7</sup>.

Los autores del estudio madrileño manifiestan que “la utilización de términos en relación con la salud mental es abusivo, incorrecto y éticamente inaceptable. El tipo y la forma en que se utilizan estos términos para calificar personas, situaciones y cosas, fomenta los estereotipos negativos de peligrosidad, impredecibilidad e irresponsabilidad (...), lo que perpetua el estigma social de la enfermedad mental”<sup>33</sup>.

En cuanto a las imágenes que se utilizan de las personas con enfermedad mental, predominan aquellas que retratan a una persona pasiva, carente de interacción social, con la mirada perdida o tapándose la cara en largos pasillos oscuros con luz al fondo<sup>36</sup>.

A su vez, se transmite una vinculación entre la enfermedad mental y los actos delictivos, debido a que produce una cierta “tranquilidad” en la población atribuir la condición de enferma mental a aquella persona que comete un delito de difícil comprensión<sup>34</sup>.

La difusión de estos prejuicios y estereotipos por parte de los medios de comunicación tiene un efecto multiplicador, afectando a todos los ámbitos de la vida y perpetuando el estigma.

Con respecto al tratamiento del suicidio, hasta hace poco tiempo se pensaba que producía un efecto contagio en la audiencia. Sin embargo, actualmente la OMS recomienda su cobertura desde el enfoque de la prevención<sup>37</sup>.

Sin embargo, los medios de comunicación también pueden contribuir a la sensibilización de la población con respecto a los trastornos mentales, informando cuidadosamente, denunciando las situaciones de injusticia que viven las personas con enfermedad mental y ayudando a modificar la percepción de la población sobre los mismos<sup>29</sup>.

El informe anual de la Confederación Salud Mental España, ha constatado unos datos muy positivos en el año 2016, tanto en la relación con los medios de comunicación como de redes sociales, tanto en el número de apariciones en estos medios de comunicación que alcanzaron cifras récord como en la calidad de la información o del interés generado.

“Mi gramo de locura” es una iniciativa que comienza en el año 2015 en Radio Nacional de España para dar voz a la salud mental. Durante el año 2016 se realizaron 473 repercusiones en importantes medios de comunicación on line como el País, Agencia EFE, ABC, Telecinco, La Razón, Servimedia o la Vanguardia, siendo la noticia de año el Día Mundial de la Salud Mental, siendo Trending Topic en Twitter<sup>38</sup>.

## Capítulo 2: Ámbitos de exclusión de las personas con problemas mentales

### 6.2.1 Mercado laboral

La integración laboral constituye, para toda la sociedad, pero en particular para las personas con algún tipo de discapacidad, un paso fundamental para que se produzca su correcta integración social, ya que tener una discapacidad no es sinónimo de incapacidad para poder trabajar.

El desempeño de una profesión es un instrumento que, además de dignificar a la persona, le permite conseguir una remuneración que proporciona una independencia económica, posibilita la independencia de la persona, así como la mejora de su autoestima al favorecer un sentimiento de utilidad, promoviendo su integración en la sociedad y mejorando el curso de la enfermedad<sup>39</sup>.

Según el INE, en el año 2015 el 5,90 por 100 de las personas en edad laboral tiene certificado de discapacidad. Entre ellos, la tasa de actividad asciende al 38 por 100, casi 40 puntos porcentuales menos que en la población sin discapacidad, descendiendo al 30,4 por 100 en personas con problemas de salud mental, siendo la segunda discapacidad con menor tasa de empleo, por detrás de la discapacidad intelectual.

En cuanto al nivel educativo, las personas que padecen una enfermedad mental presentan un nivel de formación superior del que alcanzan otras personas con discapacidad<sup>41</sup>, y, aun así, su tasa de trabajo es menor.

La mayor parte de las personas con problemas de salud mental quieren tener un empleo y, sin embargo, presentan unas tasas de ocupación mucho más bajas que las personas con discapacidades físicas, que a su vez las tienen más bajas que la población en general. Solo el 5 por cien de personas con enfermedad mental tiene un empleo estable<sup>40</sup>. Existen unos muros invisibles, sociales y del propio enfermo que conducen a que la inserción laboral siga pendiente.

En consecuencia, debido a la dificultad para el acceso a un empleo y otras oportunidades de generar ingresos, tienen mayor riesgo de caer en la pobreza.

Los estereotipos de los empleadores suelen estar relacionados con la falta de productividad o competitividad, con la incompetencia, con la comparación de enfermedad mental a la deficiencia mental o con la conflictividad. En el caso de las personas con depresión, con la idea de debilidad, la falta de fuerza necesaria para ser competitivo o la falta de productividad como consecuencia del absentismo. A estas percepciones negativas hay que añadir el miedo de los compañeros de trabajo y, en el caso de la depresión, la desconfianza o incredulidad sobre la veracidad del diagnóstico, entendiendo que la persona exagera los síntomas para engañar a los profesionales sanitarios y, de esta manera, poder conseguir la baja laboral<sup>29</sup>.

Las familias de las personas con enfermedad mental presentan actitudes ambivalentes en cuanto a la inserción laboral de su familiar<sup>42</sup>. Por un lado están de acuerdo en que supone un

paso importante en su recuperación, sin embargo, debido a que través de él pocas veces pueden obtener un sueldo que les permita vivir de manera digna, las familias optan por pedir la incapacidad laboral que les proporciona una pensión con la que pueden vivir de forma más segura. Esto supone un importante obstáculo en la rehabilitación y recuperación de los derechos de ciudadanía de la persona afectada.

A esto se añade que la prestación por discapacidad que reciben las personas con enfermedad mental es, a veces, casi la mitad del salario mínimo, por lo que la persona joven no puede independizarse ni hacerse cargo con esta ayuda de su enfermedad, manteniendo una conducta pasiva al depender de su familia para poder seguir un estilo de vida preventivo.

La inserción laboral se debe iniciar con la orientación laboral, seguido de un periodo de formación, la búsqueda de empleo y el apoyo a la persona para terminar el proceso de inserción<sup>43</sup>.

En este sentido, diferentes estudios demuestran que las personas que padecen una enfermedad mental y tienen un empleo recaen un 54 por ciento menos, se disminuye el tiempo de ingreso hospitalario y, en consecuencia, se reduce el gasto<sup>7</sup>.

### **6.2.2 Violencia y abuso**

La persona que padece una enfermedad mental es especialmente vulnerable a sufrir diferentes formas de violencia, definida como un comportamiento deliberado cuya orientación es dañar y cuyo objetivo es dominar, aunque con frecuencia se les ha atribuido la característica de agresores más que de víctimas, sufriendo además de la estigmatización, la no percepción del riesgo de maltrato<sup>43</sup>.

Las personas con una enfermedad mental son, con frecuencia, más víctimas de violencia que agresoras<sup>44</sup>. De hecho, se estima que solo el 3 por cien de las personas con enfermedad mental comete actos violentos a causa de su enfermedad, aunque el principal estereotipo que se le asocia está relacionado con la violencia y/o la agresividad. Esto entra en contradicción con la imagen social estereotipada que existe<sup>45</sup>.

Sin embargo, si se tienen en cuenta otras categorías como el sexo masculino, la edad joven o el consumo de tóxicos, se ha constatado que tienen mayor riesgo de presentar conductas agresivas que la población en general<sup>46</sup>. El mayor riesgo de violencia entre las personas con enfermedad mental corresponde a la ejercida sobre ellos mismos.

Las personas con problemas de salud mental presentan altas tasas de victimización física y sexual. Un estudio norteamericano reveló que en comparación con la población general, son 11 veces más propensos a ser víctimas de delitos violentos y 140 veces más propensos a ser víctimas de robo<sup>41</sup>. Una investigación llevada a cabo por la Confederación Salud Mental España explica que el riesgo que tiene una mujer de sufrir violencia por parte de su pareja o expareja, se multiplica por dos o incluso por tres cuando se padece una enfermedad mental grave<sup>47</sup>.

El estudio de Mind, una importante organización inglesa en el campo de la salud mental, señaló que el 71 por cien de las personas con enfermedad mental entrevistadas declaraban haber sufrido alguna forma de victimización como la intimidación (41 por cien), el robo (34 por cien), el acoso sexual (27 por cien), la agresión física (22 por cien) y la agresión sexual (10 por cien)<sup>48</sup>.

Y a pesar de estos altos ratios de victimización, existe una baja tasa de detección de estos casos de violencia, hecho que puede explicarse debido a su baja notificación, en el estudio anterior, alrededor del 36 por ciento no denunciaron por miedo a no ser creídos, y a la escasa sensibilidad de los profesionales sanitarios, que intentan disculpar y comprender estos actos de violencia llevados a cabo hacia las personas con enfermedad mental, entendiendo que se lleva a cabo como consecuencia de la dificultad que presenta la convivencia con este tipo de pacientes. El 60 por ciento de los denunciantes afirmaron que las autoridades no se tomaron el incidente en serio<sup>48</sup>.

Además, como ya hemos analizado, este colectivo presenta unas condiciones de integración social más precarias, con un mayor riesgo de exclusión social, de mayor aislamiento, tienen menores recursos personales presentando mayores dificultades que la población en general, con una mayor fragilidad y tendencia a culpabilizarse, por lo que presenta una mayor indefensión e invisibilidad como víctimas.

Debido a que el sistema de salud, y en concreto el de salud mental es la puerta de entrada de muchas víctimas, se convierte en el marco privilegiado para detectar, intervenir y proteger. Los profesionales de salud mental debemos ser conscientes de este riesgo, asegurando que estos pacientes estén a salvo de la violencia y tratando el impacto que este abuso tiene sobre ellos, ya que este maltrato genera una situación de estrés adicional que altera el curso y el pronóstico del trastorno mental existente<sup>45</sup>.

Para ello, es necesario disponer de instrumentos que permitan llevar a cabo un “screening” rápido y precoz y realizar una búsqueda activa de indicadores de violencia y abuso, haciendo un esfuerzo por identificar adecuadamente a las víctimas y a los maltratadores<sup>29</sup>.

### **6.2.3 Acceso a los servicios de salud**

Los Artículos 1 y 2 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos establecen que todos los hombres nacen iguales en dignidad y derechos y que estos derechos deben estar garantizados para todos. En su artículo 25, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad<sup>49</sup> explica que los Estados Parte reconocen que las personas con discapacidad tienen derecho a disfrutar del mayor nivel posible de salud sin discriminación por motivos de discapacidad. No obstante, en Medicina y en Salud Pública, estos derechos a la dignidad e igualdad pueden estar protegidos de una forma desigual.

A pesar de la elevada prevalencia de los problemas de salud mental, una gran parte de los individuos afectados no obtiene ni tratamiento ni atención. En los países desarrollados se estima que, entre el 35 por ciento y el 50 por ciento de las personas con trastornos de salud mental grave no reciben el tratamiento necesario, además de recibir menos atención por

enfermedades físicas. Por ejemplo, las personas con esquizofrenia tienen un 40 por ciento menos de probabilidades de ser hospitalizados por cardiopatía isquémica en relación con las personas que padecen la misma patología cardíaca que no tienen problemas de salud mental<sup>48</sup>.

En general, en todo el mundo los ratios de tratamiento por enfermedades mentales son muy bajos comparados con los de salud física. Un estudio llevado a cabo por la Unión Europea (UE) mostró que solo el 48 por ciento de las personas que requiere la utilización de servicios de salud mental accede a los mismos, en contraste con el 92 por ciento de las personas que padecían diabetes y recibieron el tratamiento médico adecuado<sup>48</sup>. Esto es debido, de manera general, a la desconfianza que existe a la hora de entrar en contacto con estos servicios y no a una falta de los mismos, ya que la mayoría de las personas tienen miedo a ser discriminadas si se las encasilla como “enfermos mentales”.

Por lo tanto, esta discriminación anticipada se convierte en un obstáculo para acceder a una asistencia integral e integrada y conseguir un tratamiento adecuado y en el momento idóneo, a pesar de que los individuos reúnen los criterios de trastorno mental<sup>50</sup>.

A esto hay que añadir los problemas que pueden aparecer con respecto al tratamiento que tienen que seguir las personas con enfermedad mental, como consecuencia de la nula conciencia de enfermedad o la creencia de que no está enfermo y no necesita acudir al psiquiatra.

Los prejuicios se encuentran no solamente en la población general, sino que también se manifiestan entre los profesionales sanitarios e incluso entre los profesionales en Salud Mental. Algunos estudios demuestran que los profesionales de Salud Mental no son inmunes a los estereotipos de la sociedad en general, aunque el personal de menor estatus presenta actitudes más devaluadoras que aquellos que tienen una formación profesional avanzada<sup>51</sup>.

Entre estas actitudes negativas se encuentran aquellos comportamientos que se basan en ciertas actitudes paternalistas, infantilizando a la persona con enfermedad mental, una cierta despersonalización entendiéndola que carecen de sentimientos y una falta de sensibilidad a la hora de transmitirles la dificultad en la evolución de la enfermedad, que requiere un largo y duro proceso de recuperación o sus limitadas posibilidades de hacerlo<sup>29</sup>.

Así mismo, los pacientes con enfermedad mental suelen tener una credibilidad menor que otros pacientes, siendo asociada cualquier dolencia al trastorno mental, como si todo lo que les sucede fuera consecuencia de dicho trastorno. Es decir, se produce un proceso de “eclipsamiento” del diagnóstico, al ser atribuidos incorrectamente los síntomas físicos al problema mental, no siendo investigados ni tratados adecuadamente.

En este sentido, los médicos de familia están influenciados en su práctica asistencial diaria, estando menos dispuestos a diagnosticar una enfermedad médica cuando la persona padece depresión y presentando dificultad en la atención del paciente diagnosticado de esquizofrenia<sup>29</sup>.

En un estudio realizado a 160 profesionales sanitarios de un hospital de Gran Canaria, exceptuando a los pertenecientes al Servicio de Psiquiatría, se concluye que entre estos profesionales existen actitudes negativas hacia las personas con enfermedad mental, que fueron asociadas a impredecibilidad, violencia e incurabilidad, así como a incomodidad, temor y, en menor grado, rechazo, poniéndose de manifiesto que la esquizofrenia es una de las enfermedades mentales más estigmatizadas<sup>52</sup>.

Levenson y Olbrisch<sup>53</sup> exponen que dos de cada tres equipos de trasplante renal en los EEUU estiman los antecedentes de trastorno afectivo y de esquizofrenia una contraindicación para llevar a cabo este tipo de intervención quirúrgica, poniéndose de manifiesto el hecho de que padecer una enfermedad mental es la causa de no poder recibir este tratamiento terapéutico.

#### **6.2.4 Oportunidades de educación**

Según datos presentados en el 16º Congreso Internacional de la Sociedad Europea de Psiquiatría que se celebró en Madrid en el año 2015, el número de niños y jóvenes a los que se les diagnostica en España un trastorno mental es de un millón aproximadamente, los más habituales los trastornos de conducta, de atención, ansiedad, hiperactividad, depresión con menor frecuencia o problemas relacionados con la alimentación.

El medio educativo es un elemento de aprendizaje y de desarrollo muy relevante en el primer periodo de la vida. En las etapas de educación primaria y secundaria en mayor medida, aunque también en la etapa de estudios superiores, se invierte un elevado número de horas durante las cuales los niños interactúan con sus pares y con personas adultas. Durante esta etapa adquieren herramientas emocionales y educación en valores que conforman su personalidad y les facultan para desarrollarse como futuros ciudadanos, para tomar sus propias decisiones o para manejar sus frustraciones, por lo que resulta relevante para su crecimiento madurativo<sup>54</sup>.

Teniendo en cuenta que las enfermedades mentales suelen aparecer en torno al final de la adolescencia o principio de la edad adulta, el diagnóstico de la enfermedad mental en este periodo de la vida en el cual se está construyendo la personalidad resulta complicado.

La Ley Orgánica de Educación del 2006<sup>55</sup> señala que el sistema educativo dispondrá de todos los recursos que sean necesarios para que los niños con necesidades educativas especiales puedan alcanzar los objetivos establecidos para todos los alumnos, complementándose con el capítulo tercero de la Ley de Sanidad<sup>56</sup> dedicado a la salud mental, que indica que se considerarán de manera especial los problemas referentes a la psiquiatría infantil. La Ley Orgánica para la Mejora de la Calidad Educativa (LOMCE) del 2013 en su artículo 14 recoge como principio la equidad en cuanto a una atención educativa que garantice la igualdad de oportunidades, la inclusión educativa y la no discriminación, así como la accesibilidad universal a la educación, que compense las desigualdades personales, económicas, culturales y sociales, prestando una atención especial a las que derivan de cualquier discapacidad<sup>57</sup>.

Sin embargo, la inclusión de los niños y jóvenes con enfermedad mental, según la OMS entre el 15 y 20 por ciento de la población<sup>21</sup>, ha comenzado hace pocos años. Muchos docentes de educación infantil, primaria y secundaria opinan que no deben hacerse cargo de esta situación.

El entorno educativo no se encuentra alejado del estigma, utilizando argumentos como que los pacientes, en este caso niños y jóvenes con enfermedad mental, nunca se recuperan, que son personas violentas, que la mayoría son genios, que presentan comportamientos impredecibles, que deben estar hospitalizados o que son vagos y no les gusta trabajar. Aquel que presenta un comportamiento hiperactivo podría ser calificado como molesto o conflictivo y ser separado en el aula para que no dificulte el desarrollo de la clase. Mientras que se sigan manteniendo estos estereotipos y no exista conciencia, formación, recursos materiales o coordinación interinstitucional es difícil que en los colegios e institutos se pueda dar una respuesta adecuada a estos alumnos<sup>29</sup>.

Debido a la falta de apoyo que reciben, el rendimiento académico es bajo y puede conducir al fracaso escolar. A esta carencia de apoyo, se le añade una menor asistencia del alumno cuando la convalecencia es mayor, al retraso que pueden presentar en áreas concretas, a dificultades de aprendizaje, de observación o de atención, a una actitud sobreprotectora o excesivamente relajada de los padres. Además, a menudo experimentan rechazo y desprecio de sus compañeros.

La etapa de educación secundaria es especialmente complicada teniendo en cuenta la vulnerabilidad de los adolescentes que padecen una enfermedad mental debido a su corta edad, entre los 12 y los 17 años, y a su trastorno, por lo que sus habilidades para sobreponerse a situaciones de discriminación son menores<sup>58</sup>.

Los adolescentes con enfermedad mental manifiestan padecer o haber padecido burla, rechazo social y aislamiento por parte de sus iguales, aunque a veces también por parte de sus profesores. El acoso escolar o bullying, que puede manifestarse como causa o como consecuencia de la enfermedad mental es frecuente, teniendo consecuencias perjudiciales que arrastran hasta la edad adulta.

El estudio redactado para la *Mejora del Tratamiento de las Personas con Enfermedad Mental en las Universidades Públicas*<sup>59</sup> señala que uno de los problemas más importantes es la falta de atención que reciben estos estudiantes, como consecuencia de que la persona con enfermedad mental oculta la misma ante sus profesores y compañeros de clase, no presentándose en la Oficina de atención a estudiantes con discapacidad y renunciando a los servicios, becas o exención de matrícula de las que se podrían beneficiar. Y, en consecuencia, no pueden conseguir los recursos necesarios para completar con éxito su vida académica.

### **6.2.5 Familia**

Cuando un miembro de la familia es diagnosticado de una enfermedad mental, el impacto que tiene esta situación sobre la familia y personas más cercanas, además de para la persona que la padece, resulta fuerte, complejo y traumático.

Este hecho conduce, en la mayoría de los casos, a tener que romper con el proyecto de vida tanto de la persona afectada como de la familia, que tenía depositadas en la persona una serie de expectativas<sup>60</sup>.

El diagnóstico de la enfermedad mental produce una serie de modificaciones en el grupo familiar como cambios sociales debido a que aumenta el grado de dependencia de la persona con enfermedad mental con respecto a su familia, sobre todo de esposas, madres o hermanas, lo que puede conducir a una sobrecarga familiar y repercute en su vida social, ya que sus redes sociales disminuyen, cambios psicológicos, como consecuencia de que la estabilidad emocional de los componentes de la familia se reduce, cambios laborales, porque tienen que renunciar a oportunidades de trabajo, o emocionales, produciendo sentimientos de vergüenza y culpa<sup>61</sup>.

Al mismo tiempo, aparecen en la familia actitudes paternalistas originadas por la vulnerabilidad que presentan las personas con enfermedad mental en los episodios más críticos de la enfermedad, en los que perciben una alteración de la realidad y durante la cual no son responsables de sus actos, situación que se prolonga cuando la persona está más estabilizada. Y también surgen sentimientos de compasión, ya que ponen en duda la posibilidad de recuperación. Esto les origina desmoralización, teniendo repercusiones negativas en su recuperación, ya que disminuye su autoestima y les produce dudas con respecto a su propia capacidad<sup>29</sup>.

El mayor sentimiento de autoestigmatización de la familia tiene que ver con la culpabilidad que se atribuyen por la enfermedad mental de su familiar, basada en la creencia de la sociedad que entiende que la enfermedad mental se produce por una mala crianza por parte de los padres<sup>60</sup>.

Estos sentimientos, junto con la incompreensión de la sociedad, les conducen a esconder la enfermedad de su familiar y a vivirla en soledad, lo que conlleva un cierto aislamiento social.

En las familias, por lo tanto, se desarrolla la doble vertiente del estigma, por un lado, en un primer momento presentan los mismos prejuicios que el resto de la sociedad por desconocimiento y falta de información, siendo reproductores del estigma, y por otro, debido a la convivencia con ellos, receptores del estigma, existiendo un contagio del mismo.

Los estereotipos y prejuicios de los miembros de la familia con respecto a la enfermedad mental, junto con el desconocimiento de lo que conlleva, les provoca un gran sufrimiento que conduce a ocultar la enfermedad mental, al considerarlo un tema tabú y por miedo a la reacción que puedan tener con la persona diagnosticada y con ellos mismos.

En el momento del diagnóstico de la enfermedad mental, la familia no conoce sus efectos, evolución, posibilidades de recuperación o las pautas a seguir, y, sin embargo, se les atribuye la responsabilidad del cuidado de su familiar, lo que lleva a una situación de desbordamiento en el seno de la familia que, la única solución que encuentra para hacerle frente, es el internamiento de su familiar mediante la petición de medidas coactivas<sup>61</sup>.

A esto se le une que, en la mayor parte de los casos, no disponen de apoyos institucionales que les ayuden a enfrentarse a la situación.

En el año 2013 la Confederación Salud Mental España redacta el documento *Medidas terapéuticas para evitar tener que recurrir a medidas coactivas*<sup>62</sup>, en el que defienden un

tratamiento integral para cada individuo: plan de atención individualizado, equipo de apoyo familiar y equipo multidisciplinar dentro de los centros de Salud Mental.

### 6.2.6 Aspectos legales en relación al enfermo mental

Los prejuicios existentes entre las personas que elaboran o proponen las leyes, las impregnan de ideas erróneas o injustas acerca de las personas con enfermedad mental, repercutiendo en una disminución de la calidad de vida, tanto de los afectados como de sus familias, no permitiendo que sean considerados sujetos de pleno derecho y que ejerzan su derecho a la ciudadanía<sup>63</sup>.

Según el psiquiatra y sociólogo Marcelino López, resulta necesario una evolución en todos los ámbitos, también en el desarrollo y aplicación de leyes que conduzca a un proceso transición entre los términos “loco” que hace referencia a peligrosidad y a reclusión y “enfermo” que hace referencia a aquella persona que necesita atención sanitaria, hacia ciudadano<sup>64</sup>.

En cuanto a la legislación de las personas con enfermedad mental, encontramos dos enfoques diferentes<sup>65</sup>, aunque no existe evidencia científica de que uno sea más efectivo que otro.

Una legislación específica que recoge los derechos y libertades de las personas con enfermedad mental. Es criticada porque trata la enfermedad mental de manera monográfica y, en consecuencia, reproduce el estigma social, aunque es fácil de adoptar y promulgar.

Una legislación dispersa que introduce cambios en las leyes generales existentes, generando menos estigma, pero siendo más difícil de implementar, ya que requiere la revisión y la modificación de la legislación existente.

Según reconoce la OMS<sup>66</sup>, ambas estrategias presentan ciertas carencias en la aplicación práctica de las leyes, lo que dificulta la integración de las personas con enfermedad mental.

En España, tras la dictadura franquista, se lleva a cabo una reforma psiquiátrica, basada en una legislación dispersa, por lo que, aunque no existe una legislación específica, están recogidos los derechos de las personas con enfermedad mental. Empezando con la elaboración y aprobación de la Constitución española, donde se restablece el concepto de ciudadano, continuando con la Ley General de Sanidad (Ley 14/86) donde se iguala a las personas con trastorno mental con los que requieren atención socio sanitaria y se fomenta que los servicios de salud mental se integren en el sistema sanitario, y pasando por el Código Penal (Ley Orgánica 10/95) que abole la Ley de Peligrosidad Social de 1970, otorgando seguridad jurídica a las personas con enfermedad mental, reconociéndose a largo de todos estos años los derechos de estas personas con enfermedad mental<sup>65</sup>.

Pero la elaboración y aprobación de las leyes no depende solo del poder legislativo, sino también del poder ejecutivo, por el que son inspiradas y proyectadas.

El proyecto de reforma del Código Penal realizada en enero del 2014 vulnera los derechos constitucionales de las personas con enfermedad mental, ya que la norma propuesta relaciona peligrosidad con enfermedad mental. Según señala Larrañaga, vicepresidente de la Federación

de Asociaciones de familiares y personas con enfermedad mental, abre la posibilidad de que “una persona con enfermedad mental pueda estar más tiempo recluida que otra que cometa el mismo hecho delictivo y no tenga una enfermedad mental, lo que choca con el principio constitucional de igualdad”<sup>29</sup>. Sin embargo, la mayoría de los grupos parlamentarios asumen la retirada de estas medidas de seguridad que prorrogan indefinidamente el internamiento de personas con enfermedad mental, desestimándose en el documento final. Durante la discusión de esta reforma, son varias las personas expertas del mundo de la psiquiatría y la rehabilitación psicosocial que valoran las consecuencias de la misma sobre las personas con trastorno mental, entre ellas, el Defensor del Pueblo del País Vasco, el comisionado de la Convención de personas con discapacidad de la Organización de Naciones Unidas (ONU) o los miembros del Consejo General del poder judicial<sup>67</sup> que la definen como inadmisibles.

Una de las principales críticas con respecto a la *Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia* (Ley 39/2006) tiene que ver con que el baremo utilizado para valorar la situación de dependencia de las personas con trastorno mental, no se ajusta a su situación, ya que se centra en las dificultades físicas el desempeño de las actividades básicas de la vida diaria, y no tiene en cuenta las situaciones que, de manera particular, afectan a estas personas como las de funcionamiento psicosocial o de autonomía. Esto tiene consecuencias negativas a la hora de acceder a las ayudas a las que tienen derecho.

Por otro lado, entre los modelos de atención comunitaria en salud mental aprobada en la Ley General de Sanidad y en la Ley de Dependencia existe una cierta incompatibilidad. El primero, basado en la mejora de la autonomía de la persona, primando la integración sociolaboral de la misma, así como su empoderamiento a través de asociaciones; el segundo, caracterizado por la concesión de ayudas económicas, por la condición de dependiente, criticado por perjudicar a las personas con enfermedad mental debido a la falta de conocimientos de los legisladores acerca de la singularidad de estas enfermedades<sup>68</sup>.

### **6.2.7 Ámbito de los servicios sociales y red de dispositivos de atención a la salud mental**

El ámbito de los servicios sociales es frecuentado por las personas con enfermedad mental con cierta frecuencia, hospitales de día, Centros de Rehabilitación Laboral, Centros de Rehabilitación Psicosocial, etc. relacionándose con los profesionales que allí desarrollan su trabajo, profesionales de la psicología, el trabajo social, la educación social o la terapia ocupacional entre otros.

A pesar de la formación que reciben estos profesionales, forman parte de la sociedad, por lo que también les afecta alguno de los estereotipos ligados a la persona con enfermedad mental. Según el estudio *Estigma y enfermedad mental*, estos profesionales no presentan los estereotipos más frecuentes de la población en general como la peligrosidad o el rechazo, ni tampoco los más frecuentes entre los profesionales sanitarios como el paternalismo, la infantilización, actitudes de deshumanización o expectativas bajas de recuperación. Sin embargo, este estudio señala que son frecuentes actitudes estigmatizantes como la compasión, consecuencia de la gran cantidad de tiempo que pasan con ellos, la coacción para el cumplimiento del tratamiento y el uso de etiquetas o de un lenguaje estigmatizador, que,

algunas veces tienen consecuencias negativas tanto para los propios enfermos mentales como para los usuarios de los centros donde trabajan<sup>7</sup>.

Este estigma social es tan fuerte que se extiende al personal que les atiende, lo que les conduce, a veces, a ocultar su ocupación por temor al rechazo social. Además de materializarse en los vecinos que viven en el entorno cercano en forma de paternalismo, tolerancia fría o directamente en rechazo social<sup>23</sup>.

### 6.2.8 Ámbito penitenciario

Según el Código Penal, las personas que tienen una enfermedad mental y cometen un delito no son imputables, debido a una pérdida de voluntad por la enfermedad mental. En principio, no tienen que ir a prisión sino a un establecimiento adecuado al tipo de alteración psíquica que presenta, en España el hospital Psiquiátrico de Sevilla, el de Alicante y la sección psiquiátrica de Barcelona. El objetivo de estas medidas es, en primer lugar, que la persona no pueda dañar a su víctima y, en segundo lugar, tiene una función terapéutica, debido a que el delito se produjo cuando el individuo sufría problemas de salud mental<sup>69</sup>.

La situación que viven las personas con enfermedad mental que son privadas de su libertad es especialmente difícil, siendo un colectivo muy vulnerable.

El 84 por ciento de personas privadas de libertad han padecido algún tipo de enfermedad mental en su vida, siendo el más prevalente el trastorno por consumo de sustancias, seguido por episodios de ansiedad y el trastorno afectivo, cifras significativamente superiores a los de la población en general que generan la necesidad de prestar una asistencia integral en salud mental a la población reclusa<sup>70</sup>.

Investigaciones recientes apuntan a que las razones por las que tantas personas con enfermedad mental cumplen su condena en una prisión ordinaria son diversas: la enfermedad mental pasa desapercibida durante la causa penal, los juicios rápidos, que no se pueda acreditar la inimputabilidad o por deficiencias en la aplicación de la ley<sup>71</sup>.

Aunque en el centro penitenciario reciben tratamiento farmacológico y psicosocial, prevalecen las actitudes paternalistas con respecto a los reclusos que padecen una enfermedad mental y un cierto grado de compasión con aquellos que presentan una adicción a sustancias. El principal problema reside en proporcionar continuidad a los cuidados una vez que salen de prisión, ya que este colectivo presenta un doble estigma, el relacionado con su enfermedad mental y el que se asocia a haber estado en prisión, aun más estigmatizante para ellos que la enfermedad mental que padecen<sup>29</sup>.

Existe una falta de recursos para estas personas, que no son bien recibidos en los servicios para los reclusos debido a su enfermedad ni en los servicios para personas con trastornos mentales debido a que son considerados delincuentes, dando lugar a situaciones de discriminación y vulneración de los derechos humanos<sup>67</sup>.

### 6.2.9 Escasez de recursos en el ámbito de salud mental

Con respecto a los servicios públicos existentes y a la prestación de asistencia sanitaria, en el servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, la psicosis es la patología que presenta un mayor impacto dentro de las enfermedades mentales. Según el Plan de Salud Mental de Cantabria 2015-2019, existen dispositivos hospitalarios y ambulatorios adecuados que permiten el tratamiento de los pacientes y sus familias en las distintas etapas de la psicosis<sup>12</sup>.

Sin embargo, con respecto al tratamiento de la comorbilidad entre conductas adictivas y otros trastornos mentales graves, la denominada patología dual, se evidencia que existe una clara descoordinación producida por la existencia de dos redes asistenciales (salud mental y drogodependencias). Este hecho conlleva consecuencias negativas en muchos pacientes, que sufren el “síndrome de la puerta equivocada” al no saber cuál es la puerta de acceso para su trastorno, lo que les lleva a deambular entre las dos redes, la mayoría de las veces sin encontrar una solución adecuada<sup>12</sup>.

A pesar de que España se encuentra a la cabeza de Europa en lo que respecta a la prevalencia de la depresión, siendo la causa más importante de años perdidos de vida debido a la discapacidad, en Cantabria, hasta el momento, no se ha puesto en marcha ninguna acción específica en relación a las tres prioridades de actuación determinadas por la Federación Mundial para la Salud Mental y la OMS: prevención, manejo y reducción de la carga producida por la depresión<sup>12</sup>.

Según manifiesta el documento publicado por la OMS *Public health action for the prevention of suicide*<sup>37</sup>, el suicidio es la primera causa de muerte en España debido a factores externos, incluso por delante de los accidentes de tráfico. Durante el año 2013 se registraron en nuestra comunidad 42 muertes por esta causa. Por ello, se plantea un programa de actuación regional de prevención y abordaje del suicidio para disminuir la tasa de suicidios y de conductas suicidas<sup>11</sup>.

En cuanto a los trastornos de personalidad, que afectan a casi una cuarta parte de la población, se ha comprobado que su detección y diagnóstico es muy inferior a la prevalencia estimada. En este sentido, existe un gran desconocimiento por parte de los profesionales sanitarios acerca del tratamiento de estos trastornos, lo que conduce a una visión negativa del mismo. Esto tiene importantes consecuencias, en la medida en que la percepción pesimista de los profesionales se une a la de los pacientes, reforzándose la idea negativa sobre la evolución de esta patología. A esto se añade que en Cantabria se dispone de escasos programas terapéuticos orientados específicamente a estos trastornos<sup>11</sup>.

El documento *La salud mental de las personas mayores*<sup>72</sup> valora que un 35 por ciento de la población mayor de 65 años necesita atención debido a problemas de salud mental, siendo la depresión y la ansiedad las patologías más prevalentes en estas últimas etapas de la vida. También son muy frecuentes los trastornos derivados del uso del alcohol, sobre todo en hombres solteros o divorciados que sufren exclusión social. Representa el colectivo con mayor índice de suicidios, alcanzando la mayor cifra los mayores de 85 años. En Cantabria no se

dispone de un programa de atención psicogeriátrica que garantice una asistencia adecuada a las personas mayores<sup>12</sup>.

Con respecto a los problemas de salud mental en la edad infantojuvenil, según datos del *Libro Blanco de la Psiquiatría del Niño y del Adolescente* de la fundación Alicia Koplowitz<sup>73</sup>, uno de cada cinco niños padecerá a lo largo de su vida un problema de conducta o de desarrollo emocional y, sin embargo existe una falta de recursos y de profesionales específicamente formados en lo referente a la prevención, diagnóstico y tratamiento desde un enfoque multidisciplinar por parte del Sistema Nacional de Salud. En Cantabria no se dispone de una unidad de ingreso hospitalario específica, ni de recursos para el tratamiento de larga duración para niños y adolescentes. A esto se añade la carencia de sistemas de evaluación y registro de estos problemas<sup>12</sup>.

### Capítulo 3: Inclusión. Atención sociosanitaria y red de dispositivos en Cantabria

Después de describir todas las circunstancias sociales adversas que rodean a la enfermedad mental, he creído necesario analizar la red de asistencia psiquiátrica disponible en nuestra comunidad.

Estos dispositivos dan respuesta a las dificultades en el funcionamiento psicosocial y las capacidades de las personas que padecen un trastorno mental, teniendo en cuenta no solo los aspectos psiquiátricos, sino también sus necesidades sociales, con la finalidad de evitar situaciones de exclusión y de proporcionarles oportunidades de rehabilitación e integración social normalizada. Se debe tener en cuenta que el grado de discapacidad y gravedad varía, desde situaciones de remisión de los síntomas y un nivel de funcionamiento normal, personas independientes e integradas socialmente, hasta personas en las que la gravedad de su enfermedad y el grado de deterioro general hacen necesaria una supervisión constante, incluyendo a las que recaen, que requieren no solo atención y tratamiento psiquiátrico, sino también apoyo social y programas de rehabilitación que les posibilite la recuperación de su autonomía y poder vivir lo más integrado e independiente en la comunidad.

Según en el *Plan de Salud Mental de Cantabria 2015-2019*, los dispositivos sanitarios disponibles en Cantabria incluyen tanto una red de salud mental como una red de servicios sociales, con el objetivo de conseguir que la persona que padece un trastorno mental tenga las mejores condiciones posibles para poder mantener una vida autónoma, dando una gran importancia a una actuación individualizada que se adapte a las necesidades clínicas y sociales de cada persona, que recoja sus preferencias y sus intereses considerándole capaz de intervenir en la planificación de su futuro<sup>12</sup>.

El mapa sanitario autonómico de Cantabria está conformado por cuatro Áreas de Salud (AS) y 42 Zonas Básicas de Salud (ZBS). Las áreas de salud son Santander con 20 ZBS, Torrelavega con 12 ZBS, Laredo con 8 ZBS y Reinosa con 2 ZBS.

La red de salud mental de Cantabria está conformada por:

- Unidades de Salud Mental (USM).
- Unidad de Salud Mental Infanto Juvenil (USMIJ).
- Unidades de Trastornos de la Conducta Alimentaria (UTCA).
- Hospitalización Psiquiátrica de Corta Estancia.
- Centro de Rehabilitación Psiquiátrica.
- Hospitalización de Media y Larga Estancia.
- Unidades de Atención ambulatoria de Drogodependencias.
- Centro de rehabilitación y Reinserción de Drogodependientes.

a) Unidades de salud mental

Constituyen el dispositivo básico de la red de atención especializada de la comunidad, ya que proporcionan atención ambulatoria a personas que padecen una enfermedad mental

derivadas por los equipos de atención primaria o desde otros dispositivos de salud mental y atención a las urgencias psiquiátricas y a pacientes y grupos de crisis durante su horario de apertura. La Red de Salud Mental de Cantabria dispone de seis USM de adultos. El AS de Santander dispone de cuatro USM: USM Puertochico, USM Antonio López, USM Vargas y USM Pas-Miera. Las AS de Reinosa y Torrelavega tiene asignada la USM de Torrelavega. El AS de Laredo cuenta con la USM de Laredo.

b) Unidades de salud mental infanto-juvenil

Son dispositivos que proporcionan asistencia ambulatoria especializada a los menores de 18 años que son enviados desde Atención Primaria y pueden prestar atención a casos urgentes durante su apertura, además de realizar labores de interconsulta en otros servicios del HUMV. Como se ha mencionado anteriormente, Cantabria no tiene camas de hospitalización para estos pacientes, por lo que cuando se requiere de hospitalización, se realiza en el servicio de Pediatría, en camas de hospitalización de adultos del HUMV o en otras Comunidades Autónomas.

Cantabria cuenta con dos USMIJ localizadas en Santander y Torrelavega. La USMIJ Santander proporciona atención a las ASM de Pas-Miera, Antonio López, Puertochico, Laredo y Vargas. La USMIJ Torrelavega presta cobertura a la misma área que la USM de adultos.

c) Unidades de Trastornos de la Conducta Alimentaria

Son dispositivos especializados en trastornos de la alimentación para todos los grupos de edad. Proporcionan atención a urgencias, atención ambulatoria, atención hospitalaria de día e interconsulta en el hospital. La UTCA de Santander realiza la hospitalización a tiempo completo en el HUMV y cuenta para ello con 4 camas.

En la Comunidad de Cantabria hay dos UTCA, una localizada en Santander que da cobertura a las ASM de Pas-Miera, Antonio López, Puertochico, Laredo y Vargas. Otra, ubicada en Torrelavega, atiende el mismo área que la USM.

d) Hospitalización Psiquiátrica de Corta Estancia

La Unidad de hospitalización de agudos ubicada en el Servicio de Psiquiatría del HUMV cuenta con 28 camas. Proporciona atención a toda la población de la Comunidad de Cantabria en:

- Urgencias psiquiátricas.
- Hospitalización psiquiátrica.
- Interconsulta psiquiátrica en el HUMV.

e) Centro de Rehabilitación Psiquiátrica

El hospital de Liencres presta asistencia a la población adulta con perfil de enfermedad crónica, ofreciendo hospitalización de día y completa, de media y larga estancia por tiempo indefinido. Cuenta con 50 camas.

f) Unidad de hospitalización psiquiátrica parcial.

El Hospital de día es una unidad para el tratamiento intensivo, personalizado y multidisciplinar de pacientes con patología psiquiátrica grave y aguda que necesitan unos cuidados mayores de los que se pueden ofrecer en las unidades de atención ambulatoria, y, que al mismo tiempo pueden permanecer en su entorno familiar y comunitario, combinando los beneficios de la asistencia hospitalaria con elementos importantes de la psiquiatría comunitaria. Está localizada en el área de psiquiatría de Valdecilla-Sur. Tiene cobertura para atender a 14 pacientes de forma simultánea.

I. Hospitalización de Media y Larga Estancia

La Comunidad de Cantabria amplía sus recursos con el concierto de 20 camas de asistencia hospitalaria de media y larga estancia con el Centro Hospitalario Padre Menni.

g) Unidades de atención ambulatoria de drogodependencias (UAD).

Son tres las UAD existentes en Cantabria, la UAD de Santander, la UAD de Torrelavega y la UAD de Laredo. Estas unidades prestan servicios de información y orientación, tratamiento libre de drogas, desintoxicación, mantenimiento con sustitutos opiáceos, atención sanitaria básica, detección de patologías y derivación a recursos sanitarios, educación para la salud, dispensación de preservativos, orientación sobre problemática jurídico-legal, orientación laboral y apoyo al proceso de integración social.

h) Centro de Rehabilitación y Reinserción de Drogodependientes

Ubicada en la Isla de Pedrosa (Pontejos) proporciona los mismos servicios que las UAD, además de talleres ocupacionales. Cuenta con 24 plazas.

Entre los dispositivos socio sanitarios de los que dispone la red de salud mental de Cantabria se encuentran:

- Centros de rehabilitación psicosocial.
- Centro ocupacional ASCASAM (Asociación Cántabra Pro Salud Mental).
- El Proyecto INICIA.
- Dispositivos residenciales.
- Pisos tutelados.
- Fundación tutelar Marqués de Valdecilla.

a) Centros de rehabilitación psicosocial (CRPS)

Existen siete CRPS concertados con un total de 319 plazas destinadas a adultos con problemas psiquiátricos crónicos que presentan déficits de autonomía funcional y social. En estos centros realizan actividades individuales y familiares destinadas a mejorar la calidad de vida del enfermo y de su familia, favorecer la adquisición o recuperación de destrezas, habilidades y competencias, potenciar su integración en la comunidad, disminuir el riesgo de marginalización y de institucionalización, favorecer el regreso a la comunidad de los enfermos hospitalizados en las Unidades de larga estancia. Para ello cuentan con diferentes programas asistenciales, de entrenamiento, de rehabilitación cognitiva, de psicomotricidad y ejercicios motóricos, de autocuidados y actividades de la vida diaria y de habilidades sociales.

- I. ASCASAM: Santander, Colindres y Reinosa.
- II. Centro Hospitalario Padre Menni: Santander y Torrelavega.
- III. CRPS de Santander.
- IV. CRPS de Reinosa.

b) Centro ocupacional

El Centro ocupacional ASCASAM gestiona un centro con 32 plazas destinado a aquellas personas con problemas de salud mental que han terminado su periodo de estancia en un CRPS y que presentan déficits de hábitos y habilidades para integrarse en un programa de formación o integración laboral. Está ubicado en Santander.

c) Proyecto INICIA

Un programa de formación y empleo desarrollado por Padre Menni, ASCASAM y Amica (asociación formada por personas con discapacidad, familiares y profesionales) apoyado por la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales destinado a personas con problemas de salud mental crónica de entre 18 y 50 años, motivados para comenzar su proceso de inserción laboral. Presta apoyo a la inserción sociolaboral, en el acceso a recursos comunitarios de formación y empleo, al uso de recursos laborales y sociales existentes. Se encuentra en Santander.

d) Dispositivos residenciales

Están gestionados por varias entidades, con un total de 37 plazas distribuidas entre una minirresidencia y varios pisos tutelados.

e) Fundación Tutelar Marqués de Valdecilla

Encargada de la tutela y guarda de personas con enfermedades mentales cuando no pueden ser realizadas por sus familiares.

## 7. Conclusiones

1. El estigma en los enfermos mentales está presente desde los orígenes de la historia y pese a haber ido disminuyendo con el paso del tiempo aún persiste en nuestra sociedad.
2. El estigma se manifiesta socialmente con prejuicios, actitudes negativas y discriminación, limitando las posibilidades de relación de estos pacientes y conduciendo a la autoestigmatización.
3. Los medios de comunicación alimentan los estereotipos negativos sobre la salud mental, lo que perpetúa el estigma en la sociedad, pese a que en ocasiones contribuyen de manera positiva en este tema, sensibilizando a la población, informando, denunciando injusticias y ayudando a modificar la percepción de la sociedad sobre los trastornos mentales.
4. La exclusión social supone una acumulación de carencias que afectan a todas las dimensiones de la vida de la persona: empleo, acceso a los servicios de salud, educación, familia, servicios sociales y dispositivos de atención, aspectos legales y ámbito penitenciario.
5. La exclusión social implica la ruptura del vínculo social, la privación de derechos sociales y, en definitiva, la desigualdad y puede afectar negativamente a la salud de las personas que la padecen.
6. Existe una red de dispositivos de atención socio sanitaria en la comunidad de Cantabria que incluye tanto una red de salud mental como una red de servicios sociales que mejoran las condiciones de la persona que padece un trastorno mental para poder mantener una vida autónoma, teniendo en cuenta sus preferencias e intereses.
7. La red de salud mental de Cantabria está formada por seis Unidades de Salud Mental, dos Unidades de Salud Mental Infanto Juvenil, dos unidades de Trastorno de la Conducta Alimentaria, una Unidad de Hospitalización de agudos, un Centro de Rehabilitación Psiquiátrica en Liencres, una Unidad de Hospital de Día, el Centro Hospitalario Padre Menni que proporciona atención hospitalaria de media y larga estancia, tres Unidades de Atención de Drogodependencias y un Centro de Rehabilitación y Reinserción de Drogodependientes.
8. Entre los dispositivos sanitarios de los que dispone la Comunidad de Cantabria se encuentran siete Centros de Rehabilitación Psicosocial, un Centro ocupacional, el proyecto INICIA desarrollado por Padre Menni, la Asociación Cántabra pro Salud Mental y Amica, una minirresidencia, varios pisos tutelados y la Fundación tutelar Marqués de Valdecilla.

## 8. Reflexión personal

Los profesionales sanitarios tenemos una posición privilegiada para poder participar en la integración y luchar contra el estigma, impulsando y motivando el cambio que ayude a mejorar la situación de las personas que padecen una enfermedad mental.

La mejor herramienta de la que disponemos para conseguirlo es realizar una educación sanitaria que fomente un cambio de mentalidad que ayude a derribar las barreras que levanta el estigma, informando de lo que es la enfermedad mental y de la realidad de las personas que padecen una enfermedad mental, ya que es la desinformación, los mitos y las falsas creencias las que promueven el estigma en la sociedad y que no permite a las personas que padecen una enfermedad mental el ejercicio de una ciudadanía plena en la sociedad en la que vivimos.

Con el objeto de comprobar la importancia de la relación entre los conocimientos que poseen las personas y la integración de las personas que padecen una enfermedad mental en la sociedad, he utilizado el *Informe de resultados*<sup>74</sup> encargado por ACH&Asociados, una consultora independiente de Comunicación y Relaciones Públicas, que realizó una investigación para analizar la implicación de la sociedad española frente a las enfermedades mentales. Para ello entrevistó a 3215 personas mayores de 14 años mediante entrevista telefónica asistida por ordenador.

Entre las conclusiones de este estudio podemos encontrar:

- El 75 por cien de las personas entrevistadas consideran que las personas con enfermedad mental no están integradas en la sociedad.
- El 90 por cien considera necesario una mayor integración para mejorar su enfermedad.
- El 55 por cien considera posible la mejoría de la enfermedad mental.
- La mayoría de los encuestados (82 por cien) están de acuerdo en que las ayudas y asistencias son insuficientes.
- El 71 por cien prefiere que el Estado proporcione a las personas que padecen una enfermedad mental una red de dispositivos en vez de asignarles una prestación económica fija (25 por cien).
- La mayoría coincide en que la terapia ocupacional (90 por cien), el trabajo (85 por cien) y la formación (84 por cien) son imprescindibles para su recuperación.
- Aunque solo el 40 por cien de los encuestados conoce alguna persona que padece una enfermedad mental y solo algo más de la mitad piensa que pueden mejorar, según el estudio se observa una gran sensibilización sobre la necesidad de una mayor integración, de mayor ayuda y asistencia.

En definitiva, los conocimientos que poseen las personas presentan una relación directa con la integración de las personas que padecen una enfermedad mental en la sociedad, por lo que cobra gran importancia la educación para la salud.

## 9. Referencias bibliográficas

- (1) Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental. Libro Verde. Comisión Europea; 2005.
- (2) Moreno GA. La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinarianidad. Revista Universitaria de Investigación. 2008;9(1):93.
- (3) Badallo Carbajosa A. Estigma y Salud Mental. Madrid: Editorial Grupo 5; 2012.
- (4) Mahler H. El sentido de la salud para todos en el año 2000. Organización Mundial de la Salud. Ginebra; 1999.
- (5) Ylla L, Ozamiz A, Guimon J. Sociedad, cultura y actitudes hacia la enfermedad mental. Psiquis. 2012;3:30-44.
- (6) García Laborda A. Formación en enfermería de salud mental. Rev. Asoc. Esp. de Neuropsiq. 2007;27(100):467-471.
- (7) Muñoz M, Crespo M, Pérez-Santos E, Guillén AI. Estigma Social y Enfermedad Mental. Análisis de las Actitudes de Rechazo Social y Estigmatización que sufren las personas con enfermedad mental grave y crónica. Resumen de Resultados de la Investigación. Madrid; 2006.
- (8) World Health Organization. The World Health Report 2001. Mental Health. New understanding, new hope. Geneva: WHO; 2001.
- (9) Wittchen HU, Jacobi F. Size and burden of mental disorders in Europe-a critical review and appraisal of 27 studies. European Neuropsychopharmacology: the journal of the European College of Neuropsychopharmacology. 2005;15(4):357-76.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15961293>
- (10) Lara E, Garin N, Ferrari AJ, Tyrovolas S, Olaya B, Sánchez-Riera L, Whiteford HA, et al. The Spanish Burden of Disease 2010: Neurological, mental and substance use disorders. Rev Psiquiatric Salud Ment. 2015;8:207-17.
- (11) Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Morbilidad Hospitalaria. Notas de prensa; 2015. <https://www.ine.es/prensa/prensa.htm>
- (12) Gobierno de Cantabria. Plan de Salud Mental de Cantabria 2015-2019. Cantabria: Consejería de Sanidad y Servicios Sociales; 2014.
- (13) Daniel 4:34-37. Santa Biblia. Antiguo y Nuevo Testamento. Gran Bretaña: Sociedades Bíblicas de América Latina; 2001.
- (14) Ventosa F. Cuidados psiquiátricos de enfermería en España-siglos XV al XX-una aproximación histórica. Madrid. Díaz de Santos; 2000.
- (15) Foucault M. Historia de la locura en la época clásica. México DF: Fondo de Cultura Económica; 2006.
- (16) Salaverry O. La piedra de la locura: inicios históricos de la salud mental. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2012;143-148.
- (17) Hipócrates. Sobre la enfermedad sagrada. Tratados Hipocráticos. Gredos. 1990.
- (18) León Castro HM. Estigma y enfermedad mental: un punto de vista histórico-social. Rev. Psiq Her Val. 2005; 33-34.
- (19) de Rotterdam E. Elogio de la locura. Coloquios. México. Ed Porrúa; 1990.
- (20) Skultans V. English Madness. Ideas in insanity 1580-1890. London: Routledge. 1979.
- (21) Schupbach W. A new look at the cure of folly. Med Hist. 1978;22(3):267-81.

- (22) Ahmedani BK. Mental Health Stigma: Society, Individuals and the Profession. *J Soc Work Values Ethics*. 2011;8(2):41-46.
- (23) Badallo A, García-Arias S, Yélamos S. La situación de estigmatización en el entorno de un recurso de rehabilitación psicosocial. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*; 2013.
- (24) Goffman E. *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Nueva York: Anchor Books; 1963.
- (25) Crocker J, Quinn MD. Psychological consequences of devaluated identities. *Blackwell handbook of social psychology: intergroup processes*;2002: 238-260.
- (26) Graber M, Bergus G, Dawson J, Wood GB, Levy BT, Levin I. Effect of a patient's psychiatric history on physicians' estimation of probability of disease. *J Gen Intern Med*. 2000;15:204-206.
- (27) Badallo A, García-Arias S, Yélamos S. La situación de estigmatización en el entorno de un recurso de rehabilitación psicosocial. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*; 2013.
- (28) Goffman E. *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Nueva York: Anchor Books; 1963.
- (29) Major B, Spencer S, Schmader T, Wolfe C, Crocker J. Coping with negative stereotypes about intellectual performance: The role of psychological disengagement. *Person Soc Psychol Bull* 1998;24(1):34-50.
- (30) Uribe Restrepo M, Mora OL, Cortés Rodríguez AC. Voces del estigma. Percepción de estigma en pacientes y familias con enfermedad mental. *Universitas Médica*. 2007;48(3):207-220.
- (31) Campo-Arias A, Herazo E. Estigma, prejuicio y discriminación en salud mental. *Rev Cienc Biomed*. 2013;4:9-10.
- (32) Confederación Salud Mental España. *Salud Mental e inclusión social. Situación actual y recomendaciones contra el estigma*. FEAFES en colaboración con el Ministerio de Sanidad y Consumo; 2015.
- (33) Muñoz M, Pérez E, Crespo M, Guillén A, Izquierdo S. La enfermedad mental en los medios de comunicación: un estudio empírico en prensa escrita, radio y televisión. *Revista de Psicología Clínica y Salud*. 2011;22(2):157-173.
- (34) Mena AL, Bono A, López A, Díaz D. Reflexiones en torno a la sensibilización de los medios de comunicación sobre el estigma de la enfermedad mental. *Rev Asoc Esp neuropsiq*. 2010;30(108):597-611.
- (35) López M. Medios de comunicación, estigma y discriminación en salud mental. Elementos para una estrategia razonable. *L'Information Psychiatrique*;10(83):793-799.
- (36) Gallardo J. El análisis de la enfermedad mental en las noticias de internet. *Ámbitos: Revista Andaluza de Comunicación*. 2011;20:43-68.
- (37) Organización Mundial de la Salud e International Association of Preventing Suicide. *Preventing suicide. A resource for media professionals*. Department of Mental Health and Substance Abuse; 2008.
- (38) Confederación Salud Mental España. *Aumenta el interés por la salud mental en medios de comunicación*; 2017.
- (39) Sanjuan AM. El estigma de los trastornos mentales: discriminación y exclusión social. *Quaderns de psicologia. International journal of psychology*. 2011;13(2): 7-17.
- (40) Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Instituto Nacional de Estadística. *Encuesta Nacional de Salud*. España; 2015.

- (41) Orihuela T, Gómez P. Población con enfermedad mental grave. Colección Estudios e Informes del Observatorio de la Discapacidad. Serie Estudios nº 9. IMSERSO; 2003.
- (42) Alba L. Familia y práctica médica. *Universitas Médica*. 2012;53(2):166-187.
- (43) Pérez C. Salud Mental y empleo. Reduciendo las desigualdades en salud: incrementar el número de personas con problemas de salud mental (leves y moderados) que permanecen trabajando mientras reciben tratamiento, Programa de Fomento del Empleo y la Solidaridad Social de la Unión Europea (PROGRESS). Servicio Andaluz de Salud; 2012.
- (44) López M, Laviana M, Fernández L, López A, Rodríguez AM, Aparicio A. La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Rev Asoc Esp de Neuropsiq*. 2008;28(1).
- (45) Hernández C. Una aproximación al maltrato a pacientes con trastornos mentales. *Nubia*; 2011.
- (46) López M, Laviana M, López A. Estigma social, violencia y personas con trastornos mentales graves. *Rev Asoc Esp de Neuropsiq*. 2009;27(8):187-223.
- (47) Confederación Salud Mental España. Informe sobre el estado de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales. FEAFES en colaboración con el Ministerio de Sanidad y Consumo; 2015.
- (48) Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategias de lucha contra el estigma en salud mental. *Dossiers del Tercer Sector*; 2013.
- (49) Organización de las Naciones Unidas. Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad; 2006.
- (50) Campo-Arias A, Celina H, Herazo E. Estigma: barrera de acceso a servicios en salud mental. 2014;43(3).
- (51) Ibáñez B, Pérez C, Barrios M, Buzón M, Ramírez M, Rosa M. Influencia del estigma en la atención a pacientes con trastorno mental que padecen dolencias físicas. *Revista presencia*. 2014;10(20).
- (52) Gil Santiago H, Winter Navarro M, León Pérez P, Navarrete Betancort E. El estigma hacia personas con enfermedad mental en profesionales sanitarios del hospital general. *Norte de Salud Mental*. 2016;55(14).
- (53) Olbrisch M, Benedict SM, Ashe K, Levenson J. Psychosocial assessment of organ transplant patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2002;70(3):771-83.
- (54) León B. Salud mental en las aulas. La salud mental de las personas jóvenes en España. *Revista de estudios de juventud*. Madrid. 2009;84.
- (55) Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. Ley Orgánica 2/2006, de 3 de Mayo, de Educación. Disponible en : <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2006-7899>
- (56) Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. Ley 14/1986, de 25 de abril, Ley general de Sanidad. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1986-10499>
- (57) Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. Gobierno de España. LOMCE paso a paso: Atención a la diversidad en la Educación Primaria; 2015. Disponible en <https://www.lomce.es>
- (58) León B. Salud mental en las aulas. La salud mental de las personas jóvenes en España. *Revista de estudios de juventud*. Madrid. 2009;84.
- (59) González-Badía J, Sala E, Hermoso E. mejora del tratamiento de las personas con enfermedades mental en las Universidades Públicas. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Real Patronato sobre Discapacidad; 2012.

- (60) Uribe M, Mora OL, Cortés AL. Voces del estigma Percepción de estigma en pacientes y familias con enfermedad mental. *Universitas Médica*. 2007;48(3).
- (61) Maluenda J, Ceballos I. La familia en la Asociación Vizcaína de Familiares y Personas con Enfermedad Mental. *Apuntes AFIVES. Cuaderno Técnico nº5*; 2014.
- (62) Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental. Medidas terapéuticas para evitar tener que recurrir a medidas coactivas; 2013. Disponible en: <https://consaludmental.org/publicaciones/Medidasterapeuticas-mayo2013.pdf>
- (63) Draine J. Mental health, mental illnesses, poverty, justice, and social justice. *Am J Psychiatr Rehab*. 2013;16:87-90.
- (64) López M, Fernández L, Laviana M, Aparicio A, Perdiguero D, Rodríguez A. Salud mental: imágenes y realidades. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*;30(106):219-248.
- (65) González O. Enfermedad mental, estigma y legislación. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*;29(104):471-478.
- (66) Organización Mundial de la Salud. Legislación sobre Salud Mental y Derechos Humanos (Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de Salud Mental). Editores Médicos; 2003.
- (67) ARARTEKO. La atención socio-sanitaria a la salud mental de las personas privadas de libertad en la Comunidad Autónoma del País Vasco. Defensoría del Pueblo del País Vasco; 2014.
- (68) Sobrino T, Rodríguez F, Vallespi A, López M, López D, Rodríguez A, et al. Impacto de la Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia en las personas con trastorno mental grave. *Rev Asoc Esp de Neuropsiq*. 2012;23(114).
- (69) Ortiz A. Enfermedad mental y derecho penal: una realidad manifiestamente mejorable. Consejo General de la Abogacía Española; 2012. Disponible en: <http://www.abogacia.es/2012/11/07/enfermedad-mental-y-derecho-penal-una-realidad-manifiestamente-mejorable/>
- (70) Confederación Salud Mental España. Informe prevalencia de trastornos mentales en centros penitenciarios españoles: estudio PRECA; 2011. Disponible en: <https://consaludmental.org/publicaciones/EstudioPRECA.pdf>
- (71) Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad. Documento de Consenso de las comisiones de análisis de Casos de Personas con Enfermedad Mental sometidas a penas y medidas de seguridad. *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud*; 2012.
- (72) Jané-Llopis, E, Gabilondo, A. Mental Health in Older People. Consensus paper. Luxembourg: European Communities; 2008.
- (73) Libro Blanco de la Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Ed. Fundación Alicia Koplowitz; 2014.
- (74) Estudio sociológico sobre enfermedades mentales-SOCIEDAD. Informe de resultados. tns; 2005. <https://consaludmental.org>