



FACULTAD DE ENFERMERÍA

UNIVERSIDAD DE CANTABRIA

**“La lucha contra el Estigma Social en el Trastorno
Mental Grave. Intervenciones y recomendaciones
para su eliminación.”**

*“The fight against Social Stigma in Severe Mental Disorder. Interventions and
recommendations towards its eradication”.*

TRABAJO FIN DE GRADO

GRADO EN ENFERMERÍA

Curso 2017-18

Autor/a: María Cruz Gutiérrez Ruiz

Tutor/a: Sara Martínez de Castro

Santander, 11 de Junio de 2018.

Aviso responsabilidad UC

AVISO:

Este documento es el resultado del Trabajo Fin de Grado de un alumno, siendo su autor responsable de su contenido.

Se trata por tanto de un trabajo académico que puede contener errores detectados por el tribunal y que pueden no haber sido corregidos por el autor en la presente edición.

Debido a dicha orientación académica no debe hacerse un uso profesional de su contenido.

Este tipo de trabajos, junto con su defensa, pueden haber obtenido una nota que oscila entre 5 y 10 puntos, por lo que la calidad y el número de errores que puedan contener difieren en gran medida entre unos trabajos y otros,

La Universidad de Cantabria, la Facultad de Enfermería, los miembros del Tribunal de Trabajos Fin de Grado así como la profesora tutora/directora no son responsables del contenido último de este Trabajo.

“La locura no se puede encontrar en estado salvaje. La locura no existe sino en una sociedad, ella no existe por fuera de las formas de la sensibilidad que la aíslan y de las formas de repulsión que la excluyen o la capturan”.

Paul-Michel Foucault (1926-1984)

Índice.

Siglas y abreviaturas.	4
Resumen y Palabras Clave.	5
Introducción.	6
Justificación de elección del tema.	8
Objetivos.	9
Metodología y estrategia de búsqueda.	9
Descripción de los capítulos.	10
1. Capítulo 1: El Trastorno Mental Grave.	11
1.1. Definición.	11
1.2. Marco legal de la atención a las personas afectadas por un TMG.	11
1.3. Epidemiología.	12
1.4. Diagnóstico.	13
1.5. Características de las personas afectadas por TMG.	14
2. Capítulo 2: El Estigma.	15
2.1. Estigma, estereotipo, prejuicio y discriminación.	15
2.2. El proceso de estigmatización.	16
2.3. Tipos de estigma.	16
2.4. El estigma como barrera.	18
2.5. Instrumentos de medición del estigma.	18
2.6. Estigma y medios de comunicación.	19
3. Capítulo 3: La eliminación del estigma.	21
3.1. Intervenciones en la comunidad.	21
3.2. Estrategias de lucha contra el estigma y la discriminación.	25
4. Conclusión.	32
Referencias bibliográficas.	35
Bibliografía complementaria.	41
Glosario.	43
Anexos.	45

Siglas y abreviaturas.

AVIFES	Asociación Vizcaína de Familiares y Personas con Enfermedad Mental.
CAMI	Escala de Actitudes hacia la Enfermedad Mental.
CIE-10	Clasificación Internacional de Enfermedades. Décima Revisión.
CRL	Centro de Rehabilitación Laboral.
CRPS	Centro de Rehabilitación Psico-Social.
DSM-5	Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Quinta Revisión.
EEAG	Escala de Evaluación de la Actividad Global.
ENSE	Encuesta Nacional de Salud.
ESEMeD	Estudio Europeo de la Epidemiología de los Trastornos Mentales.
FAISEM	Fundación Andaluza para la Integración Social de las Personas con Enfermedad Mental.
FEAFES	Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental.
FEDEAFES	Federación de Euskadi de Asociaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental.
HUMV	Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.
INE	Instituto Nacional de Estadística.
LGS	Ley General de Sanidad. Ley 14/1986 de 25 de Abril.
NIMH	Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos.
OMI	Escala de Opiniones sobre la Enfermedad Mental.
OMS	Organización Mundial de la Salud.
PAFIP	Programa Asistencial de las Fases Iniciales de la Psicosis.
TMC	Trastorno Mental Común.
TMG	Trastorno Mental Grave.
TFG	Trabajo Fin de Grado.
UMASAM	Unión Madrileña de Salud Mental.
WPA	World Psychiatric Association. Asociación Mundial de Psiquiatría

Resumen.

Las personas que sufren trastornos mentales pueden llegar a sufrir duros procesos de estigmatización que influyen de manera patológica en su bienestar, en su recuperación y en su adaptación a la sociedad. Esto es debido a que tanto ellos como sus familias deben afrontar una doble dificultad para lograr su recuperación; la propia enfermedad en sí misma y las discriminaciones que reciben de la sociedad por padecerla. Todo esto supone una agudización de la enfermedad y un acceso dificultoso a los servicios sanitarios; así como una limitación de la satisfacción de una vida plena a todos los niveles, tanto personal, como profesional y social.

Sin embargo, en los últimos años se están llevando a cabo importantes intervenciones en la lucha contra el estigma social de las personas con enfermedad mental, desde los diferentes ámbitos: paciente, familia, profesionales sanitarios, población general y los medios de comunicación. Este trabajo, pretende recoger las principales estrategias aplicadas desde los ámbitos judicial, social, familiar y sanitario, en concreto por enfermería para la recuperación de la Salud Mental, así como reflexionar sobre la evidencia disponible de estas intervenciones.

PALABRAS CLAVE:

Estigma Social, Salud Mental, Discriminación, Enfermería Psiquiátrica, Trastornos Mentales.

Abstract.

People suffering from mental disorders may endure severe stigmatization processes causing a pathological impact on their well-being, their recovery and their adjustment to society. This is due to the fact that not only them but also their families have to face a twofold hardship to achieve their recovery; the medical condition itself and the discrimination they undergo from society because of it. All this implies an exacerbation of the disease, leading to a challenging access to health services. What is more, it may restrict the gladness of a fulfilling life at all levels, such personal, professional and social.

Nevertheless, in recent years major interventions have been carried through in the battle against the social stigma of those suffering from mental disorders, from diverse fields: patient, family, healthcare professionals, the overall population and the media. This project aims to gather the main strategies implemented from several fields; judicial, social, familiar and healthcare, in particular by Nursing in recovery of mental health, as well as reflecting on the available evidence of these interventions.

KEY WORDS:

Social Stigma, Mental Health, Discrimination, Psychiatric Nursing, Mental Disorder.

Introducción.

En la actualidad, la definición más importante e influyente del concepto de salud, es sin lugar a dudas la de la Organización Mundial de la Salud, plasmada en su Constitución de 1948 y recogida en la Declaración de Alma Ata (Kazajistán, del 6 al 12 de septiembre de 1978) que dice:

*“La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”*¹

Es a partir de entonces cuando la Red de Asistencia Sanitaria Pública otorga a la Salud Mental un lugar preferente en el ámbito de actuación sanitaria. Pero esto no siempre fue así; dado que muchas y muy variadas han sido las etiquetas despectivas y negativas utilizadas para referirse a personas aquejadas de una enfermedad mental: locos, perturbados, dementes, chalados, chiflados, lunáticos... Se ha tardado siglos en visibilizar y dignificar la enfermedad mental. Para poder comprender el proceso de estigmatización que han sufrido los pacientes con trastorno mental a lo largo de la historia, es necesario conocer los cuidados enfermeros y tratamientos médicos a los cuales han sido sometidos según la cultura, época histórica o contextos económicos imperantes. Algunos ejemplos de intervenciones erradicadas son las trepanaciones craneales, los ayunos y las cadenas, hasta hace apenas unos 70 años, con las lobotomías realizadas para reducir la intensidad y la frecuencia de los síntomas de los desórdenes psiquiátricos.²

Históricamente, la enfermedad mental, tiene un origen místico o religioso, atribuyéndose ya en la Prehistoria, una causa divina a la enfermedad, motivo por el cual se la denominaba “La enfermedad sagrada” y que dio lugar a la práctica de las trepanaciones craneales documentadas desde hace más de cinco mil años, con el único fin de dejar salir los demonios que provocaban la locura.³ Estas creencias de considerar la locura como un castigo divino, se afianzan en la Alta Edad Media (S. V-XII),⁴ Sin embargo con la llegada de la Baja Edad Media (S. XII-XV), comienza una nueva corriente de pensamiento, que asocia la enfermedad mental al pecado, a la posesión diabólica o a los efectos de la brujería y donde el único tratamiento era la expulsión del demonio del cuerpo mediante el exorcismo.²

El Renacimiento, en los siglos XV y XVI, fue una época de gran esplendor en las artes y las ciencias, que trajo consigo una gran transformación cultural; sin embargo profundizó la visión demoníaca del “loco” asociada a la práctica de la brujería. El libro *Malleus Malleficarum*, o “El martillo de las brujas”, escrito por dos monjes dominicos en 1486, fue considerado el más famoso de los textos sobre brujería ya que durante tres siglos La Inquisición, lo utilizó para combatir los espíritus y por ende la enfermedad mental, propagándose esta idea por el mundo occidental, provocando un fuerte rechazo hacia el enfermo mental.²

A pesar de estas creencias, proliferó la aparición de los primeros manicomios donde los enfermos solían vestir con harapos o incluso mostrar su desnudez. Su aseo era deficiente y presentaban magulladuras y heridas en su cuerpo debidas en gran parte al tratamiento, basado en la tortura, el ayuno e incluso la hoguera para “liberar” el alma del “hereje”. Este aspecto físico, o las situaciones violentas que propiciaba el tratamiento, asustaban a la población; por lo que se opta por la exclusión social como forma de erradicar la locura mediante la expulsión de los enfermos mentales de las ciudades y de la vida pública,⁴ pasando a deambular por eternos caminos, de pueblo en pueblo siendo incluso introducidos en barcos a la deriva sin timón denominados *Stultifera Navis* o naves de los necios.⁵

Al llegar a la Edad Moderna (S. XV-XVIII), los enfermos mentales pasan a ser encerrados en asilos y hospitales generales, pero con poca asistencia, dado que pocos son los médicos interesados en el tratamiento del mal de la locura. En esta época el tratamiento de elección es el ayuno, las palizas, las duchas frías y el encierro, y al no existir espacios especializados,

permanecen hacinados junto con delincuentes, borrachos, pobres o prostitutas. Si estas intervenciones no resultaban efectivas, se les colocaba un cepo, o se les ataba a la pared con una cadena corta, agravando un proceso de estigmatización que duraría siglos.²

En cambio, en el siglo XVIII, comienzan los avances en el conocimiento de la enfermedad mental y con ellos un trato más humanizado. A nivel europeo, Philippe Pinel (1745-1826) médico francés, fue mundialmente conocido por liberar de las cadenas a los enfermos mentales, en París en 1794 y por proponer la creación de un cuerpo especializado de médicos, considerando que el paciente debe recuperar su orden natural mejorando el medio, con medidas higiénicas y fomentando las relaciones sociales.⁶ En esta línea, tampoco hay que olvidar que mucho antes, en 1410, el padre Joan Gilabert Jofré fue quien retiró inicialmente las cadenas a los “locos”, en el nuevo hospital de Valencia, Hospital d’Innocents, Follcs i Orats bajo el amparo de la Virgen, Sancta María dels Innocents de la ciudad de Valencia. En él, los internos, pasaron a ser reconocidos como enfermos mentales, necesitados de un tratamiento específico, enfocado a lo que hoy en día se conoce como terapia ocupacional. Y es a partir de este momento cuando se crea una clasificación que distinguiría a los enfermos curables, a los que se les ofrecía tratamiento, de los incurables, a los que se les proporcionaba alojamiento y custodia.⁷

Pese a los históricos avances en el cuidado de los enfermos mentales, no es hasta siglo XX, concretamente en los años 60, cuando mejora la discriminación social al surgir un movimiento denominado “antipsiquiatría”. Con él, se plantea que los trastornos psicóticos tienen una base relacional, y no una orgánica, estableciendo que si la patología tiene su origen en el contexto familiar y comunitario en el que vive el sujeto, es allí donde debe producirse la terapia, y no en un contexto hospitalario. Es por ello que comienzan las críticas severas a la represión institucional de los hospitales psiquiátricos, promovidos en gran medida por Michel Foucault (1926-1984) en su tesis doctoral “Locura y sinrazón: Historia de la locura en la época clásica”, con su idea de rechazo a la psiquiatría tradicional como las lobotomías o el encierro.⁸

Tras unos años de divergencia entre ambos movimientos, terminan encontrando un camino común: la desinstitucionalización del paciente, reduciendo el tiempo de internamiento y admitiendo la necesidad de reincorporar a estos enfermos en la sociedad. Esta nueva corriente, originó el cierre de los conocidos como manicomios, destinándose las camas hospitalarias sólo para situaciones agudas de la enfermedad y creándose hospitales de día, y centros de rehabilitación psicosocial.⁹

En España la reforma psiquiátrica fue tardía y estuvo ligada a la reconstrucción del estado democrático tras tres años de Guerra Civil y treinta y seis años de dictadura. Con la transición española que instauró la democracia en el país, quedaron sentadas las bases para la entrada en vigor de la Constitución Española el 29 de diciembre de 1978, como norma suprema del ordenamiento jurídico español, estableciendo en su artículo 43 el derecho a la protección de la salud y a la protección sanitaria de todos los ciudadanos.¹⁰

A partir de la Constitución se desarrolla en 1986 la Ley General de Sanidad, que apuesta por un Sistema Nacional de Salud y donde quedan incluidos los principios de una reforma psiquiátrica que garantizase una prestación universal. De este modo; en su artículo 20, establece que las personas con enfermedad mental, serán tratadas como cualquier otra persona que requiera de servicios sanitarios y sociales, fuera de las instituciones.¹¹ Así, la Ley dicta, entre otras cuestiones, que:

“La atención a los problemas de Salud Mental de la población se realizará en el ámbito comunitario, potenciando los recursos asistenciales a nivel ambulatorio y los sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio, que reduzcan al máximo posible la necesidad de hospitalización.”¹¹

Tras más de tres décadas de desarrollo de la ley, existe evidencia de la mejora en la atención psiquiátrica en España, tras el cambio del modelo asistencial, instaurando cuidados más allá del encierro, las contenciones o los fármacos, como la psicoeducación o la recuperación de las habilidades sociales, mediante la continuidad de los cuidados, consiguiendo así mejorar la imagen que del enfermo mental y de los servicios psiquiátricos tiene la sociedad.¹⁰

A pesar de los grandes avances históricos en el mundo de la Salud Mental, hoy en día persisten sobre estos pacientes, actitudes negativas y discriminatorias. En muchas ocasiones son menospreciados y desvalorizados, provocando en los pacientes reacciones como, la ansiedad, la humillación y la desesperación. Por ello, para que sean aceptados y tratados de forma digna, al igual que cualquier otra persona que padezca una alteración de tipo orgánico; es necesario eliminar todos los prejuicios establecidos, para evitar la exclusión social y facilitar la integración social, familiar y laboral.¹²

Justificación de elección del tema.

En España, a finales del siglo XX, con el proceso de la desinstitucionalización, los pacientes mentales encerrados en manicomios, en la mayoría de los casos en condiciones inhumanas, pasaron a considerarse ciudadanos con derecho a recibir un tratamiento adecuado a su patología, al igual que aquellos pacientes convalecientes de una enfermedad orgánica.

Durante los primeros años, tras el cierre de los manicomios, pudo constatarse que los servicios que la ley marcaba eran insuficientes, recayendo el cuidado del enfermo mental en las familias que no tenían ni formación ni apoyo de las instituciones. Sin embargo, a medida que han ido transcurriendo los años desde su puesta en marcha, la psiquiatría ha conseguido grandes avances en la atención al paciente mental a través de la rehabilitación psicosocial y los psicofármacos que han permitido una recuperación casi total de enfermedades mentales graves sin producir discapacidad.

A pesar de que la integración total de las personas que padecen un Trastorno Mental Grave está avalada por la medicina y respaldada por la legislación, la sociedad mantiene aún hoy en día, un concepto que sigue provocando temor y miedo por la visión de peligrosidad de este tipo de pacientes. Deben derribarse definitivamente los estereotipos y prejuicios que parten de la sociedad aún hoy en día por insociales y por injustos. El estigma es una de las barreras más importantes para el afrontamiento y la recuperación del enfermo mental; y la solución a ésta problemática pasa por su erradicación como objetivo prioritario.

Es por todo esto que surge el motivo de elección de este Trabajo Fin de Grado, como broche final a mi formación enfermera, para profundizar sobre los ámbitos de actuación y las intervenciones que llevan a cabo hoy en día los profesionales de diferentes ámbitos como el judicial, social, familiar, educativo y sanitario, en concreto por enfermería, para su eliminación.

Objetivos.

Objetivo principal:

El objetivo principal de la revisión bibliográfica en la que se basa el presente Trabajo Fin de Grado es:

- Analizar las intervenciones que se llevan a cabo hoy en día para la eliminación del estigma del paciente diagnosticado con Trastorno Mental Grave en todos los ámbitos de la sociedad, incluido el sanitario y por tanto la actuación de Enfermería.

Tras el establecimiento del objetivo principal y a medida que la investigación avanzaba, fueron surgiendo otros objetivos que se consideraron fundamentales para complementar el trabajo y que se detallan a continuación.

Objetivos específicos:

- Conocer el Trastorno Mental Grave, describiendo de manera exhaustiva tanto su definición como el marco legal que regula su asistencia, así como la epidemiología, el diagnóstico y las principales características que presentan quienes lo padecen.
- Analizar los diferentes tipos de estigma que existen.
- Conocer las repercusiones que ocasiona el estigma en las personas con Trastornos Mentales Graves.
- Describir los diferentes ámbitos en los que se debe intervenir para la erradicación del estigma.
- Identificar propuestas de actuación que contribuyan a la eliminación del estigma en los ámbitos: social, educativo, laboral, familiar, legislativo, de los medios de comunicación, red de dispositivos de atención al enfermo mental y el sanitario, haciendo especial mención en el colectivo enfermero.
- Analizar las imágenes y noticias que desde los medios de comunicación estigmatizan al Enfermo Mental Grave.

Metodología y estrategia de búsqueda.

La revisión bibliográfica que se ha llevado a cabo para la elaboración de este TFG se ha realizado durante los meses de Octubre a Mayo de 2017-18, estableciendo un marco cronológico de doce años (2005-2017) y consta de tres fases bien diferenciadas:

Fase 1: Se realiza una lectura de libros en soporte digitalizado.

Se ha analizado el libro “Estigma: La identidad deteriorada” del sociólogo y escritor Erving Goffman (1922-1982), publicado en 1963, descargado de la web; pues a pesar de quedar enmarcado fuera del rango temporal establecido, para el desarrollo de este TFG, ha sido consultado por su relevancia, al ser considerado una obra clásica por los expertos actuales.

Del mismo modo, fuera del marco cronológico establecido se ha tenido en cuenta para la redacción de la introducción y dentro del marco histórico de la enfermedad mental, la obra de Michel Foucault (1926-1984), psicólogo francés autor de “Locura y sinrazón: Historia de la locura en la época clásica” publicada en 1961, por su absoluto convencimiento de que la locura, no se trata solo de una entidad natural, sino fruto de un constructo social.

Fase 2: Se procede a la búsqueda y selección de artículos publicados en revistas científicas en bases de datos en los últimos doce años, para su posterior lectura y análisis, utilizando los siguientes Descriptores en Ciencias de la Salud: Estigma Social, Salud Mental, Discriminación, Enfermería Psiquiátrica, Trastornos Mentales.

Se han consultado las siguientes bases de datos por ser las más acreditadas en el ámbito sanitario: CUIDEN plus: Base de datos de investigación en cuidados de la salud, Ciber Index, Cochrane Library Plus en Español, Documed, Psycodoc: Base de datos bibliográfica de Psicología, PsycINFO y PubMed - Medline.

Fase 3: Se han revisado otras fuentes digitales como Google Académico y webs oficiales:

- Organización Mundial de la salud (OMS): Disponible en <http://www.who.int/es/>
- Biblioteca Virtual Marquesa de Pelayo. Disponible en <http://s-hmv.c17.net/index.php/opac/opac/action/default/>
- Instituto Nacional de Estadística (INE): Disponible en <http://www.ine.es/>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad: Disponible en <https://www.msssi.gob.es/>
- Confederación Salud Mental España. Disponible en <https://consaludmental.org/>

Criterios de inclusión:

La recopilación de la documentación seleccionada, se ha llevado a cabo mediante los siguientes criterios de inclusión:

- Se limitó la búsqueda a artículos publicados en los últimos 12 años. 2005-17.
- Idioma inglés y castellano.
- Con libre acceso.
- Que incluyeran palabras clave.

Limitaciones:

Durante la elaboración de este trabajo, se han encontrado limitaciones importantes. La principal, ha sido la escasez de estudios actualizados con libre acceso registrados en los últimos diez años. A pesar que el estigma en la enfermedad mental ha sido ampliamente investigado, la mayoría de los estudios fueron desarrollados en la década de los 80 y 90 tras el fenómeno de la antipsiquiatría y la desinstitucionalización del enfermo mental, por lo que fue necesario ampliar cronológicamente la búsqueda de cinco a doce años.

Del mismo modo, debe señalarse la extensión del trabajo. La principal estrategia para la eliminación del estigma es la implementación de intervenciones coordinadas desde todos los ámbitos que afecten al enfermo mental, considerándose 30 páginas insuficientes para su descripción, motivo por el cual no se han incluido ni el colectivo de los “sin techo”, ni los ámbitos penitenciario e infanto-juvenil ni se hace mención alguna a la diferencia de género.

Existieron además otras limitaciones al desarrollo de este TFG de menor calibre, tales como la imposibilidad de encontrar una relación de abreviaturas de revistas académicas que pudiera ser empleada en la confección de las referencias bibliográficas, así como otras informáticas, debido a los problemas de conexión a la hora de consultar bases de datos a las que la Universidad de Cantabria está adscrita, lo que ha obligado a utilizar la Biblioteca Virtual Marquesa de Pelayo del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (HUMV).

Descripción de los capítulos.

Este TFG se estructura en tres capítulos centrales:

- El primer capítulo, expone el Trastorno Mental Grave.
- El segundo capítulo, expone un análisis descriptivo del concepto del estigma.
- En el tercer capítulo se identifican los ámbitos de actuación para la eliminación del estigma, detallando una batería de propuestas ordenada y jerarquizada, que sirva de utilidad en la elaboración de una estrategia contra el estigma y que fomente la promoción de la Salud Mental.

Capítulo 1. Trastorno Mental Grave.

1.1. Definición:

La Salud Mental es uno de los pilares fundamentales en los que se basa la definición de salud de la OMS y se define como:

*“Un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”.*¹³

Es por esto, que el concepto Salud Mental goza de una importancia primordial en lo que a bienestar personal, relaciones familiares y el éxito en las contribuciones a la sociedad se refiere.¹

El concepto Trastorno Mental Grave (TMG), hace referencia a personas que padecen una enfermedad mental y que reúnen una serie de características que pueden describir diferentes patologías, pudiendo llegar a presentar diferentes grados de gravedad y que conllevan diferentes riesgos para la vida. Estas patologías pueden cursar con una duración limitada o cronicada en el tiempo, presentando repercusiones funcionales capaces de generar discapacidad y dependencia. Por ello, siempre ha resultado extremadamente complejo aportar una definición que sea capaz de englobarlas todas. Según el DSM-5, la enfermedad o trastorno mental se define como una alteración de los procesos cognitivos y afectivos que impide a la persona que lo padece un desarrollo normal.¹⁴

El concepto TMG ha sido ampliamente aceptado e implantado en España, procede del término anglosajón “Severe Mental Illness” y comenzó a utilizarse fundamentalmente tras la desinstitucionalización psiquiátrica en los años 70 del siglo XX. Es a partir de ese momento cuando se sustituyen los términos: “Enfermo Mental” por “Trastorno Mental” y “Crónico” por el de “Grave” o “Severo”; evitando de este modo una visión que evitaba la posibilidad de recuperación del enfermo mental.¹⁵

Con este nuevo pensamiento positivo, el Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos (NIMH), propuso en los años 80, una definición para este tipo de trastornos:

*“Un grupo de personas heterogéneas, que sufren trastornos psiquiátricos graves, que cursan con alteraciones mentales de duración prolongada, que conllevan un grado variable de discapacidad y de disfunción social y que han de ser atendidas en diversos recursos socio sanitarios de la red de atención psiquiátrica y social”.*¹⁶

El TMG genera consecuencias tanto a nivel personal como social; sobremanera en la Esquizofrenia y el Trastorno Bipolar siendo las dos patologías psiquiátricas más estigmatizadas. En ellas se ven afectadas sus habilidades sociales y la capacidad para relacionarse con su entorno, precisando de atención continuada.¹⁷

1.2. Marco legal de la atención a las personas afectadas por un TMG:

En la **Ley General de Sanidad (LGS). Ley 14/1986 de 25 de Abril, en su art. 20**, se recogen los siguientes principios que sustentaron la reforma psiquiátrica y que son a su vez orientadores del proceso a seguir en la desinstitucionalización y en la modalidad de recursos nuevos a implantar. Además de la territorialidad, estos principios son:¹⁰

- Cambio en el ámbito de aplicación, de atención en el Hospital a la atención a la Comunidad: *“La atención a los problemas de Salud Mental de la población se realizará en el ámbito comunitario, potenciando los recursos asistenciales a nivel ambulatorio y los sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio, que reduzcan al máximo posible la necesidad de hospitalización”.*

- Atención basada en una red de recursos coordinados: "*La hospitalización de los pacientes por procesos que así lo requieran se realizará en las unidades psiquiátricas de los hospitales generales*"
- Rehabilitación psicosocial y prestación de cuidados continuados: "*Se desarrollarán los servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para una adecuada atención integral de los problemas del enfermo mental, buscando la necesaria coordinación con los servicios sociales*"
- Los servicios de Salud Mental y de atención psiquiátrica del Sistema Nacional de Salud "*Cubrirán, asimismo, en coordinación con los servicios sociales, los aspectos de prevención primaria y la atención a los problemas psicosociales que acompañan a la pérdida de salud en general*".

Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad de Sistema Nacional de Salud (Capítulo I, Sección 1ª, artículo 14), establece la atención socio sanitaria que:

"Comprende el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos generalmente crónicos que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía y facilitar su reinserción social".¹⁸

Identifica las prestaciones de cuidados de larga duración, la atención a la convalecencia y la rehabilitación, estableciendo cuidados que garanticen una atención continuada gracias a la coordinación de los Servicios Sanitarios y Sociales de las Comunidades Autónomas.¹⁸

Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de Igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad.

Esta ley establece en sus artículos 1 y 8, que todas las personas con discapacidad (como las personas con TMG):

"Deben disfrutar del conjunto de todos los derechos humanos: civiles, sociales, económicos y culturales y a la igualdad de oportunidades en todos los ámbitos, para ello se deberán adoptar medidas de acción positiva orientadas a evitar o compensar las desventajas de estas personas y conseguir su plena participación la vida política, económica cultural y social".¹⁹

1.3. Epidemiología:

Durante la década de los años 90, tras la desinstitucionalización, se realizaron multitud de estudios sobre la prevalencia de los trastornos mentales en la población en general demostrando que es frecuente su aparición y que son generadores de una alta discapacidad. Estos estudios, destacaron que en los países occidentales una de cada cuatro personas cumplía con los criterios de diagnóstico de un Trastorno Mental en el último año; y casi un 40% llegaba a presentar uno a lo largo de su vida,^{20,21} destacando entre los trastornos mentales graves la Esquizofrenia como tercera causa de discapacidad entre la población de 15 a 44 años de edad en todo el mundo.²²

En España, se han llevado a cabo estudios para la evaluación de la prevalencia de trastornos mentales entre los que destaca su participación en el ESEMeD (Estudio Europeo de la Epidemiología de los Trastornos Mentales) coordinado entre World Mental Health Surveys y la OMS. En este estudio queda reflejado que el 19,5% de los españoles presentaron alguna vez en la vida algún trastorno mental, diferenciándose por sexos, el 15,7% de los hombres y el 22,9% de las mujeres. En cuanto a la prevalencia en el último año previo a la realización del estudio, el 8,4% de la población presentó algún trastorno mental, el 5,2% en hombres y el 11,4% en mujeres.^{20,23}

Se destaca además, en este estudio diferencias significativas entre Comunidades Autónomas respecto a la prevalencia de mala Salud Mental y que podrían estar relacionadas con el nivel socioeconómico, de estudios, tasas de desempleo e inmigración y también con el desarrollo desigual de la reforma psiquiátrica en las diferentes Comunidades Autónomas.²³

Epidemiológicamente se establecen dos grandes grupos, los Trastornos Mentales Comunes (TMC), relacionados con el estado de ánimo como la ansiedad, fobias, estrés postraumático o la depresión considerados los más frecuentes y los menos incapacitantes y los Trastornos Mentales Graves (TMG), donde existe un conjunto de diagnósticos clínicos, perteneciente al grupo de las denominadas Psicosis y en el que destacan la Esquizofrenia y el Trastorno Bipolar. Los TMG son menos frecuentes que los TMC y en general, más incapacitantes suponiendo una mayor carga familiar.²⁴

Los datos sobre prevalencia de TMG en la población son difíciles de obtener debido a la variabilidad de las fuentes de información para este fin y al infra diagnóstico que resta valor a los datos. En la Estrategia en Salud Mental del Ministerio de Sanidad y Consumo del Gobierno de España 2009-2013, se destaca que en nuestro país, los datos epidemiológicos no son válidos para evaluar cuál es la prevalencia y el impacto que supone un TMG en la población, debido en gran parte a que los escasos estudios epidemiológicos realizados, se han llevado a cabo en pequeñas áreas geográficas, con muestras limitadas y poco representativas de la población española.²⁰ Es por esto, que es difícil conocer con precisión la prevalencia del TMG, si bien se calcula que para los criterios clásicos se situaría entre 2.5-3% de la población adulta.²⁴

1.4. Diagnóstico:

Existen diversas formas de definir el Trastorno Mental Grave, pero la de mayor consenso en la bibliografía y recogida en la Guía de Práctica clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave diferencia tres dimensiones: El diagnóstico clínico, la duración en el tiempo y el nivel de discapacidad generado:

- a) Todas las categorías diagnósticas tienen la consideración de psicóticas; lo que implica no sólo la presencia de sintomatología positiva y negativa y una percepción distorsionada de la realidad; sino además relaciones sociales gravemente afectadas, comportamientos enmarcados fuera de la “normalidad” establecida por la sociedad y/o una falta de habilidades para relacionarse adecuadamente con los demás.¹⁶
- b) En función de la duración, se ha utilizado como criterio diagnóstico, una evolución de dos años o más; o el deterioro progresivo en el funcionamiento diario durante los últimos seis meses, como el alejamiento de las pautas establecidas socialmente y que pueden cursar con agravamiento y la cronificación de los síntomas. Los criterios del NIMH definen como alternativa los siguientes criterios:¹⁶
 - *“Haber recibido tratamiento psiquiátrico más intensivo que el ambulatorio más de una vez a lo largo de la vida”.*
 - *“Haber recibido apoyo residencial continuo distinto a la hospitalización por un tiempo suficiente como para haber interrumpido significativamente la situación vital”.*
- c) El componente de discapacidad, implica la afectación de moderada a grave del funcionamiento personal, laboral, social y familiar, basado en medidas de diferentes escalas como la Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG). Según la definición

del NIMH, esta discapacidad produce graves limitaciones en actividades de la vida e incluye al menos dos de los siguientes criterios de forma continua o intermitente:¹⁶

- *“Desempleo, o empleo protegido o apoyado, habilidades claramente limitadas o historia laboral pobre”.*
- *“Necesidad de apoyo económico público para mantenerse fuera del hospital y es posible que precise apoyo para procurarse dicha ayuda”.*
- *“Dificultades para establecer o mantener sistemas de apoyo social personal”.*
- *“Necesidad de ayuda en habilidades de la vida diaria, como higiene, preparación de alimentos o gestión económica”.*
- *“Conducta social inapropiada que determina la intervención del Sistema de Salud Mental o del Sistema Judicial”.*

Según los criterios diagnósticos mencionados anteriormente, las patologías incluidas son las siguientes:¹⁶

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

1.5. Características de las personas afectadas por TMG:

Las personas diagnosticadas con TMG suelen presentar déficits en diferentes áreas de su vida, que originan una discapacidad importante en el ámbito personal que da lugar al riesgo de marginación social, siendo las áreas más afectadas las que se exponen a continuación:²⁵

- El autocuidado y la autonomía en actividades de la vida diaria y el manejo de su economía.
- El autocontrol en situaciones estresantes. Presentan dificultades para afrontar las demandas del entorno.
- Deterioro en el funcionamiento cognitivo.
- Limitaciones importantes en las relaciones interpersonales y sociales. Habitualmente, se limitan sólo a la familia originando aislamiento social.
- Déficit de actividades recreativas.
- Problemas de aprendizaje, pérdida de habilidades y hábitos que dificultan el acceso al mundo laboral.

Al mismo tiempo no se puede obviar que a pesar que las personas con estos trastornos comparten problemáticas comunes; cada individuo presenta una serie de necesidades diferentes en función de sus características personales y de factores biológicos, psicológicos, familiares y sociales. De este modo, se pueden encontrar pacientes que tras una crisis psicótica, su sintomatología desaparece, pudiendo llevar una vida independiente e integrada; hasta personas cuyo deterioro personal hace necesaria una intervención y supervisión constante y que requiera programas de rehabilitación y apoyo social para recuperar su autonomía y mantenerse integrado en la comunidad del modo más independiente posible.²⁵

Del mismo modo en el establecimiento de redes sociales de los pacientes con TMG, también se observan diferencias marcadas; algunos se encuentran completamente aislados bajo el amparo de su familia, otros centran su vida en los recursos de la Red de Salud Mental de su comunidad, mientras que existe un tercer grupo que consigue alcanzar un nivel de autonomía óptimo que le permite desarrollar su vida en la completa normalidad, con una buena adherencia terapéutica.¹⁷

Capítulo 2. El estigma.

2.1. Estigma, estereotipo, prejuicio y discriminación:

La enfermedad mental, desde los orígenes de la humanidad ha estado relacionada con una serie de prejuicios sociales que han definido al paciente diagnosticado con TMG como agresivo, raro, impredecible, débil, vago e improductivo, con el que no se puede razonar, crónico así como culpable de su propia enfermedad. Todo esto conlleva una percepción de miedo y peligrosidad como consecuencia del desconocimiento que existe en la sociedad pese a su preparación académica, apolítica, agnóstica y participación social. Todo esto ocasiona que la rehabilitación de las personas con TMG se vea dificultada, impidiendo así garantizar el bienestar y el desarrollo integral de una vida plena dentro de los márgenes sociales.²⁶

El estigma y la discriminación son dos fenómenos que afectan de manera negativa a la mayoría de las personas aquejadas de un trastorno mental, sea del tipo que sea, en todas las facetas de su vida, generando dramáticas consecuencias en términos de proyecto vital. El estigma que rodea a este tipo de pacientes, se debe principalmente a las falsas ideas extendidas sobre sus causas y naturaleza, debido a que en la mayoría de las sociedades se señala al enfermo mental de manera despectiva, además de ser considerado violento a pesar del hecho, inverosímil para muchos, de ser más víctimas que verdugos.²⁷⁻²⁸

Muchas son las definiciones que pueden otorgarse al concepto del estigma, sin embargo ninguna de ellas puede aplicarse de un modo estandarizado, pues el término en sí, evoluciona paralelamente a los acontecimientos históricos vigentes. En los años sesenta, el sociólogo y escritor Erving Goffman (1922-1982), rescata la definición más aceptada hoy en día y utilizada para el desarrollo de una de las principales teorías sociales sobre la relación entre estigma y salud:^{12,14,26,29-31,33-35,47,50,53,57,63}

“Un atributo profundamente devaluador que degrada a la persona portadora del mismo”.

En esta línea, en su libro “Estigma: La identidad deteriorada”, publicado en 1963, explica que el término “estigma” proviene del griego y se utilizaba para referirse a signos corporales como cortes o quemaduras en el cuerpo de esclavos, criminales, corruptos o traidores, a quienes debía evitarse, especialmente en lugares públicos, a los que se identificaba con maldad y poca moralidad y utilizándose como informativo para el resto de la población.²⁹

De este modo el término, según el Diccionario Ideológico de la Lengua Española, está conceptualizado como “deshonra, mala fama”,³⁰ y se refiere a un amplio descrédito en la persona que lo posee, dado que se relaciona en la conciencia moral y social con un estereotipo negativo.²⁹ Además de esta característica diferencial, los autores Stafford y Scout, establecieron una redefinición del término en 1986, que incluye el no seguimiento de las normas de la sociedad, definiendo “norma” como las creencias compartidas de cómo una persona debería comportarse en un determinado camino y por un cierto tiempo.²⁶

El estigma es por tanto, una “etiqueta” que se atribuye a una persona, que puede llegar a invisibilizar la identidad de quien lo padece, y de la cual es muy difícil desprenderse, llegando a aislar y marginar socialmente a quien lo sufre. Esta asociación del término estigma con difamación y acusación pública, ha supuesto que muchos hayan sido los grupos sociales que han sufrido el rechazo de la sociedad siendo objeto de actitudes discriminatorias, como homosexuales, enfermos de SIDA, el colectivo gitano, personas de origen extranjero y el enfermo mental entre otros.³⁰

2.2. El proceso de estigmatización:

Según los principales investigadores, el estigma funciona como una serie sucesiva de pasos denominado “Proceso de estigmatización”:¹²

1. La distinción o etiquetado (en inglés labeling) que identifica la diferencia de un grupo de personas.
2. La asociación de las personas etiquetadas, fruto de creencias culturales prevalentes y erróneas.
3. Su consideración como un grupo diferente y al margen: “Ellos” frente a “Nosotros”.
4. Las repercusiones emocionales en quien estigmatiza con sentimientos como el miedo, ansiedad, irritación, compasión, frente a quien resulta estigmatizado y siente miedo, ansiedad, y vergüenza, frecuentemente menospreciadas pero de gran trascendencia en el refuerzo del proceso y en sus consecuencias sobre la conducta.
5. La pérdida de estatus de la persona o grupo estigmatizado, dando lugar a la discriminación y a resultados diferentes y desfavorables en distintas áreas.
6. La existencia de factores o dimensiones estructurales relacionadas con asimetrías de poder sin las cuales el proceso no funcionaría o, al menos, no lo haría con la misma intensidad ni con las mismas consecuencias para las personas afectadas.

2.3. Tipos de estigma:

Goffman describe tres tipos de estigma:^{29,31}

- a) El que hace referencia a características personales, identificadas por la sociedad como defectos. Por ejemplo: El género, el trastorno mental, la homosexualidad, o la adicción a las drogas.
- b) El físico, referido a “deformidades” del cuerpo como por ejemplo: Obesidad, sordera, lisiados, acondroplasia, cretinismo, jorobados, etc.
- c) La pertenencia a un grupo como por ejemplo: una etnia, una nación o una religión.

Respecto al primer grupo, en el que se incluyen los TMG, puede describirse el estigma desde tres grandes vertientes; el autoestigma, el estigma público y el estigma institucional.

2.3.1. El estigma público:

Hace referencia a las actitudes y creencias que conducen a las personas a rechazar, evitar y temer a aquellos a quienes perciben como diferentes debido al proceso de estigmatización.³²

La sociedad diferencia y clasifica continuamente a los grupos, en función de sus características; por raza, religión, sexualidad, estatus económico, etc. existiendo cualidades humanas que gozan de un mayor prestigio social y que no son susceptibles de ser etiquetadas.

Debido a estos antecedentes de distinción entre grupos, etiquetado y separación, la psicología social ha identificado tres aspectos cognitivos, emocionales y conductuales;³² aunque para los expertos, no queda duda alguna de que los tres aspectos van unidos y se refuerzan mutuamente, sin aclarar cuál de ellos es el factor más generador de la privación de oportunidades que presenta el colectivo estereotipado de participar en la sociedad y de la exclusión social.¹²

- Los estereotipos: Son un conjunto de creencias erróneas que la sociedad mantiene de un determinado grupo de personas y que determinan su percepción y valoración. En el caso concreto del TMG, los más frecuentes se relacionan con la peligrosidad y violencia, la incompetencia e incapacidad para desarrollar tareas básicas de la vida, dificultad de relación y pérdida de control, así como un grado variable de atribución de responsabilidad por lo que les sucede. Los estereotipos constituyen un grave problema de falta de conocimientos por parte de la población general y dan lugar a la aparición de los prejuicios.²⁸
- Los prejuicios: Son predisposiciones emocionales generalmente negativas que presenta la sociedad para actuar de una manera habitualmente negativa hacia los miembros del colectivo estereotipado, sin detenerse a analizar si existe razón alguna que justifique esa actuación y que se mide en términos de distancia social. Los problemas de Salud Mental, provocan en la sociedad reacciones emocionales como el miedo, el rechazo y la desconfianza.¹²
- La discriminación: Es un proceso, a través del cual los miembros de un colectivo estereotipado son privados de sus derechos, provocando una respuesta de aislamiento y evitación de las personas afectadas y que no es más que una consecuencia negativa de los prejuicios.¹² En los pacientes diagnosticados de un TMG, se pone de manifiesto en las dificultades de acceso a un trabajo, a una vivienda, a la restricción en sus relaciones sociales y de pareja; avocándolos a relacionarse en un grupo de iguales y a las dificultades en el acceso a los sistemas sanitario y judicial. Se trata por tanto de un problema de comportamiento negativo de la población general.²⁸

Por tanto, para un paciente diagnosticado de un TMG, la exclusión social queda patente en una gran variedad de situaciones: la falta de estatus social con redes sociales mínimas, la falta de empleo, y la falta de oportunidades de formar una familia, o un acceso limitado a la adquisición o alquiler de viviendas. A su vez también puede intensificar el estigma: por ejemplo, una persona con un trastorno de Salud Mental que se queda sin hogar puede experimentar todavía más el estigma.²⁸

Lo que sí parece quedar claro es que los estereotipos y los prejuicios por si solos, no son suficientes para estigmatizar. Es necesario además un poder social, económico y político para que se desarrolle el estigma; poco o nada pueden hacer los grupos estigmatizados contra los grupos generadores de estigma, pues sencillamente no cuentan con poder social para producir consecuencias discriminatorias notables.¹²

2.3.2. El autoestigma o estigma internalizado:

Es el estigma más grave y se refiere a las reacciones de los individuos que pertenecen a un grupo estigmatizado, en este caso el TMG, que vuelven las actitudes estigmatizadoras contra ellos mismos generando el agravamiento de los síntomas y una mala adherencia terapéutica, porque las asumen como verdaderas, admitiendo situaciones que los marginan y los discriminan, perdiendo así, tanto el dominio sobre sí mismos, como la confianza en su recuperación y en sus capacidades para llevar una vida normalizada.³³⁻³⁴ Esta situación puede hacerlos claudicar en su intento de trabajar o vivir de forma independiente, llevándolos a fracasar en el tratamiento y haciéndoles sentir menos válidos que el resto, siendo una de las causas por las que muchos enfermos mentales no estén diagnosticados ni tratados.³⁴

Es importante destacar que el estigma internalizado o autoestigma, es capaz de hacer que la persona que lo sufre, sea capaz de anticipar el rechazo incluso antes de haberse producido, debido a que tiene asumidos los estereotipos de la enfermedad mental.

Este tipo de estigma se denomina estigma percibido o asimilado.²⁶ El colectivo portador de autoestigma, puede llegar a considerarse merecedor de situaciones discriminatorias, con sentimientos de inferioridad pero sobre todo culpable de la situación en la que se encuentra, es entonces cuando el autoestigma ya se ha establecido y como dijo Goffman, “*Es tan difícil desprenderse de él...*”²⁹

2.3.3. Estigma institucional:

El estigma institucional ocurre cuando actitudes y comportamientos negativos sobre las enfermedades mentales, incluyendo problemas sociales, emocionales y de conducta, se incorporan a las políticas, prácticas y culturas de organizaciones y sistemas sociales, como la educación, la atención de la salud y el empleo.³⁵ Así, se infiltra en todos los aspectos de la vida del paciente, negándole el pleno disfrute de sus derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales, disminuyendo su libertad de opinión y de expresión. Un ejemplo de ello, corresponde a los estudios que demuestran que los profesionales de la salud, a pesar de ser un colectivo ampliamente formado, frecuentemente toman actitudes paternalistas o negativas, especialmente en cuanto al pronóstico y posibilidades de recuperación de las personas con enfermedad mental.³⁶

2.4. El estigma como barrera:

La mayoría de los expertos en Salud Mental, han evidenciado que existe un porcentaje elevado de personas, que pudiendo beneficiarse de un tratamiento psiquiátrico, no accede al mismo por culpa del estigma, a los que debe sumarse un número importante de pacientes que presentan una mala adherencia terapéutica y terminan abandonando el tratamiento por el mismo motivo. Los estudios señalan que menos de dos tercios de las personas diagnosticadas de un Trastorno Mental Grave, siguen el tratamiento.³²

Esta cuestión parece estar basada en modelos de creencias de salud de los pacientes y explicaría el motivo de no formar parte de un tratamiento. En muchos casos la baja amenaza percibida, los efectos secundarios de la medicación, la baja o nula conciencia de enfermedad, son las causas principales a las que se atribuye la alta tasa de abandonos o la negativa a iniciar el tratamiento, generando una gran carga económica y familiar cuando es necesaria la hospitalización. Sin embargo, la mayoría de los pacientes que tratan de evitar el estigma son denominados “consumidores potenciales” precisamente por intentar evitar la utilización de los recursos sanitarios como un servicio psiquiátrico; para no atribuirse la etiqueta y evadir así la aparición del estigma público.³²

2.5. Instrumentos de medición del estigma:

Una vez la psiquiatría quedó incluida dentro de la atención comunitaria, surgió la necesidad de poder evaluar el estigma social hacia las enfermedades mentales graves en la comunidad. Para ello, se han utilizado distintas escalas tipo Likert que miden esencialmente, actitudes, emociones e intenciones conductuales; como las escalas de distancia social y de reacciones emocionales hacia la enfermedad mental. Destacan entre otras las escalas de medición de creencias como la Escala de Opiniones sobre la Enfermedad Mental (OMI) y la Escala de Actitudes hacia la Enfermedad Mental (CAMI).³⁷ Esta última está basada en la escala OMI y tiene la ventaja de incorporar las actitudes de la sociedad hacia las personas con TMG que viven en espacios comunitarios, siendo esta diferenciación relevante al considerar que las políticas de Salud Mental actuales abogan por la inclusión de los afectados en la comunidad, además la CAMI ha sido utilizada hace bastantes años y en distintas culturas, siendo esto de

gran utilidad pues permite realizar comparaciones en los diferentes contextos,³⁸ además de haber sido utilizada con distintas poblaciones: público general, personal sanitario, empresarios y estudiantes, entre otros.³⁷

Otras escalas utilizadas en la medición del estigma son:

- La escala MAKs es un cuestionario que evalúa y realiza un seguimiento de los conocimientos sobre Salud Mental en relación al estigma al público general y se suele usar en combinación con otras herramientas que miden actitudes y conductas.³⁹
- La escala RIBS valora y realiza un seguimiento de cómo se comporta la población general en relación a la discriminación en Salud Mental.³⁹
- La escala AMIQ es una escala de valoración rápida, utilizada como screening de las actitudes estigmatizantes hacia la enfermedad mental.⁴⁰
- La Escala DDS, de Percepción de la Discriminación y la Devaluación hacia la Enfermedad Mental (Devaluation Discrimination Scale), es una escala tipo Likert de cuatro puntos que no deja lugar a la neutralidad que se compone de doce premisas, cuyas respuestas están en función de lo que “la mayoría de la gente cree o piensa”, a fin de reducir la deseabilidad social.⁴¹
- Inventario de estigma Internalizado de la Enfermedad Mental (Internalized Stigma of Mental Illness Inventory, ISMI). Es un cuestionario de veintinueve premisas que mide cinco grandes áreas: alienación, adhesión al estereotipo, experiencia de discriminación, retraimiento social y resistencia al estigma. El formato de respuesta es una escala Likert de cuatro puntos que no deja lugar a la neutralidad.⁴¹

2.6. Estigma y medios de comunicación:

Una de las claves que ayudan a entender la persistencia de los estereotipos asociados a las personas con problemas de Salud Mental, reside en el papel que desempeñan los medios de comunicación, como determinante en la creación y el mantenimiento del estigma.²⁸

Los medios de comunicación son poderosas herramientas divulgativas capaces de llegar a millones de personas en cortos periodos de tiempo. Se estima que el 90% de la información sobre Salud Mental, llega a la población a través de la radio, la prensa y la televisión.⁴²

Si se diera una cobertura informativa objetiva y rigurosa, estos medios podrían ser una buena herramienta; sin embargo, la escasez que existe en los medios de noticias positivas referidas a enfermos mentales, contribuyen a alimentar una imagen pública distorsionada y sesgada y el trato que le dan al enfermo mental es inadecuado, convirtiéndose en la principal vía de transmisión del estigma, ayudando a perpetuar estereotipos y prejuicios negativos, ofreciendo una imagen de violencia y presentando a estas personas como peligrosas.^{43,44}

Estos atributos se convierten en etiquetas que generalizan y definen a todos los enfermos mentales y sobre manera a los diagnosticados de TMG, manifestándose en forma de prejuicios como el miedo, o la desconfianza. Debe destacarse el hecho de que en la mayoría de los casos, los medios de comunicación llevan a cabo una presentación sensacionalista de crímenes cometidos por trastornados mentales, sin embargo, debe señalarse que tan sólo el 5% de los crímenes violentos fueron realizados por personas con algún TMG diagnosticado.⁴⁵

En general, los medios de comunicación prestan poca atención a los problemas de Salud Mental, según un estudio realizado en la Comunidad de Madrid, en el que pudo constatarse que de cada 1.800 noticias, tan solo una estaba relacionada con Trastornos Mentales Graves; sin embargo el 51% de las veces que se habla de ella es para relacionarla con violencia, haciendo un énfasis innecesario al relatar acontecimientos poco comunes y escandalosos, concluyendo que:

*“El uso de términos relacionados con la Salud Mental es abusivo, incorrecto y éticamente inaceptable. El tipo de términos utilizados y la forma en que se utilizan para calificar personas, situaciones y cosas, fomenta los estereotipos negativos de peligrosidad, impredecibilidad e irresponsabilidad (...), lo que ayuda considerablemente a perpetuar el estigma social de la enfermedad mental”.*²⁸

Son los pacientes con TMG, especialmente los trastornos psicóticos como la Esquizofrenia, quienes más expuestos están a ver degradada su dignidad en los medios de comunicación. Según el estudio “Esquizofrenia en la prensa: ¿El estigma continúa?” Tras el análisis de 497 noticias que contenían la palabra "Esquizofrenia", 126 noticias hacían un uso peyorativo de ella, con connotaciones negativas de desorden, incoherencia o desequilibrio entre otros calificativos despectivos.⁴⁶

Se encontraron así mismo 371 noticias que hacían alusión a un trastorno mental, de las cuales 143 (38,5%), describían actos vandálicos o delictivos, 105 (28,3%), versaban sobre estudios científicos, tratamientos o investigación, 40 (10,8%) simplemente mencionaba la esquizofrenia sin describirla, 37 (10%), describían la falta de recursos socio-sanitarios y/o sobre el estigma y la discriminación sufrida por el enfermo mental y 46 (12,4%), analizaban otros temas.⁴⁶

En lo que a las noticias sobre actos delictivos se refiere (143), la persona con TMG era víctima en 23(16,1%) y hasta en 9 ocasiones de los 23 casos, quedaba justificado el agresor. Sin embargo, en las 120 noticias restantes, era considerado causante del delito, sin justificación ninguna.⁴⁶

Por tanto existe una enorme dificultad en los medios de comunicación para comunicar sobre Salud Mental y los principales errores de divulgación son:⁴⁴

- *“Crear titulares sensacionalistas y alarmistas, buscando la atención del lector sin contextualizar adecuadamente la noticia”.*
- *“Asignar etiquetas a personas con enfermedad mental, favoreciendo así la creación de estereotipos y estigmas”.*
- *“Ilustrar las noticias y artículos con imágenes oscuras que transmiten lástima, pena y aislamiento”.*
- *“Infravalorar a las personas con trastorno mental”.*
- *“Vincular el entorno de la Salud Mental con violencia y peligro”.*
- *“Tratar a las personas con trastornos mentales con lástima y paternalismo”.*
- *“Generalizar casos concretos a todo el colectivo de Salud Mental”.*
- *“Caracterizar a las personas por su diagnóstico de Salud Mental”.*

Aunque en los últimos años, se perciben algunos avances en el tratamiento mediático en torno a estos temas a nivel general, esta mala praxis favorece la aparición de ideas distorsionadas que contagian negativamente a la sociedad, afianzando estereotipos y perjudicando de manera directa, los derechos e inclusión social de este colectivo.⁴⁴

Capítulo 3. La eliminación del estigma.

El abordaje para la eliminación del estigma es complejo debido a que muchas y muy variadas son las variables que influyen en su establecimiento. Es un problema eminentemente social que conlleva importantes y graves repercusiones. Cuando las enfermedades mentales son utilizadas para etiquetar personas como por ejemplo esquizofrénico, maniático, deprimido; estas etiquetas provocan sufrimiento en la persona que los recibe. Más allá de las consideraciones éticas, la importancia de su eliminación, radica en sus graves efectos psicosociales como el rechazo social que incrementa el sufrimiento, más si cabe que los síntomas de la enfermedad, y es el principal obstáculo para la recuperación.⁴⁷

Dada la necesidad de su eliminación, la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, del Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, incluye a la erradicación del estigma dentro de su línea estratégica nº 1, considerando una prioridad la implementación de programas que permitan acabar con la discriminación por motivos de Salud Mental.²³

La lucha contra el estigma, tiene como objetivo primordial mejorar la calidad de vida de las personas que padecen una enfermedad mental como el TMG, siendo necesario un abordaje estratégico y multidisciplinar, basado en una doble premisa:³²

1. *“Es necesario modificar las ideas que fundamentan los mitos y prejuicios que generan estigma sobre las personas con problemática de Salud Mental”.*
2. *“Se deben generar oportunidades que sean capaces de cambiar las actitudes y comportamientos hacia estas personas para evitar la aparición de la discriminación”.*

3.1. Intervenciones en la comunidad:

Luchar contra el estigma supone adoptar un cambio consciente y activo en el respeto a los demás y a los derechos humanos, al desarrollo de sus potenciales y a la dignidad de las personas con TMG. Trabajar en su eliminación, es la responsabilidad básica de la administración pública, los servicios de salud, los servicios sociales, el entorno social y la familia.¹⁶

Con carácter general las intervenciones habituales frente al estigma se agrupan en torno a tres ejes básicos:¹²

3.1.1 La protesta:

Este acto de disconformidad, es una forma útil de reducir la imagen pública estigmatizadora de la enfermedad mental, que ha obtenido resultados significativos en otros grupos estigmatizados como las campañas antirracistas o de defensa de los derechos del colectivo Lesbianas, Gais, Bisexuales y Transexuales (LGTB) sin embargo sólo han sido efectivos a corto plazo, no conociéndose efecto alguno sobre la supresión de prejuicios de la sociedad.⁴⁸

Debe aplicarse frente a declaraciones públicas, reportajes de medios de comunicación y anuncios estigmatizadores. Existe evidencia de su efectividad en Alemania, donde existen varias campañas en marcha contra el estigma en Salud Mental, gracias a un movimiento denominado BASTA, por sus siglas “Acción Bávara Contra el estigma” que ha logrado detener el 80% de los casos de discriminación en los medios de comunicación, consiguiendo una rectificación y disculpas públicas, mediante un escrito enviado al departamento de relaciones públicas del medio de comunicación. Para que este tipo de intervención sea eficaz, debe ser capaz de generar un auténtico movimiento social, al que sea atractivo sumarse.^{32,48}

3.1.2 La Educación-Información:

Este tipo de estrategia trata de disminuir el estigma mediante la divulgación de información veraz y basada en el conocimiento. En las últimas décadas, se han llevado a cabo campañas dirigidas a provocar un cambio en las actitudes sociales hacia los enfermos mentales graves, especialmente diagnosticados de Esquizofrenia. Tras algunas intervenciones educativas breves en colectivos como policías, bomberos, estudiantes y empleados de grandes empresas, se ha constatado que las conductas estigmatizadoras disminuyeron, a pesar de que los cambios no consiguieron mantenerse en el tiempo.^{32,48} De este modo, se evidencia que los programas educativos resultan más efectivos si son de larga duración e incluyen no solo la transmisión pasiva de información, sino la discusión con la presentación de casos reales y que cuente con la presencia de personas afectadas.¹² Si el fin que se persigue es cambiar las actitudes para cambiar las conductas, es necesario poner en marcha intervenciones que integren información, discusión e interacción social con las personas con TMG.^{12,48}

Una de las campañas realizadas, capaz de llegar a todos los hogares del país, fue el spot publicitario de una bebida refrescante para deportistas (Aquarius). En él, se transmitía un mensaje de optimismo, esperanza, ilusión y espíritu de superación. *“Romper la barrera entre locos y cuerdos, dentro y fuera. Sentirse útiles, queridos y, sobre todo, escuchados”*. Los locutores de un programa radiofónico, que en realidad eran los pacientes del Hospital Neuropsiquiátrico de Buenos Aires con su Radio Colifata, transmitieron una manera de ver la vida de una forma más esperanzadora, consiguiendo que el mundo entero los escuchase y viera *“lo extraordinario que puede llegar a ser el ser humano”*.⁴⁹

3.1.3 El Contacto:

La lucha contra el estigma que se ha llevado a cabo en países como Estados Unidos y Gran Bretaña desde hace casi una década, ha demostrado que para hacer desaparecer más rápidamente los prejuicios y los estereotipos, la intervención más efectiva ha sido la participación conjunta de personas con y sin problemas mentales graves en proyectos comunes. Las investigaciones revelan que el contacto interpersonal de la sociedad con este tipo de pacientes, promoviendo interacciones entre los grupos, puede ser la parte más eficaz para la erradicación del estigma, sobremanera si es combinado con la educación pues los estudios realizados hasta el momento parecen indicar que el contacto es la estrategia más útil.²⁸

El contacto cambia las actitudes mediante el denominado “Modelo de Generalización de Procesos”.²⁸

- **La expectación:** *“Las personas que saben que interaccionarán con un enfermo mental grave esperan que siga los estereotipos que conoce”*.
- **El ajustamiento:** *“El contacto cooperativo en igualdad de condiciones con una persona estigmatizada facilita la obtención de una impresión más positiva de la esperada”*.
- **Generalización:** *“Esta impresión positiva e inesperada, se materializa en una mirada positiva de todo el colectivo en un amplio sentido”*.

Este tipo de proyectos presentan varias ventajas. La primera es una mayor efectividad, pues a medida que se incrementa el contacto, disminuyen la peligrosidad percibida y el deseo de distancia social. La segunda, es que tienen efecto perdurable en el tiempo, más fuerte que el adquirido por medio de otras intervenciones. Y por último, tienen efectos positivos contra el autoestigma, permitiendo desarrollar un empoderamiento del enfermo mental grave.⁴⁸

La asociación entre contacto y actitudes más favorables está cada vez mejor establecida, aunque son necesarios más estudios para establecer que mecanismos han intervenido.^{12,50}

3.1.4 La sensibilización:

A pesar de no quedar recogida en uno de los tres ejes principales, la sensibilización debe tenerse en cuenta pues en muchas ocasiones, la sociedad que genera el estigma ni siquiera es consciente de su acción, y es por esto que deben ser detectadas estas prácticas ofreciendo siempre una alternativa. Esta intervención puede ir dirigida a profesionales de diferentes ámbitos: social (periodistas, policías), sanitario (médicos, enfermeros), educativo (profesores y estudiantes) entre otros.^{28,48}

La sensibilización de colectivos concretos es una práctica muy extendida que permite el contacto directo con los contenidos y mensajes escogidos para cambiar las representaciones sobre el enfermo mental grave, sobre todo si es llevada a cabo por personas afectadas por un problema de Salud Mental. Cuando es así, nos encontramos con un ejemplo de actuación que combina la educación con el contacto. Esta estrategia ofrece la oportunidad de reconocer que todas las personas tienen sus propias cualidades y defectos, al margen de un diagnóstico de Salud Mental. Se debe favorecer este hallazgo, además del hecho que una enfermedad mental le puede pasar a cualquiera en un momento determinado de su vida ya que esto puede servir para corregir los estereotipos.¹²

La educación con contacto permite a los colectivos compartir experiencias en primera persona con enfermos mentales graves, generando esto efectos positivos más profundos y perdurables. Las personas que son formadas por afectados por un problema de Salud Mental muestran unas actitudes más positivas y no estigmatizantes que aquellas que son formadas por personas no afectadas. Por eso, toda campaña que intente reducir el estigma, modificando sus diferentes componentes, tiene que incluir este tipo de intervención.¹²

El estigma que afecta a las personas que padecen un TMG, es un fenómeno principalmente social, aunque con graves repercusiones individuales. Es por esto que la estrategia para conseguir su eliminación, debe destinarse a la reducción de los factores que influyen tanto en su aparición y establecimiento como en su perpetuación.¹² Pero, para poder diseñar una estrategia efectiva contra el estigma y la discriminación; deben analizarse todos los factores que tienen un papel reconocido en el proceso de estigmatización, explicando en primer lugar, que la información de la que se dispone en la actualidad es escasa y parcial, debido a la dificultad de medición de intervenciones psicosociales en poblaciones amplias y con metodología variada.⁵⁰

A pesar de que no existen datos específicos sobre los resultados de las intervenciones en grandes masas de población que sean capaces de cambiar de actitudes; sí hay gran cantidad de información sobre intervenciones específicas dirigidas a pequeños colectivos, que han conseguido crear un grupo consistente de estrategias, avaladas por una creciente evidencia experimental.⁵¹

En el siguiente esquema (cuadro 1), propuesto por Marcelino López, Psiquiatra y Sociólogo y su compañera Margarita Laviana, Psicóloga Clínica; quedan recogidas las intervenciones más importantes para la eliminación del estigma. De este modo, se establecen las intervenciones sobre diversos colectivos, en función de las diferentes etapas del proceso de estigmatización.

- Establecer un sistema de vigilancia y protesta activa frente a manifestaciones flagrantes de estigmatización y discriminación.
- Apoyar a las personas afectadas y sus familias en el manejo del autoestigma.
- Y trabajar de manera preferente con algunos agentes clave, entre los que están indudablemente el personal educativo, el personal de los cuerpos de seguridad del estado, los profesionales de los medios de comunicación, de los servicios sociales y profesionales sanitarios, destacando el papel que enfermería juega en esta batalla.

3.2. Estrategias de lucha contra el estigma y la discriminación:

3.2.1. Medidas puestas en marcha para reducir el estigma en los medios de comunicación:

La lucha contra las campañas de comunicación se encontraría incluida dentro del nivel de actuación de la Educación-Información. Este tipo de estrategias son capaces de hacer llegar los mensajes a un número elevado de personas, teniendo la capacidad de producir cambios masivos en cuanto a conocimientos se refiere.²⁸

Una de las iniciativas más interesantes en España es la Estrategia “1 de cada 4”, enmarcada en el Plan Integral de Salud Mental de la Consejería de Salud de Andalucía, que desde 2005 se dedica a la sensibilización en este ámbito. Su nombre hace referencia a la prevalencia de la enfermedad mental y está dirigida a la población general y en especial a los medios de comunicación, para que sean capaces de abordar de una forma correcta y rigurosa la información sobre el TMG. Para ello se ha desarrollado las siguientes intervenciones:³¹

- Elaboración de guías de estilo a disposición de los profesionales y recursos para mejorar el tratamiento de la información.
- Creación del Observatorio de Medios que vigila de manera activa las informaciones publicadas, en el que se solicita la participación ciudadana.
- Realización de jornadas de sensibilización mediante talleres en los que participan profesionales de los medios, del ámbito sanitario, personas con enfermedad mental y sus familiares.
- La página web “1 de cada 4” contiene información para conocer el trastorno mental como datos estadísticos, información jurídica o artículos periodísticos.

Esta iniciativa ha sido recogida como una buena práctica en la consecución de los objetivos de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (Ministerio Sanidad, 2010) en el área de sensibilización para la erradicación del estigma social sobre las personas con enfermedad mental y ha sido reconocida como un ejemplo a replicar.³¹ Las recomendaciones propuestas para su aplicación en los medios de comunicación son:⁵²

- Denunciar en primera persona. Las personas con enfermedad mental deben ser quienes hagan ver a los profesionales de los medios el problema.
- Denunciar no sólo a los profesionales de la comunicación sino también a la dirección, a los responsables de la redacción, productoras, así como a las instituciones para que velen por sus derechos e intereses.
- Promover la elaboración de información, reportajes, series de televisión, programas de entretenimiento, etc. que ofrezcan una imagen positiva de las personas con TMG, presentándolos como ciudadanos con derecho y posibilidad real de ejercer una vida normal.
- Algunas personas con TMG plantean un cambio de conceptos, hablando de “personas en riesgo psicosocial” en lugar de enfermos mentales.

El proyecto “Stigma Watch” de Estados Unidos y Australia, es un ejemplo de esta estrategia. Es una plataforma que ha desarrollado una red en la que se detectan los mensajes discriminatorios, y en la que puede participar la ciudadanía, con un posterior análisis y una respuesta educativa, fundamentalmente propuesta por personas con enfermedad mental, como expertos.²⁸

Ya en nuestro país, un ejemplo de este tipo de intervención, fue que el 29 de Marzo de 2017, La Unión Madrileña de Salud Mental (UMASAM), elaboró una nota de prensa en la que se manifestó de manera clara y rotunda su disconformidad y oposición al uso peyorativo de la Salud Mental que se estaba llevando a cabo en el espectáculo “El Manicomio Circo de los Horrores” y solicitó públicamente que no se volviera a programar este tipo de espectáculos en la Comunidad. UMASAM lamentaba así, la utilización de forma peyorativa a las personas con trastorno mental. Disponible en: <http://umasam.org/la-salud-mental-no-es-un-circo/>

3.2.2. Medidas puestas en marcha para reducir el estigma en el ámbito educativo:

En el ámbito de la educación se adquieren las principales herramientas conceptuales que marcan el estigma y que generan las asimetrías de poder. Algunas actuaciones que se han llevado a cabo en el ámbito educativo entre los jóvenes y que se han considerado relevantes son:³¹

“Lo hablamos. Sensibilización sobre Salud Mental en las aulas”: es un proyecto elaborado, por el Programa de Salud Mental del Servicio Andaluz de Salud y apoyado por asociaciones de usuarios/as y FEAFES Andalucía. Está dirigida a adolescentes de 14 a 16 años, para promover un conocimiento más adecuado sobre Salud Mental, evitar el trato discriminatorio, y sensibilizar sobre la importancia que tiene la propia Salud Mental en el bienestar emocional.

Proyecto Chamberlin: Cuyo objetivo ha sido fomentar la eliminación de estereotipos, ofreciendo un punto de vista esperanzador, promoviendo en la población joven valores éticos que fomenten la eliminación de actitudes estigmatizantes e insolidarias a través de un cómic titulado “Una historia sobre Luis”, con diferentes testimonios de afectados, así como de familiares y profesionales que detallan las fases de la enfermedad y las diversas intervenciones.

En cuanto a las recomendaciones para la erradicación del estigma en el ámbito educativo según la Confederación de Salud Mental España son:³¹

- Medidas de formación sobre del trastorno mental e inclusión de las personas con TMG en todas las etapas educativas; así como el fomento de la educación en valores en la escuela centrada en la aceptación de la diversidad.
- Medidas de capacitación de los profesionales de la educación, de modo que sean capaces de intervenir precozmente.
- Medidas encaminadas a la mejora de los mecanismos de detección y prevención del acoso escolar.

3.2.3. Medidas puestas en marcha para reducir el estigma de los servicios sociales y la red de dispositivos de atención a la Salud Mental:

La red asistencial del enfermo mental grave está fundamentalmente compuesta por hospitales de día, Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS), Centros de Rehabilitación Laboral (CRL), Mini-Residencias, pisos tutelados y la hospitalización tanto de agudos como de media estancia en la asistencia especializada.³¹ Es sin duda éste uno de los ámbitos más frecuentados por este tipo de pacientes y en el que pasan gran parte del día, estableciendo relaciones sociales con los profesionales que desempeñan allí su trabajo que son el colectivo profesional que menos

conductas estigmatizadoras presentan.²⁶ En la mayoría de los centros de la Red de dispositivos de atención al paciente mental se llevan a cabo actividades que luchan contra el estigma, entre las que destacan:

Proyecto “Participa y Comprende”: es una plataforma antiestigma que se lleva a cabo en la localidad de Getafe en la comunidad de Madrid, con el apoyo del ayuntamiento, la implicación de la Asociación de Familiares de Enfermos Mentales, Servicio de Salud Mental y Centros de Atención Social, CRPS, Residencias, CRL, Centro de Día y Equipos de Apoyo Social Comunitario de la localidad. Su lema es “El arte de reinventarse” y cuenta con la participación de usuarios y afectados con experiencias en primera persona.³¹

Las recomendaciones para la erradicación del estigma en este ámbito son:^{31,53}

- Promover la interacción de las personas con TMG con su entorno, mediante la integración de los servicios sanitarios y sociales, el desarrollo de funciones distintas a las que genera la propia enfermedad y la participación en actividades de empoderamiento.
- Implantar un sistema de vigilancia y protesta activa frente a manifestaciones flagrantes de estigmatización y discriminación.
- Intervenir desde la esfera psicosocial en la reducción del impacto del estigma en su recuperación, fomentando estrategias de afrontamiento para lograr una identidad recuperada.
- Estimular la participación de los afectados en la vida del municipio: participación en actividades comunitarias, utilización de recursos comunitarios, etc.
- Realización de actividades de sensibilización e información sobre los propios recursos comunitarios.
- Los profesionales de este ámbito deben incorporar la lucha contra el estigma como parte de un “certificado de profesionalidad” de las respectivas profesiones.
- Asumir la responsabilidad de ser agentes sociales de cambio, apoyando y acompañando procesos de empoderamiento de las personas con enfermedad mental.

3.2.4. Medidas puestas en marcha para reducir el estigma en el ámbito laboral:

El estigma en el ámbito laboral tiene consecuencias negativas, tanto en el acceso como en el mantenimiento de un empleo. Sin embargo lograr incorporarse al mundo laboral es un indicador de integración social y está considerado uno de los principales eslabones en el proceso de recuperación de las personas con TMG.³¹ Este tipo de estigma se asocia a personas poco productivas, incompetentes y conflictivas.

Según refleja el estudio: “El estigma de la enfermedad mental”, en la Comunidad de Madrid, sólo el 5% de las personas con TMG tenía un empleo; y de ellas, un 44% manifestaban haber sufrido algún tipo de discriminación en el ámbito laboral.²⁶ El resto de pacientes que disponen de un trabajo, desarrollan su actividad bajo el marco del empleo protegido; en Centros Ocupacionales, Centros de Rehabilitación Laboral o Centros Especiales de Empleo, en los que se asegura una remuneración y cuyo fin es la integración de las personas con discapacidad. A continuación se exponen las principales iniciativas que han fomentado la inserción laboral del enfermo mental:³¹

En Andalucía la creación de la Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de las Personas con Enfermedad Mental (FAISEM). Su objetivo es fomentar el empleo entre las personas con TMG, generando “Itinerarios Individualizados hacia el Empleo” proporcionando orientación, formación, así como la búsqueda y mantenimiento de empleo. En estos centros se ha atendido a más de 2.500 personas, de las que 321 consiguieron contratos. El 60% de los

contratos eran de corta duración y 40 de ellos fueron indefinidos. Cuentan con 115 talleres ocupacionales.

En Cataluña, existe una iniciativa social sin ánimo de lucro denominada La Fageda, cuya finalidad es conseguir la integración laboral de los estigmatizados.

En el País Vasco la organización no lucrativa Lantegi Batuak, cuya misión es generar oportunidades laborales de calidad para personas con discapacidad.

“Salud Mental y Empleo”. Es una guía que ofrece pautas a seguir para prevenir los problemas de Salud Mental, fomentar la recuperación de los mismos así como la reincorporación al trabajo destinada a los servicios de recursos humanos, disponible en: <https://consaludmental.org/centro-documentacion/salud-mental-empleo-empleadores-13395/>

Recomendaciones para la erradicación del estigma en el ámbito laboral: ^{31,54}

- Articular una red de apoyo laboral en colaboración con asociaciones de familiares e instituciones competentes y red de centros de Salud Mental.⁵⁴
- Articular políticas generales con programas específicos adaptados a las necesidades del colectivo.
- Formación de equipos especializados en la orientación socio laboral que actúen como red de apoyo.
- Formar a familiares para que colaboren activamente en el proceso de integración socio laboral.
- Lograr el apoyo legislativo, financiero y técnico de las empresas.

3.2.5. Medidas puestas en marcha para reducir el estigma en el ámbito familiar:

Se estima que en el ámbito familiar existe una doble vertiente del estigma. Por un lado, los familiares comparten estereotipos y prejuicios acerca del trastorno mental con la sociedad, por lo que suelen colaborar en el proceso de estigmatización; y por otro lado, debido a la proximidad con personas con TMG, terminan siendo receptores del estigma por el efecto contagio, generando el denominado estigma por asociación.²⁶ El diagnóstico de un trastorno mental grave, supone un impacto para la familia y provoca la ruptura de un proyecto vital. En la mayoría de las ocasiones, el cuidado del enfermo lo lleva a cabo la familia en general y las madres y hermanas en particular sobre quienes recae su tutela, produciendo una sobrecarga con importantes repercusiones en su vida y un desbordamiento familiar que terminan derivando en el ingreso hospitalario del paciente.³¹

La mayoría de las familias pueden llegar a sentirse desamparadas, por lo que la función que cumplen las asociaciones de familiares es de vital importancia. Las más destacadas son:

Asociación Vizcaína de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (AVIFES): desarrollando el documento “La familia en AVIFES” en el que se describe el proceso de cambios que se vive en la unidad familiar cuando se diagnostica la enfermedad mental de alguno de sus miembros. Disponible en: <https://consaludmental.org/publicaciones/AVIFES-APUNTES-FAMILIAS.pdf>⁵⁵

Cantabria: un grupo experto en psiquiatría, práctica clínica e investigación ha elaborado la “Guía de psicoeducación para las familias de personas diagnosticadas de psicosis” tras la experiencia desarrollada en el HUMV en su Programa Asistencial de las Fases Iniciales de la Psicosis (PAFIP). El objetivo de la guía es mejorar la educación familiar y social, describiendo con gran profundidad la psicosis. Disponible en: <https://www.amafe.org/wp-content/uploads/2015/07/GuiaPsicoedPrimerEpisoPsic2010Fe.pdf>⁵⁶

Recomendaciones para la erradicación del estigma en el ámbito familiar.³⁴

- Fomentar la implicación familiar, mediante el empoderamiento de paciente y familia como agentes activos en favor del colectivo y de la erradicación del estigma.
- Favorecer que la red familiar acepte la ayuda que desde las asociaciones familiares se presta en la gestión del autoestigma, así como la erradicación de actitudes estigmatizadoras para con sus familiares con enfermedad mental.

3.2.6. Medidas puestas en marcha para reducir el estigma en el ámbito ejecutivo y legislativo:

En nuestro país no existe una legislación específica sobre Salud Mental a nivel nacional; sin embargo los derechos de las personas con trastorno mental son protegidos por los siguientes documentos legales: La Constitución Española de 1978, la Ley general de Sanidad, la Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia (Ley 39/2006), la Ley de Autonomía del Paciente (2002), y el desarrollo del Código Penal (Ley Orgánica 10/95), que le otorga seguridad jurídica a las personas con enfermedad mental.⁵⁷

Existen iniciativas que luchan en contra de las reformas legislativas que pueden ser negativas para los enfermos mentales y que se presentan a continuación:

Confederación Salud Mental España, con la movilización social que detuvo los proyectos de reforma del Código Penal que se consideraron injustos para personas con Trastorno Mental mediante cartas dirigidas al Ministerio de Justicia, y que culminó con la recogida de firmas, que consiguió la modificación de los artículos estigmatizantes, gracias a las redes sociales y a la divulgación del vídeo “Motivos no nos faltan” (disponible en: <https://consaludmental.org/sala-prensa/asociaciones-personas-enfermedad-mental-familiares-contra-reforma-codigo-penal-17766/>)

Guía Cómo defender nuestros derechos: Es una guía que ayuda a las personas con TMG a que conozcan sus derechos como ciudadanos, amparándose en la Guía de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. (Disponible en: <https://consaludmental.org/publicaciones/Comodefendernuestrosderechos.pdf>)

Programa “In-Formándonos: La autonomía es un derecho”: Empodera a las personas con enfermedad mental con información y herramientas para poder desempeñar la labor de acogida y acompañamiento en las entidades a las que pertenecen.

Programa “Prevención y vida independiente de personas con enfermedad mental” de la Confederación Salud Mental España, dedicado al empoderamiento de las personas con enfermedad mental, de sus derechos y su participación e integración social.

Recomendaciones para la erradicación del estigma en el ámbito ejecutivo y legislativo.³¹

- Formar equipos de vigilancia capaces de reconocer tanto en la legislación vigente, como en las propuestas legislativas, leyes que no permitan ejercer el derecho a la ciudadanía a las personas con TMG.
- Sensibilización a la ciudadanía sobre la existencia de instrumentos y normas para proteger los derechos humanos de las personas con trastorno mental.
- Velar por la protección de los derechos de las personas con trastorno mental.
- Sensibilizar y formar a los agentes sociales de los ámbitos ejecutivo y legislativo sobre la importancia de eliminar el estigma y promover la recuperación de las personas con trastorno mental.
- Fomentar un movimiento asociativo activo que se mantenga expectante ante la vulneración de los derechos humanos de las personas con enfermedad mental.

3.2.7. Medidas puestas en marcha para reducir el estigma en el ámbito sanitario de Enfermería:

El sanitario, es uno de los principales ámbitos en los que se genera el estigma, debido a que las personas con trastornos mentales se ven obligadas a acudir con asiduidad a los servicios de Salud Mental además de otros servicios sanitarios. Como consecuencia de la imagen que los profesionales de salud tienen de ellos, terminan identificando sus dolencias generales con el trastorno mental que padecen. Es por esto que una de las principales quejas de este colectivo, es que cuando acuden a un servicio sanitario se le atribuyen los síntomas que presentan al trastorno mental, obviando cualquier otra dolencia y produciendo lo que podría denominarse como un “Eclipsamiento” del diagnóstico, atribuyéndose los síntomas que presentan al trastorno mental, por lo que no son adecuadamente tratados.⁵⁸

Existe evidencia científica de que el estigma hacia los trastornos mentales se puede reducir. Pero para lograrlo es imprescindible darle priorización a encontrar estrategias efectivas para que los profesionales sanitarios reconozcan que muchos comportamientos del enfermo mental, en realidad son síntomas propios de la enfermedad.⁵⁹ Los profesionales de enfermería, independientemente de si están o no especializados en Salud Mental, son fundamentales en esta lucha; debido a su relación directa con las personas afectadas y su familia. Estos profesionales se encuentran en una situación privilegiada para motivar e impulsar la lucha contra el estigma, convirtiéndose en “agentes sociales” del proceso de desestigmatización, contribuyendo así a la mejora de la situación de las personas con TMG,⁶⁰ pero según la ponencia: “El Estigma de la Enfermedad Mental en el Ámbito Hospitalario” en: “Una mirada a la enfermería de Salud Mental en el mundo” del XXVIII Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental, llevado a cabo en Tarragona en 2011, se señaló que aproximadamente el 60% de los enfermeros cree que existen prejuicios en el ámbito hospitalario, el 50% afirma que no trabajaría igual con un paciente diagnosticado de una enfermedad mental y el 36% cree que las personas con enfermedad mental son irreversibles.^{61,63}

Debe desprenderse de esto, que las actitudes que enfermería adopta, son claves en la atención prestada a las personas con TMG, pues constituyen un factor determinante en la calidad de los cuidados. Muchos son los investigadores que mantienen la hipótesis de que los efectos que producen las actitudes estigmatizadoras son tan negativos, que pueden disuadir a los afectados en la búsqueda de atención sanitaria para evitar la etiqueta de “enfermo mental”.⁶²

Es por esto que los principales objetivos que debe plantearse Enfermería para la eliminación del estigma son:⁶³

- Cuidar la discriminación en el uso del lenguaje y las etiquetas diagnósticas.
- Identificar las creencias, las actitudes y los hábitos reproductores de estigma que desarrolla Enfermería para que sean modificados.
- Confeccionar protocolos y procedimientos que permitan a Enfermería evitar el estigma y la discriminación de las personas con TMG.
- Trabajar con un modelo basado en la recuperación, identificando y promoviendo las capacidades de las personas con TMG.
- Fomentar las intervenciones interdisciplinarias necesarias que sean capaces de integrar a los medios de comunicación, la educación, los agentes sociales, las asociaciones familiares, los profesionales sanitarios y el paciente con TMG.
- Cuidar la integración social de las personas con TMG, mediante la promoción de su integración social, estimulando sus necesidades de ocio, ocupación y participación en la sociedad.
- Analizar la existencia de autoestigma en las personas afectadas de un TMG así como en sus familiares, para identificar sus efectos y poder intervenir sobre ellos.

- Educar y dotar a las personas afectadas y sus familias de los recursos necesarios, desde el momento del diagnóstico, para poder corregir ideas erróneas respecto al TMG.
- Ser agentes divulgadores en la lucha contra el estigma.

Para ello se han desarrollado las siguientes intervenciones que se aconsejan implementar en ámbito de la Enfermería: ⁶³

- Inclusión en el Plan Docente del Grado de Enfermería del tema del estigma en Salud Mental, mediante formación teórica, explicando los conceptos de estigma y Autoestigma, los prejuicios más habituales en Salud Mental, sus efectos nocivos y cómo combatirlos.
- Seminario/Práctica, incluido en el plan docente de la asignatura Enfermería de Salud Mental, del 4º Curso del Grado de Enfermería.
- Diseñar y ejecutar herramientas de evaluación del personal de Enfermería, que permitan revelar creencias y actitudes que reflejen estigma para poder incidir sobre ellas.
- Alentar a los profesionales de Enfermería a la formación continuada, que incluya la adquisición de herramientas para la erradicación del estigma en Salud Mental.
- Puesta en marcha de talleres dentro del ámbito hospitalario en los que se puedan fortalecer las capacidades de las personas con TMG, mejorar su autoestima, potenciar sus aspectos positivos y superar el autoestigma.
- Fomentar el trabajo codo con codo con otros profesionales de la salud, la comunicación, el ámbito jurídico, educativo y familiar, creando actuaciones entre el hospital y la comunidad, con la creación de talleres y seminarios que sean verdaderos lugares de encuentro entre las diferentes disciplinas para trabajar conjuntamente en la erradicación del estigma.
- Colaboración en el diseño e implementación de protocolos de actuación que sirvan de referencia a los diferentes ámbitos de aplicación, así como los criterios de evaluación del trabajo de Enfermería en Salud Mental.
- Participar en la formación del personal sanitario para la implementación de estos protocolos de actuación.
- Apoyar y formar a los afectados y sus familias, desde el momento del diagnóstico de TMG, para que sean capaces de entender su diagnóstico y puedan identificar y superar las creencias erróneas y los estereotipos sociales que generan discriminación.
- Colaborar en las campañas de erradicación del estigma por motivos de Salud Mental siendo parte activa en las campañas y protestas propuestas.
- Uso de manuales de estilo y otras herramientas que permitan utilizar un vocabulario adecuado, utilizando palabras y expresiones que no reproduzcan y/o refuercen el estigma.

4. Conclusión.

Durante la búsqueda de bibliografía previa a la realización de este TFG se ha podido comprobar que el estigma que sufren las personas diagnosticadas con Trastorno Mental Grave ha sido ampliamente estudiado, permitiendo evidenciar que es un concepto ligado a siglos de desconocimiento. La evidencia señala, que en la actualidad existen actitudes y comportamientos negativos hacia las personas con este tipo de enfermedades por lo que desarrollan una alta probabilidad de ser excluidos socialmente. A pesar de que la reforma psiquiátrica y la desinstitucionalización liberaron a los enfermos mentales del encierro, poco se ha podido hacer en la lucha contra la barrera invisible del aislamiento que conlleva el estigma. Si algo queda patente en siglo XXI, es que la enfermedad mental continúa siendo una gran desconocida, pues la percepción que la sociedad mantiene del paciente diagnosticado de un TMG, continúa sesgada por el desconocimiento y la desinformación.

En la elaboración de este TFG se ha podido constatar que el fenómeno de la antipsiquiatría supuso una transformación profunda en la atención psiquiátrica al enfermo mental en nuestro país con el desarrollo de una nueva estructura organizativa, que contempló el reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria pública, abandonando la esfera de la beneficencia, junto con la creación de una nueva red de centros creados para este fin en el Sistema Nacional de Salud, el desarrollo de medidas legislativas creadas para mejorar los derechos humanos y la promoción de actitudes más favorables tanto a los propios pacientes como a su tratamiento.

A nivel nacional debe destacarse el hecho de que existen diferencias marcadas entre Comunidades Autónomas. Andalucía, Aragón, Castilla la Mancha, Castilla León, Cataluña, Extremadura, Galicia, Madrid y País Vasco cuentan con planes integrales y estratégicos contra el estigma en sus planes de salud. El resto de comunidades disponen de protocolos de actuación; salvo Cantabria, es la única, que no tiene un plan de lucha contra el estigma como tal, motivo por el cual se propone una encuesta como técnica de investigación, para la medición del estigma en la Comunidad Autónoma de Cantabria y que queda recogida en el anexo 1.

A nivel mundial, la búsqueda de documentación que analizase las intervenciones globales antiestigma, reveló que la mayoría de las estrategias llevadas a cabo eran relativamente recientes, observándose un aumento en el número de acciones a partir del año 2003, encabezando la lucha contra el estigma países como Estados Unidos en primer lugar, seguido de Gran Bretaña y Australia. Las estrategias principales llevadas a cabo en estos países fue fundamentalmente la educación, mediante la impartición de conocimientos en el ámbito educativo.

En la actualidad, el estigma del trastorno mental, lejos de reducirse, es un problema que se ha incrementado, como evidencia el estudio “Estigma y Enfermedad Mental: análisis de las actitudes de rechazo social y estigmatización que sufren las personas con enfermedad”²⁶ llevado a cabo desde la Universidad Complutense de Madrid y financiado por la Obra Social Caja Madrid. En él se recoge que los estereotipos más repetidos son el de peligrosidad y violencia y que ambos son generadores de discriminación y rechazo social cuya consecuencia es finalmente el aislamiento y la desesperanza de la persona con enfermedad mental.

El estigma es un complejo fenómeno que requiere de intervenciones multidisciplinares para su eliminación. Poco o nada podría conseguirse si no se lucha de modo coordinado desde los diferentes ámbitos de aplicación como la escuela, la familia, los centros sanitarios o el poder judicial. Tanto es así, que el ámbito educativo, sanitario, laboral o el de los medios de comunicación han sido objeto de multitud de estudios, arrojando éstos, una serie de datos interesantes como que la mejor estrategia para reducir el estigma es el contacto directo y la

interacción con el paciente mental, siendo ésta una estrategia que permite reducir el estigma así como desarrollar su propio empoderamiento y disminuir el autoestigma fomentando su autoestima. La educación de la población, mediante información rigurosa sobre el TMG, es esencial para combatir el estigma, pues existe evidencia de que la educación por medio de campañas dirigidas a la población reduce de forma significativa la actitud negativa hacia este colectivo. Además, desde los centros educativos debe hacerse especial hincapié en el estigma, pues es en este ámbito, donde suelen comenzar las primeras manifestaciones de la enfermedad mental y por consiguiente las primeras discriminaciones.

Los medios de comunicación son otro pilar fundamental en esta lucha, pues los resultados que se han obtenido en los estudios llevados a cabo, confirman que el tratamiento que se da al TMG es inadecuado y perpetúa el estigma. En este ámbito, las intervenciones y recomendaciones pasan por aconsejar que los medios de comunicación transmitan información veraz y sobre todo positiva, basada en guías de estilo, que sea capaz de generar en la sociedad una repuesta de tolerancia propia del siglo XXI.

Otra línea de intervención imprescindible, son sin duda las familias, pues sobre ellos recae toda la responsabilidad del cuidado. Esta tarea conlleva connotaciones emocionales, físicas y sociales pudiendo resultar agotadora por lo que deben ser apoyadas y formadas desde el momento del diagnóstico de TMG. Existen programas dirigidos al ámbito familiar destinados a empoderar al cuidador informal mediante la orientación, el apoyo, la comunicación así como al intercambio de experiencias, para desarrollar estrategias de afrontamiento efectivas.

En lo que respecta al poder judicial y al marco legislativo la estrategia más efectiva ha sido la protesta frente a la aprobación de leyes consideradas injustas para el colectivo. A pesar de que no se han identificado medidas definidas para abordar el estigma en este ámbito, existen dos iniciativas que luchan en contra de las reformas legislativas que pueden ser negativas para los enfermos mentales gracias a la movilización social encabezada por asociaciones sin ánimo de lucro y de familiares.

Como línea estratégica fundamental en la reducción del estigma debe destacarse además el ámbito sanitario y sus profesionales, pues existe evidencia de que mantienen actitudes discriminatorias hacia el enfermo mental, al igual que la población general, a pesar de que las actitudes del personal sanitario que desarrolla su trabajo en unidades de Salud Mental, son más positivas. La erradicación del estigma en los profesionales sanitarios es de vital importancia, no solo en la atención al paciente, sino también en su evolución y en su recuperación, destacando de este modo la figura de la enfermera como el profesional sanitario fundamental en el abordaje del enfermo mental grave para su reinserción en la sociedad. Enfermería debe mantenerse alerta y tratar de evitar la aparición del estigma debido a las negativas consecuencias que supondría para la recuperación del paciente, así como luchar por su eliminación una vez esté instaurado.

Existen diferencias significativas entre Enfermería Generalista y Enfermería Especialista en Salud Mental en cuanto a actitudes estigmatizadoras se refiere, pues según varios estudios la mayoría de los enfermeros no especialistas consideran insuficientes sus conocimientos sobre psiquiatría, mientras que aquellos enfermeros que trabajan en contacto directo con el enfermo mental, presentan conductas menos estigmatizadoras. Dado que se encuentran en contacto directo y continuo con los pacientes, es necesario que evidencien, que este tipo de pacientes diagnosticados de TMG en realidad presentan menos conductas delictivas y peligrosas que el resto de la sociedad.

Las estrategias eficaces en la lucha contra el estigma son por un lado las campañas de sensibilización, la protesta, la educación, la información y la atención dentro de la comunidad realizada por profesionales de diferentes ámbitos altamente cualificados y que presten unos servicios de calidad, y por otro lado es necesario el contacto directo con las personas afectadas. Todas y cada una de estas iniciativas por pequeña que parezca, desempeñan un papel fundamental en la lucha contra el estigma, para lograr construir sociedades más justas capaces de respetar los derechos humanos

Se puede afirmar entonces, que el paciente psiquiátrico se encuentra sometido a un proceso denominado estigmatización, cuya consecuencia más directa es la discriminación diaria por parte de la sociedad, afectando todas las áreas de su vida y generando la exclusión social. Estas personas, a menudo se encuentran con graves restricciones en el ejercicio de sus derechos tanto políticos como civiles y al obstáculo desproporcionado en el mundo laboral que les impide un grado de independencia, del mismo modo que ven mermado el acceso a una atención sanitaria y social sobre la que pivota una buena Salud Mental. Es por todo esto, que los expertos califican las consecuencias del estigma como demoledoras. Si hay algo que queda patente en la sociedad actual, es que las personas aquejadas de una enfermedad mental deben enfrentarse a diario a dos problemas: la sintomatología propia de su enfermedad y el estigma que conlleva.

Muchas son las creencias erróneas acerca de los enfermos mentales y sus comportamientos y muchos son los términos arraigados en el lenguaje popular durante siglos, generadores de discriminación y que con frecuencia aparecen en los medios de comunicación con noticias sensacionalistas. A pesar de los esfuerzos de los expertos por erradicarlas, los avances han sido escasos debido en gran parte a que las creencias están fuertemente arraigadas por efecto de largos años de desatención, abandono y miedo ante comportamientos, que la sociedad no sabe explicar. Sin duda alguna, la solución a estos retos, pasa por mantener los logros alcanzados en Salud Mental, e implementar intervenciones que hagan frente a desafíos como el estigma, sin olvidarse de futuras líneas de investigación, para de una vez por todas, conseguir su erradicación.

“Tal vez llegará un día en que ya no sabremos lo que era la locura. El progreso de la medicina podrá hacer desaparecer la enfermedad mental, como lo ha hecho con la lepra y la tuberculosis, pero una cosa permanecerá, y es la relación del hombre con sus fantasmas, su imposible, su dolor sin cuerpo, su carcasa de noche. Una vez eliminada la enfermedad quedará en el recuerdo intemporal de la oscura pertenencia del hombre al mal, obstinándose como desgracia”.

Paul-Michel Foucault (1926-1984)

Referencias bibliográficas.

1. Alcántara Moreno G. La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. Sapiens. Revista Universitaria de Investigación 2008;9(1):93-107.
2. Stucchi-Portocarrero S. Estigma, discriminación y concepto de enfermedad mental. Rev Asoc Esp Neuropsiq. 2014;76(4):218-223.
3. Salaverry O. (2012). La piedra de la locura: inicios históricos de la Salud Mental Rev Peru Med Exp. 29(1):143-48.
4. Fernández Vázquez A. Cambio en la noción de la locura. El Hospital de los Inocentes de Valencia. Cultura de los Cuidados. Revista de Enfermería y Humanidades. 2015;19(41):106-113.
5. Foucault M. Historia de la locura en la época clásica. Madrid: Fondo de Cultura Económica; 1967.
6. Peset J. La revolución hipocrática de Philippe Pinel. Asclepio. 2005;55(1):263-280.
7. López-Ibor J. La fundación en Valencia del primer hospital psiquiátrico del mundo. Actas Esp Psiquiatr. 2008;36:1-9.
8. Pastor Martín J, Ovejero Bernal A. Historia de la locura en la época clásica y el movimiento antipsiquiátrico. Revista de Historia de la Psicología. 2009;30(2-3):293-299.
9. Hernández Monsalve M. La rehabilitación psicosocial entre la desinstitucionalización y la recuperación. Rev Asoc Esp Neuropsiq. 2018;37(131):171-187.
10. Constitución Española de 1978. Boletín Oficial del Estado, nº 311, de 29 de diciembre de 1978. [Internet] 1978; Consultada el 16 de Noviembre de 2017. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1978-31229>
11. Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad. Boletín Oficial del Estado, nº 102, de 29 de abril de 1986. [Internet] 1986; Consultada el 16 de Noviembre de 2017. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1986-10499>
12. López M, Laviana M, Fernández L, López A, Rodríguez A, Aparicio A. La lucha contra el estigma y la discriminación en Salud Mental: Una estrategia compleja basada en la información disponible. Rev Asoc Esp Neuropsiq. 2008;28(1):43-83
13. Organización Mundial de la Salud. Salud Mental: Un estado de bienestar. [Internet] Diciembre 2013; Consultada el 16 de Marzo de 2018. Disponible en: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
14. Magallares San Juan A. El estigma de los trastornos mentales: Discriminación y exclusión social. Quaderns de psicología. 2011;13(2):7-17.
15. Blanco de la Calle A, Navarro Bayón D, Pastor Martínez A. Manual de rehabilitación del trastorno mental grave. Madrid: Síntesis; 2012.

16. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-I+CS; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: I+CS Nº 2007/05. [Internet] 2009; Consultada el 10 de Marzo de 2018. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_453_TMG_ICs_compl.pdf
17. Madoz Gurrpide A, Ballesteros Martín J, Leira San Martín M, García Yagüe E. Enfoque en la atención integral a los pacientes con trastorno mental grave treinta años después de la reforma psiquiátrica. Rev Esp Salud Pública. 2017;91(18):1-11.
18. Ley 16/2003 de 28 de Mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. Boletín Oficial del Estado, nº 128 de 29 de Mayo de 2003. [Internet] 2003; Consultada el 10 de Enero de 2018. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-10715>
19. Ley 51/2003 de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad. Boletín Oficial del Estado, nº. 289 de 3 de diciembre de 2003. [Internet] 2003; Consultada el 27 de Diciembre de 2017. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2013-12632>
20. Haro J, Palacín C, Vilagut G, Martínez M, Bernal M, Luque I et al. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. Med Clín. 2006;126(12):445-451
21. De Pedro Cuesta J, Saiz Ruiz J, Roca M, Noguer I. Salud Mental y Salud Pública en España: Vigilancia epidemiológica y prevención. Psiqu Biol. 2016;23(2):67-73
22. Organización Mundial de la Salud. Trastornos Mentales. Nota descriptiva Abril 2017. [Internet] 2017; Consultada el 2 de Marzo de 2018. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/es/>
23. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, 2009-2013. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, Centro de Publicaciones. [Internet] 2011; Consultada el 3 de Marzo de 2018. Disponible en: <http://www.aepcp.net/arc/SaludMental2009-2013.pdf>
24. Juan i Porcar M, Lledó Guillamón G, Pedraz Marcos A, Palmar Santos A. Cuidado familiar de la persona con trastorno mental grave: una revisión integradora. Rev Latino-Am Enfermagem. 2015;23(2):352-360.
25. Programa de atención a personas con Trastorno Mental Grave. Pamplona: Departamento de Bienestar social, deporte y juventud. Gobierno de Navarra. [Internet] 2005; Consultado el 6 de Marzo de 2018. Disponible en: <https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/B66BCCE6-6744-4560-83E7-7729EE54C2D1/152344/PROGRAMATMG1.pdf>
26. Muñoz M, Pérez Santos E, Crespo M, Guillén A. Estigma y enfermedad mental. Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental. Madrid: Complutense. [Internet] 2009; Consultada 6 de Marzo de 2018. Disponible en: <http://biblioteca.ucm.es/ecsa/9788474919806.pdf>

27. Ochoa S, Martínez F, Ribas M, García-Franco M, López E, Villellas R et al. Estudio cualitativo sobre la autopercepción del estigma social en personas con esquizofrenia. *Rev Asoc Esp Neuropsiq.* 2011;31(3):477-489.
28. Estrategias de lucha contra el estigma en Salud Mental. Cataluña: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Gobierno de España; Dossiers del tercer sector. [Internet] 2013; Consultada 6 de Marzo de 2018. Disponible en: https://consaludmental.org/publicaciones/Estrategia_lucha_estigma_salud_mental.pdf
29. Goffman E. Estigma: La identidad deteriorada. Buenos Aires: Amorrortu; [Internet] 1980; Consultada 12 de Diciembre de 2017. Disponible en: <https://sociologiaycultura.files.wordpress.com/2014/02/goffman-estigma.pdf>
30. Runte Geidel A. Estigma y Esquizofrenia: Qué piensan las personas afectadas y sus cuidadores. [Tesis Doctoral]. Universidad de Granada; [Internet] 2005; Consultada el 12 de Marzo de 2018. Disponible en: <http://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/766/15750784.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
31. Cazzaniga Presenti J, Suso Araico A. Salud Mental e inclusión social. Situación actual y recomendaciones contra el estigma. Madrid: Confederación Salud Mental España. [Internet] 2015; Consultado el 2 de Diciembre de 2017. Disponible en: <https://consaludmental.org/publicaciones/Salud-Mental-inclusion-social-estigma.pdf>
32. Arnaiz A, Uriarte J. Estigma y enfermedad mental. *Revista Norte de Salud Mental.* 2006;26:49-59.
33. Yang L, Valencia E, Alvarado R, Link B, Huynh N, Nguyen K et al. A theoretical and empirical framework for constructing culture-specific stigma instruments for Chile. *Cad Saúde Colet.* 2013;21(1):71-79.
34. Arbaizagoitia Tellería A, Cano M, Arbaiza A, Encinas R, Iglesias Y, San Pedro A. La realidad del estigma social entre las personas con enfermedad mental en la CAPV. País Vasco: FEDEAFES. [Internet] 2013; Consultada 16 de Marzo de 2018. Disponible en: <https://consaludmental.org/publicaciones/EstudioEstigmaEnfermedadMentalEuskadi.pdf>
35. Mascayano Tapia F, Lips Castro W, Mena Poblete C, Manchego Soza C. Estigma hacia los trastornos mentales: características e intervenciones. *Salud Mental.* 2015;38(1):53-58.
36. Townsend Browne D. Attitudes of mental health professionals toward mental illness: comparisons and predictors: a project based upon an investigation at Department of Youth Services, Massachuset. Massachusetts: Theses, Dissertations, and Projects. [Internet] 2010; Consultada 16 de Marzo de 2018. Disponible en: <https://scholarworks.smith.edu/cgi/viewcontent.cgi?referer=https://www.google.es/&httpsredir=1&article=2194&context=theses>

37. Grandón Fernández P, Saldivia Bórquez S, Cova Solar F, Bustos Navarrete C, Turra Chávez V. Análisis psicométrico y adaptación de la escala de actitudes comunitarias hacia la enfermedad mental (CAMI) en una muestra chilena. *Universitas Psychologica*. 2016;15(2):153-162.
38. Corrigan P, Shapiro J. Measuring the impact of programs that challenge the public stigma of mental illness. *Clinical Psychology Review*. 2010;30(8):907-922.
39. Evans-Lacko S, Little K, Meltzer H, Rose D, Rhydderch D, Henderson C et al. Development and Psychometric Properties of the Mental Health Knowledge Schedule. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2010;55(7):440-448.
40. Luty J, Fekadu D, Umoh O, Gallagher J. Validation of a short instrument to measure stigmatised attitudes towards mental illness. *Psychiatric Bulletin*. 2006;30(7):257-260.
41. Mora-Ríos J, Bautista-Aguilar N, Natera G, Pedersen D. Adaptación cultural de instrumentos de medida sobre estigma y enfermedad mental en la Ciudad de México. *Salud Mental*. 2013;36(1):9-18.
42. Muñoz M, Pérez-Santos E, Crespo M, Guillén AI, Izquierdo S. La enfermedad mental en los medios de comunicación: un estudio empírico en prensa, radio y televisión. *Clínica y Salud*. 2011;22(2):157-73.
43. Mateo Aguilar E. Estudio sobre el trato del colectivo con trastornos mentales de los periódicos El País y El Mundo, desde 1997 a 2011. *Rev Esp Comun Salud*. 2012;4(2):83-92.
44. La comunicación pública sobre la Salud Mental. Informe Quiral 2016. Barcelona: Fundación Privada Vila Casas et al. [Internet] 2016; Consultado el 2 de Abril de 2018. Disponible en: <https://consaludmental.org/publicaciones/Informe-Quiral-2016-salud-mental.pdf>
45. Andrés Pueyo A, Redondo Illescas S. Predicción de la violencia: Entre la peligrosidad y la valoración del riesgo de violencia. *Papeles del Psicólogo*. 2007;28(3):157-173
46. Pérez Álvarez C, Bosqued Molina L, Nebot Macías M, Guilabert Vidal M, Pérez Zaera J, Quintanilla López M. Esquizofrenia en la prensa: ¿El estigma continúa? *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. 2015;35(128):721-730.
47. Pons Prata J, Galbany Estragués P. Evolución de los cuidados enfermeros en Salud Mental y su relación frente al estigma. *Rev Esp Enferm salud mental*. 2017;1:28-34.
48. Muñoz M, Guillén I, Pérez Santos E. La lucha contra el estigma de la enfermedad mental: Razones para la esperanza. *Revista de Rehabilitación Psicosocial*. 2013;10(2):10-19
49. Los pacientes de un psiquiátrico protagonizan el nuevo spot de Aquarius. *Anuncios.com*. 22 de febrero de 2008. [Internet] 2008; Consultado el 17 de Abril de 2018. Disponible en: <http://www.anuncios.com/campana-creatividad/mas-anuncios/1024093008001/pacientes-psiquiatrico-protagonizan-spot-aquarius.1.html>

50. López M, Laviana M, López A. Estigma social, violencia y personas con trastornos mentales graves. En Márquez I, Fernández A, Pérez-Sales P. Violencia y Salud Mental. Salud Mental y violencia institucional, estructural, social y colectiva. Madrid: AEN, 2009:187-207
51. Pescosolido B. The Public Stigma of Mental Illness: What do we think; What do we know; What can we prove? Journal of Health and Social Behavior. 2013;54(1):1-21.
52. Mena Jiménez A, Bono del Trigo Á, López Pardo A, Díaz del Peral D. Reflexiones en torno a la sensibilización de medios de comunicación sobre el estigma de la enfermedad mental. Rev Asoc Esp Neuropsiq. 2010;30(4):597-611.
53. Badallo Carbajosa A, García-Arias S, Yélamos L. La situación de estigmatización en el entorno de un recurso de rehabilitación psicosocial. Rev Asoc Esp Neuropsiq. 2013;33(120):737-747.
54. López M, Fernández L, Laviana M, Aparicio A, Perdiguero D, Rodríguez A. Problemas de Salud Mental y actitudes sociales en la ciudad de Sevilla: Resultados generales del estudio "Salud Mental: imágenes y realidades". Rev Asoc Esp Neuropsiq. 2010;30(2):219-248
55. Maluenda J, Ceballos I. La familia en AVIFES. Apuntes AVIFES. Cuadernos técnicos. 1st ed. Bizkaia: Diputación Foral de Bizkaia. [Internet] 2014; Consultada el 16 de abril de 2018. Disponible en: <https://consaludmental.org/publicaciones/AVIFES-APUNTES-FAMILIAS.pdf>
56. Crespo Facorro B, Pérez Iglesias R, Gayte L, Peña M, Mata Pastor I, Rodríguez J, et al. Guía de Psicoeducación para las familias de personas diagnosticadas de psicosis, Gobierno de Cantabria. Santander: Dirección General de Ordenación, Inspección y Atención Sanitaria. Consejería de Sanidad. Gobierno de Cantabria. [Internet] 2008; Consultada el 27 de abril de 2018. Disponible en: <http://www.mentalclinic.es/wp-content/uploads/2012/10/Guiapsicoeducacionfamiliaspsicosis.pdf>
57. González Álvarez O. Enfermedad mental, estigma y legislación. Rev Asoc Esp Neuropsiq. 2009;29(2):176-182.
58. Ibáñez Jiménez B, Pérez García C, Barrios Sánchez M, Buzón Romero M, Ramírez Morgado M, Orozco R. Influencia del estigma en la atención a pacientes con trastorno mental que padecen dolencias físicas. Presencia. 2014;10(20).
59. Bates L, Stickley T. Confronting Goffman: How can mental health nurses effectively challenge stigma? A critical review of the literature. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. 2012;20(7):569-575.
60. Serafini G, Pompili M, Haghighat R, Pucci D, Pastina M, Lester D et al. Stigmatization of schizophrenia as perceived by nurses, medical doctors, medical students and patients. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. 2011;18(7):576-585
61. Barranco Martínez A, López Sánchez O, Montilla Palma M. El Estigma de la Enfermedad Mental en el Ámbito Hospitalario. XXVIII Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental. Madrid: Asociación Española de Enfermería de Salud Mental; 2011.

62. Kassam A, Glozier N, Leese M, Henderson C, Thornicroft G. Development and responsiveness of a scale to measure clinicians' attitudes to people with mental illness (medical student version). *Acta Psychiatr Scand.* 2010;122(2):153-161.
63. María Sampietro H. Proyecto Buenas Prácticas de Enfermería y Salud Mental. Erradicación del Estigma. Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e igualdad. [Internet] 2014; Consultado el 29 de Abril de 2018. Disponible en: <http://www.academia.cat/files/425-8231-DOCUMENT/buenaspracticass.pdf>

Bibliografía complementaria.

Artigue J, Tizón J. Una revisión sobre los factores de riesgo en la infancia para la esquizofrenia y los trastornos mentales graves del adulto. *Atención Primaria*. 2014;46(7):336-356.

Castillo Lasala M, Orna Díaz L, Pérez Rojo J. Una visita contra el estigma y por la prevención en un centro de tratamiento para trastorno mental grave. *Arteterapia Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*. 2013;7(0):281-294.

Desviat M. La antipsiquiatría: crítica a la razón psiquiátrica. *Norte de salud Mental*. 2018;25(1):8-14.

Fresán A, Robles García R, De Benito L, Saracco R, Escamilla R. Desarrollo y propiedades psicométricas de un instrumento breve para evaluar el estigma de agresividad en la esquizofrenia. *Actas Esp Psiquiatr* 2010;38(6):340-344.

Flores Reynoso S, Medina Dávalos R, Robles García R. Estudio de traducción al español y evaluación psicométrica de una escala para medir el estigma internalizado en pacientes con trastornos mentales graves. *Revista salud Mental*. 2011;34(4):333-339.

Gasiain Sáenz F, Ramírez Gorostiza A, Zurbano Sáenz E. Enfermería psiquiátrica comunitaria en salud mental de Álava. «Del hospital... a la comunidad». *Cultura de los Cuidados Revista de Enfermería y Humanidades*. 1998;(04):21-25.

Guía para Elaborar Referencias Bibliográficas. Estilo Vancouver. Directrices de Publicaciones Científicas. *Rev Fac Cienc Méd*. 2008;75-80.

González Parra S, Molina J, Huertas D, Blasco Fontecilla H, Mora Mínguez F, Pascual Pinazo F. Violencia asociada con los trastornos esquizofrénicos. *Archivos de Psiquiatría* 2008;71(2-4):109-127.

Laviana M. La atención a las personas con Esquizofrenia y otros trastornos mentales graves desde los servicios públicos: una atención integral e integrada en un modelo comunitario. *Apuntes de psicología*. 2006;24:345-373.

Libro Verde. Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de Salud Mental. Bruselas: Comisión de las Comunidades Europeas. [Internet] 2005; Consultado el 2 de Marzo de 2018. Disponible en: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_es.pdf

León Castro H. Estigma y enfermedad mental: Un punto de vista histórico-social. *Revista de psiquiatría y salud mental Hermilio Valdizán*. 2005;6(1):33-42.

López M, Laviana M, Álvarez F, González S, Fernández M, Peláez V et al. Actividad productiva y empleo de personas con trastorno mental severo: Algunas propuestas de actuación basadas en la información disponible. *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatría*. 2004;(89):31-65.

López M, Laviana M. Intervenciones no voluntarias en salud mental. Consideraciones sobre la propuesta de autorización judicial del tratamiento ambulatorio involuntario. *Rehabilitación Psicosocial*. 2006; 3(2):28-36.

López-Santiago J, Blas L, Gómez M. Efectividad de un programa de tratamiento asertivo comunitario para pacientes con trastorno mental grave. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 2012;17(1):1-10.

María Sampietro H. Enfermedad Mental y Violencia en los Medios de Comunicación. ¿Una asociación ilícita? *Quaderns de Psicologia*. 2010;12(1):95-107.

Martín Padilla E, Obando Posada D, Sarmiento Medina P. La adherencia familiar en el trastorno mental grave. *Atención Primaria*. 2017:1-8.

Martínez Jambrina J. El modelo Avilés para la implantación del tratamiento asertivo comunitario: un pacto con la realidad. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*. 2007; 7(2): 147-159.

Martínez Jambrina J. Peñuelas Carnicero E. Tratamiento asertivo comunitario: el modelo Avilés. *Archivos de Psiquiatría*. 2007; 70(2): 77-82.

Mera Domínguez S, García Suárez DC, Díaz Domínguez M. Efectividad de la intervención domiciliar de la enfermera especialista en salud mental en pacientes con Trastorno Mental Grave. *Biblioteca Lascasas*, 2011;7(3).

Miric M, Álvaro J, González R, Torres A. Microsociología del estigma: aportes de Erving Goffman a la conceptualización psicosociológica del estigma social. *Psicología y Saber Social*. 2018;6(2):172-185.

Programa de acción para superar las brechas en Salud Mental: Mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias. Ginebra: OMS. [Internet] Consultada el 2 de Marzo de 2018. Disponible en: <http://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/resource/mhGAP%20Mental%20Health%20Gap%20Action%20Programme%20Spanish.pdf>

Ruiz M, Montes J, Correas Lauffer J, Álvarez C, Mauriño J, Perrino C. Opiniones y creencias sobre las enfermedades mentales graves (esquizofrenia y trastorno bipolar) en la sociedad Española. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. 2012; 05(2):98-106.

Saiz Galdós J, Chévez Mandelstein A. La Intervención Socio-Comunitaria en Sujetos con Trastorno Mental Grave y Crónico: Modelos Teóricos y Consideraciones Prácticas. *Intervención Psicosocial*. 2009;18(1): 75-88.

Vázquez Bourgon J, Salvador Carulla L, Vázquez Barquero JL. Alternativas comunitarias a la hospitalización de agudos para pacientes psiquiátricos graves. *Actas Esp Psiquiatr*. 2012;40(6): 323-32.

Zarragoitia Alonso I. La estigmatización en la depresión. *Revista Argentina de Clínica Neuro-psiquiátrica*. 2010; 16(3);254-268.

Glosario.

Adherencia terapéutica: Implicación activa y voluntaria del paciente en un curso de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo con el fin de producir un resultado terapéutico deseado.

Centros de rehabilitación psicosocial (CRPS): Este servicio ofrece una atención integral especializada durante el día a las personas que padecen enfermedad mental: trastornos psiquiátricos graves o problemas mentales crónicos, con el objetivo de mejorar o mantener el mejor nivel posible de autonomía personal y apoyar a las familias.

Comorbilidad en psiquiatría: el efecto de una enfermedad o enfermedades en un paciente cuya enfermedad primaria es otra distinta.

Patología Dual: La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la comorbilidad o diagnóstico dual como la coexistencia en el mismo individuo de un trastorno inducido por el consumo de una sustancia psicoactiva y de un trastorno psiquiátrico.

Conductas prosociales: Actos realizados en beneficio de otras personas; maneras de responder a estas con simpatía, condolencia, cooperación, ayuda, rescate, confortamiento y entrega o generosidad.

Curatela: sirve para completar la capacidad de la persona en aquellas áreas concretas de la vida diaria (bienes, salud y administración extraordinaria) que el juez haya señalado en la sentencia. El curador, a diferencia del tutor, asiste y complementa a la persona que representa solo en aquellas áreas concretas que determina la sentencia.

Discapacidad: Según la OMS «Dentro de la experiencia de la salud, una discapacidad es toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano.»

Discriminación: Acción por la cual los miembros de un colectivo estereotipado son privados de sus derechos.

Esteriotipo: Conjunto de creencias erróneas, que la mayoría de la población tiene en relación a un determinado grupo de personas y que condicionan la percepción y valoración del grupo.

Estigma: Atributo profundamente devaluador que degrada a la persona portadora del mismo. E. Goffman, 1963.

Estigmatizado: Se refiere al individuo que posee el atributo devaluador y que posee un valor social negativo.

Estigmatización: Es el proceso a través del cual el estigma convierte al estigmatizado en un individuo marginado y desviado de la norma.

Exclusión Social: Incapacidad de participar de forma efectiva en la vida económica, social, política y cultural. Alienación y distancia de la sociedad dominante. K. Duffy 1995.

Interdisciplinar: Se realiza con la colaboración de varias disciplinas.

Lobotomía: Cirugía consistente en la ablación total o parcial de los lóbulos frontales del cerebro.

Multidisciplinar: Actividad que se lleva a cabo en colaboración con diferentes disciplinas.

Nivel de evidencia: Clasificación jerárquica de la evidencia según el rigor científico del diseño de los estudios.

Prejuicio: Disposición de la población general para actuar de una manera habitualmente negativa hacia los miembros del colectivo estereotipado

Recaída: Incremento de síntomas de la enfermedad tras un periodo de reducción o supresión de los mismos. Puede ser definido de forma operativa como equivalente a “rehospitalización”, incremento en la intensidad de los cuidados incremento de la gravedad psicopatológica, como disminución del funcionamiento social o incluso como necesidad de cambio en la atención clínica.

Trepanación craneal: Acción de Trepanar. Técnica médica que consistía en agujerear el cráneo u otro hueso con fin curativo o diagnóstico.

Tutela: tiene por finalidad velar por el bienestar de aquellas personas que no son capaces de cuidar de sí mismas y representarla en aquellos ámbitos indicados por el juez en la sentencia. Está designado por y bajo la salvaguarda del juez. Se puede nombrar tutor/a a aquella persona que el juez considere más idónea, siempre que se encuentre en pleno ejercicio de sus derechos civiles. También puede serlo una persona jurídica, esto es, entidades, fundaciones o asociaciones sin finalidad lucrativa y entre cuyos fines figure la protección a personas incapacitadas.

Unidad hospitalaria de tratamiento y rehabilitación de media-larga estancia: Es un dispositivo de hospitalización y atención psiquiátrica dentro del área de Salud Mental que atiende a pacientes afectados y diagnosticados de enfermedad mental mayores de 18 años. Es una unidad de hospitalización específica con un tiempo de estancia aproximado de 6 meses, pudiéndose prolongar hasta 12 meses cuando las circunstancias del usuario así lo aconsejen.

Anexos.

ANEXO 1:

PROPUESTA DE ENCUESTA PARA LA MEDICIÓN DE ESTIGMA EN LA C.A DE CANTABRIA

		TOTALMENTE EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	NI DE ACUERDO NI DESACUERDO	DE ACUERDO	TOTALMENTE DE ACUERDO
1	Nunca me he sentido rechazado por la sociedad.					
2	Las personas con TMG no deberían tener hijos, pues no pueden hacerse cargo de ellos.					
3	Las personas con trastorno mental grave lograrían mejorar si se les facilitara una mayor integración en la sociedad.					
4	Es posible la recuperación gradual de las personas con Enfermedad Mental Grave como la Esquizofrenia.					
5	Es posible la recuperación social de las personas con enfermedad mental grave.					
6	Los pacientes con TMG que perciben una pensión son unos vagos.					
7	Un enfermo mental grave no se puede recuperar.					
8	Un enfermo mental grave no puede trabajar.					
9	Un puesto de trabajo es la clave para la reinserción social de las personas con enfermedad mental.					
10	La información veraz y adecuada es la clave para la reinserción social de las personas con enfermedad mental.					
11	Los familiares son quienes deben atender a las personas con enfermedad mental grave.					
12	Intentaría tener contacto con un paciente diagnosticado con TMG.					
13	Es necesaria más ayuda para las personas con enfermedad mental y sus familias.					
14	Los recursos existentes en Cantabria para la atención al paciente con TMG son suficientes.					
15	Nunca tendría un amigo/a con Enfermedad Mental Grave.					
16	Me sentiría seguro cerca de una persona con enfermedad mental grave.					
17	¿Considera que las personas diagnosticadas con trastorno mental grave son peligrosas?					
18	Sentiría miedo si estuviera a solas con una persona con TMG.					
19	¿Le asustaría una persona con trastorno mental grave?					
20	Sentiría pena por una persona con TMG.					
21	Las personas con enfermedad mental grave suponen un riesgo para la sociedad si no se les hospitaliza.					
22	Evitaría realizar una entrevista de trabajo a una persona con enfermedad mental grave.					
23	Evitaría contratar a una persona con TMG.					
24	Si fuera propietario nunca alquilaría un piso a una persona con TMG.					
25	Es probable que ayudara a las personas con TMG.					

