

**ENFERMEDAD MENTAL Y ESTIGMA SOCIAL: UNA PROPUESTA DE
INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL**

**MENTAL ILLNESS AND SOCIAL STIGMA: A PROPOSAL FOR
PSYCHOSOCIAL INTERVENTION**



Autora: Nerea de Pedro de la Varga

Tutora: Dra. María Luisa Cuenca Montesino

Trabajo de Fin de Máster

Máster Universitario en Psicología Social

Universidad Complutense de Madrid

Curso 2023-2024



DECLARACION DE NO PLAGIO

D./Dña. Nerea de Pedro de la Varga con DNI XXXXXXXXXX, estudiante de Máster Universitario en Psicología Social de la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid, curso 2023 /2024 como autor/a de este documento académico titulado: ENFERMEDAD MENTAL Y ESTIGMA SOCIAL: UNA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL y presentado como Trabajo Fin de Máster, para la obtención del título correspondiente, cuyo tutor es Dra. María Luisa Cuenca Montesino.

DECLARO QUE:

El Trabajo de Fin de Máster que presento está elaborado por mí, es original, no copio, ni utilizo ideas, formulaciones, citas integrales e ilustraciones de cualquier obra, artículo, memoria o documento (en versión impresa o electrónica), sin mencionar de forma clara y estricta su origen, tanto en el cuerpo del texto como en la bibliografía. Asimismo, no he hecho uso de información no autorizada de cualquier fuente escrita, de otra persona, de trabajo escrito de otro o cualquier otra fuente.

Soy plenamente consciente de que el hecho de no respetar estos extremos es objeto de sanciones universitarias y/o de otro orden.

En Somosaguas, a 17 de junio de 2024

Fdo.: Nerea de Pedro de la Varga

Esta DECLARACION DE ORIGINALIDAD debe ser insertada en primera página de todos los Trabajos Fin de Máster conducentes a la obtención del título.

ANEXO II: COMPROMISO DEONTOLÓGICO EN CASO DE TRABAJOS QUE REQUIERAN PARTICIPANTES HUMANOS

D./Dña. Nerea de Pedro de la Varga con NIF XXXXXXXXX, estudiante del Máster en Psicología Social en la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid en el curso 2023-2024, como autor/a del trabajo de fin de máster (TFM) titulado “*Enfermedad y estigma social: una propuesta de intervención psicosocial*” y presentado para la obtención del título correspondiente, cuyo/s tutor/ es/son: María Luisa Cuenca Montesino

ME COMPROMETO A:

1. Asegurar la confidencialidad de la información obtenida, tratándola y custodiándola conforme a la legislación vigente.
2. No utilizar la información obtenida con fines ajenos a este trabajo y no cederlos a terceras partes salvo que el interesado lo haya autorizado expresamente por escrito.
3. Respetar las normas éticas marcadas por el Código Deontológico del Colegio Oficial de Psicólogos y por las Sociedades Científicas de Psicología.

Márquese en caso de que el TFM incluya una investigación en la que el estudiante recoja datos de participantes humanos. ADEMÁS, ME COMPROMETO A:

4. Informar a los participantes de manera clara acerca de los objetivos generales del estudio, de la naturaleza y duración de los procedimientos a los que van a someterse y de los posibles efectos secundarios o complicaciones que pudieran derivarse de su participación.
5. Responder satisfactoriamente a todas las preguntas que los participantes crean conveniente hacer sobre el estudio.
6. Informar a los participantes acerca de su derecho a declinar participar en el estudio y a abandonarlo una vez que éste se haya iniciado sin tener que dar explicaciones y sin que tenga ninguna consecuencia de ningún tipo.
7. Asegurar el carácter voluntario de la participación en el estudio y recabar el consentimiento informado por escrito de cada participante (o su tutor legal). En el caso de estudios de encuesta con muestras completamente anónimas no será imprescindible recoger el consentimiento por escrito.
8. Recabar sólo la información personal estrictamente necesaria para el desarrollo de la investigación y hacerlo manteniendo el anonimato de los participantes siempre que sea posible.

En Madrid, a 24 de junio de 2024

Fdo.: Nerea de Pedro de la Varga

Índice

Introducción	5
Conceptualización del Estigma Social: Tipos y Componentes Asociados	5
Estigma y Salud Mental en la Sociedad Actual	8
<i>Creencias y Estereotipos Asociados a la Enfermedad Mental</i>	9
Efectos Psicosociales del Estigma en las Personas con Enfermedad Mental y las Familias	10
Programas de Intervención.....	12
Evaluación de Necesidades	13
Pregunta de Investigación.....	13
Participantes.....	13
Metodología.....	13
Resultados de la Evaluación de Necesidades	14
<i>Evolución del Concepto de Enfermedad</i>	14
<i>Evolución del Estigma</i>	16
<i>Aspectos Significativos en los Procesos de Salud y Enfermedad: Perspectiva Psicosocial</i>	17
Discusión	19
Propuesta de Intervención	20
Introducción	20
Metodología	21
Cronograma	22
Recursos.....	23
Evaluación	23
Discusión	24
Referencias	26
Anexo 1	28
Anexo 2	29
Anexo 3	38

Resumen

El estigma social ha sido un concepto ampliamente estudiado a lo largo de los últimos años. Varios autores han realizado un análisis exhaustivo de sus componentes, identificando los factores que favorecen su aparición y mantenimiento. La literatura científica señala la existencia de una relación estrecha entre el estigma social y la enfermedad mental, constituyendo esta última un factor de riesgo para la exclusión social. Las creencias y estereotipos asociados a las personas con problemas de salud mental incluyen principalmente la peligrosidad y la impredecibilidad, generando una gran cantidad de consecuencias negativas para las personas que padecen la enfermedad y en las familias. Por consiguiente, a través de las intervenciones psicosociales llevadas a cabo, se considera necesario proveer información veraz respecto al proceso de enfermedad, junto con el fortalecimiento de la confianza personal y el sentido de comunidad, aspectos clave para afrontar el estigma asociado a la enfermedad mental.

Abstract

Social stigma has been a concept that has been widely studied in recent years. Several authors have carried out an exhaustive analysis of its components, identifying the factors that favor its appearance and maintenance. The scientific literature points to the existence of a close relationship between social stigma and mental illness, the latter constituting a risk factor for social exclusion. The beliefs and stereotypes associated with people with mental health problems include mainly dangerousness and unpredictability, generating a large number of negative consequences for people with the disease and their families. Therefore, through the psychosocial interventions carried out, it is considered necessary to provide truthful information regarding the disease process, along with the strengthening of personal confidence and sense of community, key aspects to address the stigma associated with mental illness.

Palabras clave: Estigma, Enfermedad mental, Intervención psicosocial, Exclusión social, Autoestima

Introducción

El estigma social está muy presente en la sociedad actual (OMS, 2022). Los sesgos y estereotipos asociados a poblaciones estigmatizadas alcanzan una magnitud que afecta a las diferentes esferas de la vida de las personas afectadas, como son: la esfera social, relacional o emocional. En esta línea, la enfermedad mental se caracteriza por un alto sufrimiento y sentimientos profundos de soledad. Los procesos de recuperación se vuelven muy frustrantes tanto para las personas que lo sufren como para su entorno más cercano, ya que normalmente tienen un carácter indefinido y esto supone que las personas deben aprender a convivir con ella. Existe una relación estrecha entre el estigma social y la enfermedad mental, siendo esta última uno de los factores favorecedores de las creencias, sesgos y estereotipos asociados a la misma. Padecer una enfermedad mental supone un factor de riesgo para la exclusión social, ya que las personas se ven mayormente rechazadas y aisladas socialmente (Tapia et al, 2015; Aguilar et al. 2022; Delgado-Bordás y Carbonell, 2024).

Entre los factores que inciden en la creación y mantenimiento del estigma se encuentra la información accesible sobre el tema. Concretamente, el lenguaje que se utiliza para hacer referencia a las personas con problemas de salud mental está marcado por una connotación negativa que favorece el etiquetaje. No separar la persona de la enfermedad mental y categorizarla como “enfermo/a mental” supone la atribución e internalización de características estigmatizantes. El auto estigma supone la adquisición de las características asociadas al grupo estigmatizado en el autoconcepto, de forma que las personas se perciben como incapaces, insuficientes o rechazadas, aspecto que conlleva a la disminución del sentido de pertenencia en la comunidad (Link y Phelan, 2001; Angermeyer y Matschinger, 2005; Muñoz et a. 2022).

En lo relativo a las intervenciones orientadas a la reducción del estigma, tratan de impactar tanto en la individualidad de las personas como en la sociedad. Existen intervenciones orientadas a la mejora de la autoestima, a favorecer la autonomía personal y al fomento de las relaciones interpersonales. Al mismo tiempo, existen intervenciones dirigidas a favorecer el contacto intergrupar y la integración de la población estigmatizada en la comunidad (Oyarce et al. 2017; Torres et al. 2021).

En conjunto, el estigma asociado a la enfermedad mental supone un campo de estudio muy complejo. Por este motivo se considera necesaria la investigación sobre este fenómeno y su asociación a la enfermedad mental. De esta forma se abre un campo en el diseño de intervenciones orientadas a lograr un bienestar psicosocial en las personas más vulnerables a sufrir esta problemática.

Conceptualización del Estigma Social: Tipos y Componentes Asociados

Erving Goffman, en su obra "Estigma: La identidad deteriorada (1970)", ofrece una detallada exploración de cómo los estigmas afectan las identidades y las interacciones sociales. En este texto, Goffman identifica varios tipos de estigma y los componentes que intervienen en su creación y mantenimiento. El primer tipo hace referencia al físico, asociado a deformidades corporales u otras características físicas que se desvían de lo que es considerado normal, entre los ejemplos se incluyen discapacidades físicas, cicatrices visibles, o enfermedades que afectan a la apariencia. El segundo tipo se refiere a rasgos de personalidad o de comportamiento que son percibidos negativamente. Se incluyen condiciones como la adicción, la enfermedad mental, la criminalidad, o cualquier

comportamiento que la sociedad considere desviado o inmoral. El tercer tipo se denomina estigmas de grupo, asociado a la pertenencia a ciertas etnias, religiones, nacionalidades o cualquier grupo social minoritario.

El autor describe varios componentes que intervienen en la aparición y el mantenimiento del estigma, en primer lugar, se describirán los componentes mayormente presentes en las personas estigmatizadas, y en segundo lugar, en las personas que estigmatizan.

En lo relativo al primer componente, la vergüenza sería una emoción que la persona estigmatizada a menudo siente debido a la percepción de que no cumple con las normas sociales. Esta vergüenza puede ser internalizada y afectar profundamente su autoestima, generando así lo que se denomina auto estigma. Asimismo, el malestar experimentado por parte de la persona estigmatizada como de quienes interactúan con ella, es otro aspecto a tener en cuenta en este proceso. Las interacciones sociales se vuelven tensas ya que ambas partes perciben la presencia del estigma, aspecto que puede llevar a la persona estigmatizada a pasar mucho tiempo preocupándose por cómo será percibida en las interacciones sociales, y evitarlas para reducir la ansiedad y el estrés. Sobre pensar el momento de la interacción social conlleva a la evitación de situaciones sociales que generan ansiedad, protegiéndose ante la incomodidad de la interacción. En este sentido, el autor explica que la evitación de este tipo de interacciones supone un beneficio secundario para las personas estigmatizadas.

En cuanto a las personas que estigmatizan, uno de los componentes más importantes hace referencia a la presencia de sesgos y creencias que refuerzan la idea de que la persona estigmatizada es inferior o menos valiosa. Estas creencias llevan a reacciones como la sobreprotección, visible cuando se muestra un interés desmesurado por la persona, tratando de ayudarla de manera que casi se la incapacita. Este tipo de comportamientos tiene ciertas consecuencias, como el refuerzo de la creencia de que la persona no es capaz de valerse por sí misma. Además, esto podría impactar en su autoestima, de forma que la persona internalice esta creencia. Otra de las reacciones frecuentes en este proceso se refiere a la evitación de las interacciones sociales con personas estigmatizadas, lo que sería una forma de no enfrentar la incomodidad resultante de dichas situaciones, y que podría contribuir al aislamiento y exclusión de la persona.

En resumen, Goffman no sólo ofrece un marco comprensivo para entender cómo el estigma afecta tanto a las personas estigmatizadas como a las personas que interactúan con ellas, además identifica tipos específicos de estigmas y descompone los componentes emocionales y conductuales que perpetúan estas dinámicas.

Siguiendo las líneas de Goffman, Link y Phelan (2001) continúan con el desarrollo de la teoría del estigma, donde destacan varios componentes clave. En esta línea, el estigma comienza con la identificación y etiquetaje de las diferencias personales, lo que implica reconocer que algunas diferencias son socialmente significativas y etiquetar a las personas que presentan estas diferencias. En relación con este trabajo, la enfermedad mental es una diferencia significativa que favorece ciertas etiquetas como “enfermo/a, loco/a o discapacitado/a”. Las etiquetas son un primer paso ante la formación de estereotipos, creencias generalizadas sobre las características de las personas etiquetadas, que suelen ser simplificaciones exageradas y negativas. Así, se van conformando categorías grupales que favorecen la diferenciación entre grupos. Se crea una distinción entre el grupo estigmatizado ("ellos/ellas") y el grupo no estigmatizado ("nosotros/nosotras"), que refuerza la percepción

de que los individuos etiquetados son diferentes de los que no lo están. A través de estos grupos se llega a las formas de discriminación, que toman tres niveles: discriminación individual, estructural y auto estigma. La primera se refiere al deseo personal de distancia social, la segunda se centra en las injusticias de las políticas sociales, y la tercera ocurre cuando las personas afectadas interiorizan los estereotipos negativos. La discriminación, en general, promueve el trato desigual y limita las oportunidades y recursos disponibles en la sociedad, además de contribuir a la pérdida del estatus social. En este sentido, el poder es un aspecto importante en el proceso de estigmatización. El estigma sólo puede tener consecuencias significativas si las personas que imponen el estigma tienen poder social, económico y político. En este sentido, en la sociedad existen grupos sociales dominantes y subordinados, relacionando estos últimos a aquellos con tendencia a ser estigmatizados. Por tanto, la posición social que ocupa cada grupo se tomaría como punto de partida ante el origen de la estigmatización. Los componentes que se refieren a las etiquetas, los estereotipos, la discriminación y el poder forman una comprensión del estigma basada en dinámicas sociales.

El artículo de Link y Phelan (2001) "*Conceptualizing Stigma*" y la obra de Erving Goffman "*Estigma: La identidad deteriorada (1970)*" comparten su interés por entender el estigma, pero también presentan algunas diferencias en su enfoque y conceptualización.

Entre las convergencias se encuentra el foco en las interacciones sociales, ya que Goffman (1970) analiza cómo el estigma afecta en las interacciones cotidianas entre personas estigmatizadas y no estigmatizadas, y Link y Phelan (2001) destacan cómo las interacciones sociales se ven influenciadas por la etiqueta, las categorías grupales y el estatus social. Asimismo, ambos autores/as analizan el impacto del estigma en la identidad y el comportamiento, estudiando las consecuencias negativas en la autoestima y las conductas que conllevan a la discriminación. Aparte, los/las autores/as identifican componentes del proceso de estigmatización que están relacionados. Goffman destaca la vergüenza, el malestar y la evitación social, aspectos que influyen en la categorización social, estatus y discriminación que advierten Link y Phelan. Además, ambos autores/as parecen tener una perspectiva estanca respecto al estigma. Goffman (1970) explica que el estigma se presenta a través de una manera específica de interacción social, basada en la vergüenza, incomodidad y evitación. Al mismo tiempo, Link y Phelan (2001) expresan que el estigma se construye a partir de un marco estructural anclado al poder y estatus social que, aunque tiene un carácter más amplio, parece inamovible.

En cuanto a las divergencias, Goffman (1970) utiliza un enfoque de carácter micro, donde se centra mayormente en las interacciones más cercanas, y observa cómo se presenta el "yo" estigmatizado en la cotidianeidad. Link y Phelan (2001) adoptan un enfoque macro, incorporando el papel del poder y las estructuras sociales en la creación y mantenimiento del estigma. Es por esto por lo que una de las mayores divergencias entre los autores se centra en el poder. Para Goffman (1970) el poder no es el foco central de su análisis, ya que se centra mayormente en las dinámicas interpersonales y cómo estas afectan a la identidad individual. Al contrario, Link y Phelan (2001) hacen del poder un componente central de su conceptualización del estigma. Argumentan que el estigma es una herramienta utilizada por los grupos dominantes para mantener su posición y control sobre los grupos subordinados. En consecuencia, ambos trabajos son fundamentales para entender el estigma, Goffman (1970) desde una perspectiva microsociológica y fenomenológica, centrándose en las experiencias individuales y las interacciones cotidianas, y Link y Phelan (2001) desde la incorporación del poder y las estructuras sociales, proporcionando un marco más holístico y

macro sociológico. Las convergencias y divergencias ayudan a construir una comprensión más completa del estigma, abarcando tanto las experiencias individuales como las fuerzas estructurales que lo perpetúan. A continuación (*Tabla 1*) se resumirá en una tabla las principales diferencias encontradas entre los/las autores/as:

Tabla 1

Diferencias más destacadas en las teorías del estigma social

Goffman (1970)	Link y Phelan (2001)
Enfoque micro	Enfoque macro
Dinámicas interpersonales	Dinámicas de poder y grupos dominantes
Perspectiva fenomenológica	Marco holístico

Fuente: elaboración propia a partir de Goffman (1970) y Link y Phelan (2001).

Estigma y Salud Mental en la Sociedad Actual

La OMS (2022) define el trastorno mental como: “una alteración clínicamente significativa de la cognición, la regulación de las emociones o el comportamiento de un individuo, asociado a angustia o a discapacidad funcional en otras áreas importantes”. Los trastornos mentales, también llamados problemas de salud mental, se clasifican en trastornos de ansiedad, depresión, trastorno bipolar, trastorno de estrés postraumático, esquizofrenia, trastornos del comportamiento alimentario, trastornos del comportamiento disruptivo y trastornos del neurodesarrollo. Las personas que los sufren necesitan ciertos apoyos sociales para conseguir un funcionamiento psicosocial normalizado. En el año 2020, se observó una mayor sintomatología asociada a la ansiedad y depresión en la población general debido a la situación de pandemia, siendo la población con enfermedad mental grave más susceptible de contagiarse de la Covid-19 y presentar este tipo de sintomatología (OMS, 2022).

En el estudio “*El estigma de la población española hacia las personas con problemas de salud mental*”, desarrollado entre los años 2021 y 2022 por Muñoz et al. (2022), aborda la percepción de la población española hacia las personas con este tipo de problemáticas. En este estudio de corte cualitativo y cuantitativo, se analizan las variables favorecedoras y reductoras del estigma. A continuación, se resumen en la *Tabla 2* las variables más relevantes identificadas.

Las variables más relevantes en el proceso de estigmatización incluyen la pena, la ayuda, la coacción, el autoritarismo, la restricción y la distancia social, variables que se añaden a los componentes previamente identificados por Goffman (1970) y Link y Phelan (2001). Como formas de reducción al estigma, se añaden variables como la benevolencia y la ideología comunitaria.

Tabla 2

Variables actitudinales más relevantes en la aparición del estigma en población española (N=2.755)

Instrumento	Variable (%)	Nivel de estigma	Tendencia de Acercamiento hacia las PPSM*
Cuestionario de Atribución (AQ-9). (Corrigan et al. 2014)	Ayuda (69.9%)	Alto	-
	Coacción (66.7)	Alto	-
	Pena (56.2)	Alto	-
Escala de Actitudes Comunitarias hacia la Enfermedad Mental (CAMI). (Taylor y Dear, 1981; Ochoa et al., 2016).	Autoritarismo (40%)	Medio	-
	Restricción social (60%)	Medio	-
	Benevolencia (81%)	Bajo	-
	Ideología comunitaria (65.4%)	Bajo	-
Escala de Comportamientos Declarados y Previstos (RIBS) (Evans-Lacko et al., 2011)	Distancia social (44.4%)	-	Desfavorable: intención media-baja de acercamiento

Fuente: elaboración propia a partir del estudio de Muñoz et al. (2022).

*Nota: PPSM (Personas con Problemas de Salud Mental).

Creencias y Estereotipos Asociados a la Enfermedad Mental

Según Angermeyer y Matschinger (2005), las creencias y estereotipos asociados a la enfermedad mental incluyen principalmente la peligrosidad y la impredecibilidad. Estos estereotipos generan una mayor distancia social entre las personas, incluso entre aquellas que tienen una mayor cercanía a la enfermedad mental debido a allegados o familiares que la padecen. La peligrosidad se visibiliza en la percepción de que las personas con enfermedad mental son impredecibles y, por lo tanto, difíciles de prever en su comportamiento.

Cabe destacar que estos autores señalan que la etiqueta de “enfermo/a mental” puede aumentar la distancia social, pero también puede reducir la percepción de responsabilidad personal sobre la enfermedad. Es decir, al etiquetar a alguien como "enfermo/a mental", las personas pueden tender a distanciarse más de ellos/ellas, pero al mismo tiempo, se les puede ver cómo menos responsables de sus acciones debido a su condición de salud. Estas creencias y estereotipos no solo impactan en cómo la sociedad ve y trata a las personas con enfermedades mentales, sino que también influyen en la manera en que estas personas se perciben a sí mismas.

Según Angermeyer y Dietrich (2006), existen diferencias significativas en los estereotipos y el estigma asociados a diferentes tipos de problemáticas de salud mental. En particular, las personas con problemas de adicción y esquizofrenia son percibidas como más peligrosas en comparación con aquellas que sufren trastornos de ansiedad o depresión. La asociación de la esquizofrenia a la impredecibilidad y la percepción de comportamiento errático contribuye a esta percepción. La adicción, por su parte, está vinculada a conductas antisociales, aspecto que también incrementa la percepción de peligrosidad. En contraste, los trastornos como la ansiedad y depresión tienden a ser vistos como problemas de carácter interno, que no necesariamente representan una amenaza para los/las demás. Las personas

con adicción y esquizofrenia se enfrentan a una mayor distancia social, es decir, las personas tienden a querer mantenerse más alejadas de ellas, algo que también es apoyado por el informe de Muñoz et al. (2022). Este fenómeno podría ser consecuencia directa de los estereotipos negativos que implican peligrosidad e impredecibilidad. Esto no sucede hacia las personas que sufren trastornos de ansiedad o depresión, quienes experimentan menor distancia social, debido a que estas patologías no están tan fuertemente asociadas con comportamientos peligrosos o impredecibles. Los estereotipos asociados a la salud mental influyen en la responsabilización y estigmatización de las personas. A las personas con adicciones se les percibe como responsables de su condición debido a la percepción de que su situación es el resultado de elecciones personales. No ocurre lo mismo en las personas con esquizofrenia, ya que la percepción de que es una condición de carácter biológico y poco controlable aminora el sentido de responsabilidad. Aun así, que sea una problemática en la que se percibe menos responsabilidad, no reduce el nivel de estigmatización. Respecto a la ansiedad y depresión, parecen tomarse con más empatía y comprensión, lo que sirve para reducir el estigma en comparación con la adicción o la esquizofrenia. Existe una mayor percepción de que estas personas no tienen control sobre su enfermedad, lo que disminuye la culpa y la responsabilidad atribuida. Por tanto, la naturaleza del trastorno mental influye en los estereotipos y el estigma asociados. Las percepciones de peligrosidad y responsabilidad son factores que contribuyen a la variabilidad en el estigma social hacia diferentes enfermedades mentales.

A continuación, se presenta la *Tabla 3* con las creencias y estereotipos mayormente asociados a la enfermedad mental.

Tabla 3

Creencias y estereotipos asociados a las personas con problemas de salud mental según el tipo de enfermedad

Problemática	Estereotipo/Creencia		
	Impredecibilidad	Peligrosidad	Percepción de responsabilidad
Adicción	Presente	Presente	Presente
Esquizofrenia	Presente	Presente	Ausente
Ansiedad	Ausente	Ausente	Ausente
Depresión	Ausente	Ausente	Ausente

Fuente: elaboración propia a partir de los estudios de Angermeyer y Matschinger (2005) y Angermeyer y Dietrich (2006)

Efectos Psicosociales del Estigma en las Personas con Enfermedad Mental y las Familias

Expertos en el ámbito del estigma asociado a la enfermedad mental, destacan los efectos psicosociales en las personas que padecen la enfermedad mental como en sus familias (Link y Phelan, 2001; Tapia et al. 2015 y Delgado-Bordás y Carbonell, 2024).

En primer lugar, el sobreesfuerzo para deshacerse del estereotipo tiene un impacto en la salud mental, ya que las personas pueden experimentar un agotamiento emocional al intentar deshacerse de los estereotipos negativos asociados a la enfermedad mental. La necesidad de demostrar que no encajan en el estereotipo puede dañar la autoestima y la percepción de autoeficacia, llevando a sentimientos de desesperanza e impotencia. En

segundo lugar, la pérdida del estatus social puede llevar a las personas a enfrentarse a la discriminación y exclusión social. Las personas con enfermedad mental a menudo enfrentan discriminación en diversas áreas de la vida, como el empleo, la educación y las relaciones interpersonales. Esta discriminación puede llevar a una pérdida de oportunidades y una disminución en el estatus social. Asimismo, la internalización de estereotipos negativos puede llevar a la auto estigmatización, donde las personas comienzan a creer en los estigmas sobre su propia condición. Esto puede resultar en una mayor autoexclusión y una reducción en la búsqueda de apoyo o tratamiento. En tercer lugar, las personas con enfermedad mental pueden sufrir una victimización por parte de la sociedad, viviendo en mayor medida experiencias de violencia y abuso físico y psicológico. La percepción de peligrosidad e impredecibilidad pueden llevar a un trato injusto por parte de otros. Asimismo, el estigma puede generar miedo y rechazo en la sociedad, lo que contribuye al aislamiento social y a la marginación.

El estigma también tiene efectos psicosociales en las familias. Los expertos expresan que las familias de las personas con enfermedad mental experimentan un alto nivel de estrés y carga emocional, sintiéndose avergonzadas o culpables, afectando en su bienestar emocional. Las emociones que prevalecen en los familiares se asocian al miedo, la sobre implicación y la sobreprotección de la persona, llevando en ocasiones a actitudes de infantilización. La falta de información y el discurso difuso de los/las profesionales respecto al proceso de la enfermedad, genera incertidumbre e incapacidad de comprensión sobre la problemática. A veces el paternalismo aparece en la relación profesional, aumentando las actitudes estigmatizantes hacia esta población. Además, las familias también pueden enfrentar la exclusión y el rechazo social, lo que puede llevar al aislamiento social y a la reducción del apoyo y redes sociales. Asimismo, los cuidados adicionales que las personas pueden necesitar tendrían un impacto económico, aumentando la carga económica y favoreciendo el estrés. En este sentido, la privatización de la salud se considera un obstáculo en el seguimiento de la enfermedad, ya que puede aislar a las personas con trastorno mental grave que no tengan recursos suficientes.

En resumen, el estigma de la enfermedad mental tiene efectos psicosociales diversos, que impactan no solo a las personas que sufren la enfermedad sino también a sus familias, afectando a su salud mental, estatus social, y acceso a tratamiento y apoyo. A continuación, en la *Tabla 4* se presentan los principales efectos detectados.

Tabla 4

Principales efectos psicosociales asociados a la enfermedad mental

Personas con problemas de salud mental	Familia/entorno
Baja autoestima	Alto nivel de estrés
Sentimiento de desesperanza	Culpabilidad
Pérdida de estatus social	Sobreprotección
Auto estigma	Incapacidad de comprensión
Aislamiento social	Rechazo social

Fuente: elaboración propia a partir de los artículos de Link y Phelan (2001), Tapia et al. (2015) y Delgado-Bordás y Carbonell (2024).

Programas de Intervención

Corrigan y Watson (2002) expresan que el auto estigma se compone de creencias asociadas a la incompetencia, al sentimiento de baja autoestima y a la percepción de fracaso en la búsqueda de oportunidades, como el fracaso en el mantenimiento del empleo y la emancipación del domicilio familiar. Teniendo en cuenta la esfera social de la enfermedad mental, Corrigan, Druss y Perlick (2014) expresan que la recuperación en la enfermedad mental no tiene tanto que ver con la reducción de la sintomatología, sino con vivir dignamente a pesar de la posible desadaptabilidad. Así, los objetivos de las intervenciones no deberían estar orientados a la consecución de la cura “para siempre”, ya que la salud es un concepto multidimensional donde se interrelacionan variables personales, relacionales y sociales, que deberían ser tenidas en cuenta durante la intervención. En este sentido, los programas que tienen como objetivo el empoderamiento personal son una buena alternativa ante la reducción del estigma, ya que mejoran la confianza en las capacidades individuales, fomentan el rol activo de las personas y favorecen la motivación para buscar información sobre sus condiciones y conectar con otros/otras que enfrentan problemas similares (Tapia et al. 2015).

Torres et al. (2021) identifican varias acciones que contribuyen a la reducción del estigma con población gitana. Aunque no sea el mismo tipo de población que en este estudio, se consideran relevantes las aportaciones del artículo debido a que tanto la población gitana como la población con problemáticas de salud mental sufren un alto grado de estigma. Una de las acciones que parecen tener mucha importancia en la intervención contra el estigma es el contacto, también destacado en el informe de Muñoz et al. (2022). El contacto disminuiría los prejuicios y estereotipos negativos respecto a las poblaciones estigmatizadas. En este caso, conocer personas que hayan experimentado problemas de salud mental facilitaría el acercamiento hacia esta población. Por este motivo, promover iniciativas que favorezcan el contacto intergrupales es positivo para contribuir a la reducción de estereotipos y mejorar las actitudes intergrupales.

Otra de las acciones para la reducción del estigma trata de la concienciación y sensibilización en la comprensión de las problemáticas de salud mental, la que se considera un tipo de intervención apoyada con ventajas, pero también con desventajas. La Consejería de Familia y Juventud de la Comunidad de Madrid (2021) propone una gran cantidad de actividades de sensibilización social y lucha contra el estigma, con el objetivo de familiarizarse con la enfermedad mental, dirigidas tanto a pacientes como a familiares. Sin embargo, una mayor concienciación social no es sinónimo de la ausencia de prejuicios y estereotipos (Pedersen, 2009).

La información respecto a las enfermedades mentales puede servir como acción para luchar contra el estigma, pero también para intensificar. En este sentido, los medios de comunicación juegan un papel clave en la difusión de noticias sobre la temática, ya que generan actitudes de rechazo y discriminación (Pedersen, 2009). Por el contrario, si la información es adecuada, comprensible y contextualizada, permite entender mejor la enfermedad. Asimismo, una mayor comprensión del trastorno libera de la responsabilidad que socialmente se le puede adjudicar, entendiendo que en este tipo de problemáticas intervienen diversos factores, no sólo individuales y/o genéticos, sino que también sociales, los que tienen un gran peso en la estigmatización e impacto en la autoestima de la persona (Corrigan, Druss y Perlick, 2014).

El artículo de Oyarce et al. (2017), que examina la estigmatización de las personas con esquizofrenia y las consecuencias en el proceso de recuperación, sugiere reconocer la

esfera social de la enfermedad, ya que ayuda a posicionar la recuperación en un prisma social, en el que participan la persona afectada, sus allegados/as más cercanos y el resto de la comunidad. También, los autores mencionan el empoderamiento y participación comunitaria, para involucrar a las personas en la toma de decisiones y en la implementación de proyectos comunitarios que fortalezcan su posición social y reduzcan estereotipos. En esta línea, Aretio (2010) destaca el compromiso con el proceso de rehabilitación, que se materializa en un contrato social entre la persona y el centro al que asiste o programa que realiza, de forma que se le devuelva el protagonismo y se favorezca la capacidad de decisión.

Teniendo esto en cuenta, de cara a las intervenciones es importante destacar la esfera social del proceso de salud/enfermedad, de forma que las personas y sus familiares retomen el protagonismo y puedan tomar decisiones respecto a su vida. En este sentido, favorecer la confianza personal se vuelve un aspecto determinante para el proceso de rehabilitación o recuperación. Al mismo tiempo, es importante promover el sentido de pertenencia de grupo y de comunidad, fomentando la integración en las actividades sociales, de forma que se contribuya a fortalecer el sentimiento de inclusión. Los objetivos de la intervención se recogen a continuación:

- Desmitificar la enfermedad mental
- Fortalecer la autoestima y autoconcepto
- Crear una red de apoyo
- Sentirse partícipe durante el proceso de rehabilitación/recuperación

Evaluación de Necesidades

Pregunta de Investigación

¿Qué aspectos del estigma intervienen en las interacciones sociales de las personas con problemas de salud mental, y cómo influye en la identidad y autoconcepto de sí mismo/a?

Participantes

La presente investigación se ha realizado con usuarios/usuarias que asisten al Centro de Rehabilitación Laboral de Getafe, dirigido a la atención social de personas con enfermedad mental. En total participaron 13 adultos, 5 mujeres y 8 hombres con edades comprendidas entre los 23 y los 52 años.

Metodología

Con el objetivo de valorar el estigma social hacia las personas con enfermedad mental, se utilizó la técnica grupos de discusión, estrategia metodológica utilizada como recogida de datos en la investigación cualitativa. Para el análisis de los datos, se siguió el procedimiento “*top-down*”, que parte de teorías sobre el estigma como la de Goffman (1970) y Link y Phelan (2001), para después explorar su adaptabilidad a la realidad. Así, se trata de enraizar la teoría en los datos recopilados, tratando de encajar los resultados anteriores a los actuales, pero también siendo consciente de la complejidad de la realidad social y su transformación (Páramo, 2015). Es por este motivo que los procedimientos de análisis de datos en la investigación cualitativa requieren de sensibilidad teórica, flexibilidad para

adaptar los resultados a la actualidad y la atención a la subjetividad de los/las participantes, que conlleven a unas nuevas interpretaciones de los fenómenos sociales. En este sentido, la metodología cualitativa nos brinda una oportunidad para comprender mejor la experiencia de la enfermedad mental ligada al estigma social, lo que contribuye al desarrollo de programas preventivos-interventivos enfocados a la reducción del estigma hacia esta población. El análisis de los resultados se realizó a través del programa *Atlas ti 8*.

Los grupos de discusión se realizaron en el Centro de Rehabilitación Laboral de Getafe (CRL), centro perteneciente a la Red de Atención Social a personas con discapacidad de la Comunidad de Madrid, lugar en el que los/las participantes eran atendidos de manera regular. Los grupos de discusión fueron compuestos entre 4 y 5 personas. Las investigadoras participantes del estudio tenían formación en psicología clínica y social. También se contó con dos alumnas de grado de psicología y terapia ocupacional, que no conocían previamente a los/las usuarios/as. Se llevó a cabo un procedimiento de consentimiento informado, asegurando la comprensión y voluntariedad de los/las participantes en el proceso. El contenido de los grupos de discusión se refleja en el *Anexo 2*.

Resultados de la Evaluación de Necesidades

Se resumirán las contribuciones más significativas respecto al estigma y la salud mental, comenzando por la evolución del concepto de enfermedad en los últimos años, para continuar con la evolución del estigma sobre la salud mental, y terminar con los componentes que se han identificado como necesarios en la experiencia de la enfermedad.

Evolución del Concepto de Enfermedad

Link y Phelan (2001) señalan que uno de los componentes asociados a la creación del estigma es la identificación y el etiquetaje de las diferencias personales. En el caso de las personas con problemas de salud mental, se refiere a términos como “loco/a, enfermo/a o discapacitado/a”. Durante la discusión, se reflexiona sobre el concepto de la enfermedad mental en la época de los años 50 y se compara con la actualidad. Se aprecia un cambio positivo en cuanto a la utilización de un lenguaje mucho más humano y menos categorizador, lo que contribuye al desuso de términos estigmatizantes y al aumento de la sensibilidad respecto al vocabulario empleado. Resaltan la importancia del lenguaje en el proceso de estigmatización, aportando ejemplos de términos que se utilizaban anteriormente. Mencionan el significado despectivo atribuido, que favorecía el etiquetaje y los estereotipos asociados a las personas con problemas de salud mental. A continuación, se añaden citas de los/las participantes, que advierten un cambio en la terminología:

“Ahora se ve más normalizado, que hace años, con la gente mayor como mi abuelo. Ha evolucionado, la gente es más abierta, creo que sí ha mejorado con el tiempo”. (Participante anónimo, grupo discusión, 2024)

“Pienso que se ha normalizado. Antes, parecía que ibas a otro sitio, que estás loco. Ha mejorado con el tiempo”. (Participante anónimo, grupo discusión, 2024)

“Como el prejuicio con las personas migrantes o de otras etnias, el prejuicio ha disminuido. Los jóvenes son más civilizados. (...) A Alam Turin le encarcelaron. Antes, usaban un

lenguaje más estigmatizante: le llamaban loco, subnormal. Se usaban palabras despectivas”. (Participante anónimo, grupo discusión, 2024).

Incluso, argumentan que anteriormente era más complicado identificar un problema de salud mental, lo que se asocia a los recursos institucionales destinados a ello. En este sentido, Link y Phelan (2001) argumentan que la discriminación que sufre esta población aminora los recursos disponibles para mejorar su condición. Uno de los participantes expresaba:

“Pasó mucho para que me dijeran mi enfermedad (...). Antes tardaba más en identificarlo.(...) Podría decirse que lo tienen más en cuenta, se identifica antes”. (Participante anónimo, grupo discusión, 2024).

Hechos históricos como la pandemia parecen haber marcado un antes y un después en la normalización de este fenómeno. Los problemas de salud mental se empezaron a visibilizar más a través de las propuestas políticas que tenían como objetivo paliar los efectos de la situación de crisis. Los/las participantes lo expresan así:

“Antes se normalizaba menos. Hay un pelín de cambios, no exagerados. La pandemia ha influido, se empezó a hablar más, hizo bastante con la salud mental”. (Participante anónimo, grupo discusión, 2024).

“El tema de la salud mental se está viendo a raíz del Covid”. (Participante anónimo, grupo discusión, 2024).

“La pandemia vino bien, se generalizó un estado de ánimo y se habló de ello, se hizo una ley”. (Participante anónimo, grupo discusión, 2024).

La generalización de este tipo de problemas a toda la población ofreció una perspectiva más amplia de la enfermedad. Describirla como una problemática social refleja su importancia en la comunidad y la necesidad de crear soluciones a través de un marco estructural, es decir, a de políticas y leyes concretas. Además, entender que los problemas de salud mental son algo que afecta a la mayoría de la población difumina los límites entre “ellos/ellas” y nosotros/as”. Asimismo, percibir los problemas de salud mental como inherentes al ser humano hace que se interpreten de distinta manera, las personas se independizan del diagnóstico y de la etiqueta. Esto es un aspecto importante en el proceso de estigmatización, ya que la persona se identifica con la etiqueta asignada (Link y Phelan, 2001). Por tanto, la desidentificación de la etiqueta estaría favoreciendo la reducción del estigma, algo que se observa en los significados que añaden los/las participantes al trastorno mental. Más allá de la palabra, lo describen como otra forma de percibir la realidad:

“Todos tenemos algún tipo de síntoma, otra cosa que esté más o menos desarrollado”. (Participante anónimo, grupo discusión, 2024).

“(…) ¿Quién está bien? (Participante anónimo, grupo discusión, 2024).

“Sigo siendo la misma persona con un diagnóstico”. (Participante anónimo, grupo discusión, 2024).

“Es una forma diferente de diversidad funcional, de interactuar, de percibir el mundo”. (Participante anónimo, grupo discusión, 2024).

A través del discurso de los/las participantes, se observa el desarrollo del concepto de enfermedad mental desde hace unos años atrás hasta la actualidad. La verbalización de las problemáticas, junto con una mayor sensibilidad en el lenguaje y una reinterpretación del significado de la enfermedad, ha favorecido la reconstrucción del concepto y ha abierto horizontes para ofrecer nuevas formas de entenderla.

Evolución del Estigma

La evolución del concepto de enfermedad ha contribuido a reducir el estigma sobre la salud mental. La vergüenza, una emoción muy presente en las personas estigmatizadas, es uno de los componentes que Goffman (1970) señala como importante en la creación del estigma, ya que esta emoción conlleva la evitación de las interacciones sociales. A través del discurso de los/las participantes se observa que esta barrera parece haber sido superada:

“Sí se lo he comentado, a mi gente allegada se lo he contado”. (Participante anónimo, grupo discusión, 2024).

“Quien me conoce lo sabe, no veo algo sobre lo que avergonzarme. Es una enfermedad, dentro de sí y no veo por qué avergonzarme de tener un problema psicosocial. Saben que vengo, todo el mundo lo lleva bien”. (Participante anónimo, grupo discusión, 2024).

La terminología que utilizan para hacer referencia a la enfermedad también denota la evolución del lenguaje. Cambian el término “*problema mental*” por “*problema psicosocial*”, que supone un cambio en la percepción de la problemática, desde lo interno e individual, a la interacción entre lo individual y lo social. Esta transformación en el lenguaje supone un primer paso para el cuestionamiento de los prejuicios y estereotipos asociados a la enfermedad, y, por tanto, un primer paso en el afrontamiento del estigma. Además, incluir la parte social a una problemática que siempre ha sido considerada individual, amplía las posibilidades de intervención en el campo profesional (Angermeyer y Matschinger, 2005; Angermeyer y Dietrich, 2006).

Otro de los componentes asociados al estigma tiene que ver con la identificación de diferencias interpersonales que conllevan a la distinción entre grupos. Una de ellas se asocia a la posición social de la que parten los grupos, dominancia o subordinación. Normalmente, los grupos estigmatizados se asocian a esta última. (Link y Phelan, 2001). Así, equilibrar el poder en la relación podría contribuir a la recuperación del estatus perdido y favorecer la posición social. Sin embargo, una de las citas de los/las participantes refleja la ausencia de la desigualdad en las relaciones con su entorno.

“Mi entorno lo lleva normal. No me trata diferente por saberlo”. (Participante anónimo, grupo discusión, 2024).

Los autores también señalan que el estigma puede generar una sensación de que las persona no son capaces de valerse por sí mismas. En esta sintonía, Muñoz et al. () destacan que actitudes como la pena y la ayuda generan un alto grado de estigmatización, llevando a reacciones como la sobreprotección o la ayuda desmesurada. Ante esto, los/las participantes

expresan que el entorno debería tomar la perspectiva de capacitación respecto a la persona, desde la empatía y comprensión:

“Ver el punto de vista de la persona, ver las capacidades. Saber que pueden llegar a cumplir lo que quiere. Podemos aportar algo en el día a día para que sea diferente. Ponerse en el lugar del otro. Si conoces la vida de la persona, verías ciertas dificultades que se podrían ir cambiando: comprensión, empatía (Participante anónimo, grupo discusión, 2024).

Por último, destacan la importancia de la participación en los procesos de enfermedad, lo que les proporciona un sentimiento de autonomía y responsabilidad. En la literatura revisada, la responsabilidad respecto a la enfermedad se asocia a la culpabilidad y a una sobre-responsabilidad (Angermeyer y Dietrich, 2006). Además, los autores que teorizan el estigma social no dan importancia al papel activo que tienen las personas respecto a su vida. Sin embargo, a través del discurso de los/las participantes, se percibe que la participación en aquellos aspectos relativos a la enfermedad, como el tratamiento, proporciona seguridad, importante para favorecer la autoestima, y a la vez, devuelve la actividad como sujeto, que muchas ocasiones se pierde en el transcurso de la enfermedad.

“Hacernos partícipes, me parece importante. Te da también seguridad, te da seguridad de que estás participando en tu proceso, que tú también estás trabajando activamente en tu proceso, no es responsabilidad de otros”. (Participante anónimo, grupo discusión, 2024).

En conclusión, la evolución del estigma social respecto a la salud mental se ha dado a través de varios componentes. Por un lado, la terminología parece haber sido clave para desmitificar conceptos y facilitar la visibilización de la salud mental. Por otro lado, ser partícipes de los procesos de salud y enfermedad favorecen la autonomía de las personas.

Aspectos Significativos en los Procesos de Salud y Enfermedad: Perspectiva Psicosocial

Corrigan, Druss y Perlick (2014) expresan que el estigma sobre la salud mental aminora la participación en el proceso de enfermedad. La percepción negativa sobre los tratamientos junto con la sensación de baja competencia personal daña la recuperación. La teoría de Goffman (1970) respecto al estigma avalaría esta sensación de pérdida de eficacia, al internalizar las creencias negativas en la identidad personal. Sin embargo, en los/las participantes se observa la motivación sobre el conocimiento de la enfermedad, para entenderla y comprenderse mejor a sí mismo/a. El conocimiento parece generar una sensación de control, lo que hace que los/las participantes exijan ser dueños/as y responsables de sus procesos de recuperación.

R (G4): “Te da también seguridad, te da seguridad de que estás participando en tu proceso, que tú también estás trabajando activamente en tu proceso, no es responsabilidad de otros”. (Participante anónimo, grupo discusión, 2024).

A través del tiempo las personas aprenden a convivir con la enfermedad, integrándose como parte de la identidad personal. Destacan partes positivas de la misma y adquieren capacidades para afrontar los retos del día a día, algo que favorece el sentimiento de autoeficacia. En la esfera relacional, las personas aprenden a comunicarse asertivamente y a expresar mejor sus necesidades, lo que contribuye al afrontamiento de problemas interpersonales y resolución de conflictos. La vivencia de experiencias positivas en la resolución de problemas podría contribuir una mayor predisposición para interactuar con otras personas.

“Cuando he ido mejorando, no es una cosa que te cures, ya sabes lo que te pasa, aprendes a vivir con ello y lo vas aceptando. Tengo depresión, ansiedad... pero al saber lo que a uno le pasa le facilita a la hora de expresarse, mi madre sabe y lo entiende”. (Participante anónimo, grupo discusión, 2024).

En este extracto también se aprecia la necesidad de saber lo que a uno/a le pasa. En otras palabras, se aprecia la importancia de la información para poder entender, aceptar y expresarse mejor. Al contrario, la falta de información favorece el sentimiento de soledad, dificultando la comprensión sobre lo que ocurre. Estos aspectos generan una sensación de no ser partícipe en el proceso:

(...) Noté una falta de hacerme presente en mi proceso, no me dijeron que me estaba dando un brote, no me hablaron de efectos secundarios... nadie me dijo nada, llevaba meses pensando que me estaba volviendo loca, estaba sola”. (Participante anónimo, grupo discusión, 2024).

En las palabras de la participante también se aprecia el sentimiento de soledad tan característico de la enfermedad mental y de la estigmatización. Además, adopta la etiqueta estigmatizadora (“loca”), lo que ahonda sus sentimientos de soledad. La categorización social lleva a un impacto negativo en la autoestima y favorece la discriminación (Link y Phelan, 2001). En esta línea, la red de apoyo de la persona actúa como amortiguador de este impacto, aumentando la confianza respecto a los/las demás:

(...). Contarlo es parte del proceso, se lo contaría a alguien cercano que entienda”. (Participante anónimo, grupo discusión, 2024).

“Sí se lo he comentado, a mi gente allegada se lo he contado”. (Participante anónimo, grupo discusión, 2024).

“Mi entorno lo lleva normal. No me trata diferente por saberlo”. (Participante anónimo, grupo discusión, 2024).

“Quien me conoce lo sabe, no veo algo sobre lo que avergonzarme. Es una enfermedad, dentro de sí y no veo por qué avergonzarme de tener un problema psicosocial. Saben que vengo, todo el mundo lo lleva bien”. (Participante anónimo, grupo discusión, 2024).

Entre los factores de reducción ante el estigma se encuentra la información. Es por esto que los medios de comunicación tienen un papel clave en la difusión de la información, ya que puede favorecer los prejuicios y estereotipos, pero también mitigarlos:

“Esquizofrenia es una palabra muy estigmatizada, en parte porque los medios resaltan mucho la enfermedad, si alguien con ella ha hecho algo malo. (...) la sociedad no juzga igual. (Participante anónimo, grupo discusión, 2024).

“Que se dé más información. No meter a todos en el mismo saco: depresión, esquizofrenia paranoide... la información es importante”. (Participante anónimo, grupo discusión, 2024).

En este sentido, los/las participantes expresan que la accesibilidad a una información verídica junto con la sensibilización y visibilización de los aspectos relativos a la salud mental son formas de luchar contra el estigma:

“Visibilizar, más difusión, controlar lo que dicen en los medios de comunicación, información verídica, campañas de concienciación... Nosotros ya hacemos visibilizando”. (Participante anónimo, grupo discusión, 2024).

“Hablar más de ello, normalizarlo”. (Participante anónimo, grupo discusión, 2024).

A continuación, se presenta un resumen de la tabla de co-ocurrencias de los códigos-variables más significativos.

Tabla 5

Co-ocurrencias entre los códigos/variables

Código/Variable	Código/Variable con los que co-ocurre
Evolución concepto enfermedad	Humanización Visibilización
Evolución del estigma sobre la salud mental	Evolución del concepto Humanización Visibilización Falta de información Falta de recursos
Participación en el proceso	Responsabilización Falta de recursos Soledad Falta de comprensión Desconocimiento Confianza

Fuente: elaboración propia

Discusión

Teniendo esto en cuenta y de cara a las propuestas de intervención que tengan como objetivo la reducción del estigma social, es necesario tomar en consideración los aspectos señalados previamente en estos apartados. A través del análisis del discurso de los/las participantes, se observa la importancia de sentirse implicados/as en los procesos de recuperación, ya que favorece el sentimiento de seguridad y aumenta la confianza personal. Tapia et al. (2015) avalan esta idea argumentando que una de las formas de reducir el estigma se basa en la participación activa de las personas en las intervenciones. Asimismo, el apoyo social del entorno se vuelve imprescindible para reducir los sentimientos de vergüenza y favorecer las interacciones sociales. La vergüenza es un componente importante en la teoría de Goffman (1970), ya que esta emoción supone la evitación de las relaciones sociales. Así, el apoyo parece paliar los efectos negativos que provienen de la ansiedad social. Por último, la veracidad de la información respecto a la enfermedad mental es clave para desmitificar creencias que conforman los prejuicios y estereotipos. En esta línea, Corrigan, Druss y Perlick (2014) expresan que una información adecuada favorece la comprensión de la enfermedad. A través de la identificación de los factores sociales y/o relacionales que intervienen en ella, las personas disminuyen el sentimiento de responsabilidad sobre el origen. En este sentido, los medios de comunicación tienen un papel clave en la difusión de la información, acentuando o reduciendo el estigma (Pedersen, 2009).

En conclusión, el proceso de la enfermedad mental está atravesado por el estigma social, pero ha evolucionado con el tiempo. Aunque es evidente el avance en la terminología y en la sensibilidad que requiere el tema, el mero paso del tiempo no ha sido el único factor en la reducción del estigma. Ha habido un avance social, en términos de prejuicios y estereotipos, que han posibilitado un cambio en la percepción sobre la salud mental. Asimismo, las mismas personas afectadas han tomado parte en este cambio a través de la reflexión, diálogo y acciones concretas. Todo ello con el objetivo de vivir una vida más digna y sentirse ciudadanos/as plenamente integrados/as en la sociedad.

Propuesta de Intervención

Introducción

La presente propuesta de intervención está orientada a adultos con problemáticas de salud mental que asistan a alguno de los centros de rehabilitación de la red de atención social de la Comunidad de Madrid.

En la literatura revisada, se encuentran varias propuestas orientadas a la concienciación y sensibilización social sobre las enfermedades mentales. La presente propuesta se centra en cambiar las propias creencias negativas que afectan el autoconcepto de las personas con enfermedad mental. En otras palabras, se tratará de reducir el auto estigma de las personas.

Todas las actividades propuestas se realizarán en formato grupal, aunque haya partes de reflexión individual. Una de las esferas más importantes del estigma tiene que ver con la evitación o el rechazo al contacto interpersonal, por lo que se considera necesario que tome un carácter grupal para que las personas puedan relacionarse, conocerse y sentir que pertenecen a un grupo. El grupo también favorecerá la expresión y las habilidades sociales, además de la gestión y resolución de conflictos, si los hubiese. Esto es necesario para ganar estrategias de afrontamiento y vivir experiencias positivas respecto al contacto con los/las otros/as.

La duración de la intervención será de seis meses, tiempo mínimo que los/las usuarios/as de este tipo de recursos suelen permanecer en el centro. Los únicos requisitos para participar en el programa serán: la estancia prevista de al menos seis meses y el compromiso con la asistencia al programa, recogido a través de un contrato social con el centro.

Objetivo general

Reducir el auto estigma de las personas con problemáticas graves de salud mental.

Objetivos específicos

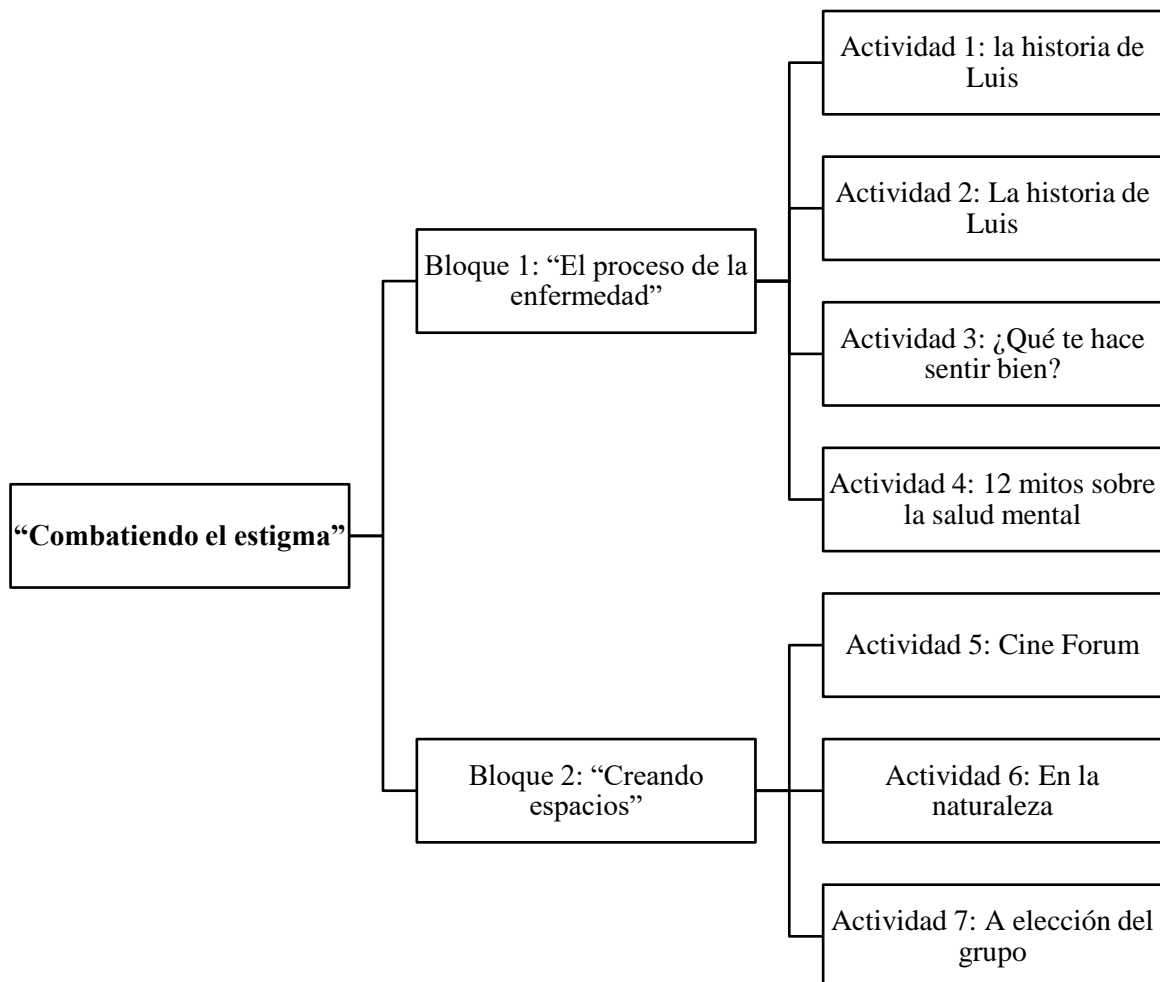
- Favorecer la autonomía, la agencia social y la participación activa en el proceso de recuperación
- Promover el sentido de pertenencia e identidad social e individual
- Favorecer la participación en actividades sociales y relativas a la comunidad
- Proporcionar información fiable respecto a la enfermedad y sus efectos
- Facilitar espacios de información y apoyo a los/las allegados/as de los/las usuarios/as

Metodología

La intervención puede ser llevada a cabo por profesionales del ámbito social, como psicólogos/as, educadores/as, trabajadores/as o terapeutas ocupacionales. Será necesario tener una perspectiva socio-comunitaria respecto a los procesos de salud y enfermedad y conocer los componentes sociales relativos al estigma en esta población.

Tomando en consideración las aportaciones del marco teórico y las necesidades detectadas, la intervención constará de dos bloques: El proceso de la enfermedad y la creación de espacios. En cada bloque se realizarán cuatro actividades, detalladas en el *Anexo 3*. A continuación, se presenta la *figura 1* con el esquema de la propuesta.

Figura 1. Propuesta de intervención “Combatiendo el Estigma”



Las actividades del Bloque 1 tendrán una duración máxima de una hora, al tratarse de actividades en las que es necesaria la atención, la focalización y la reflexión. El tiempo estimado para la actividad es el óptimo para que pueda resultar agradable y no demasiado exigente a nivel de concentración y mentalización, sin generar cansancio o fatiga.

Las actividades del Bloque 2 tendrán una duración de entre dos y siete horas, debido a que tienen un carácter lúdico. La estructura de las actividades dependerá del bloque al que estén asignadas. Así, las actividades 1, 2, 3 y 4 seguirán un formato más organizado,

comenzando por la explicación de la actividad y las indicaciones pertinentes. Después se pasará a la realización de esta, que dependiendo de la actividad podrá ser la lectura de un cómic, la creación de un kit de primeros auxilios emocionales, o la participación en un juego sobre mitos y estereotipos asociados a la enfermedad mental. El cierre de cada actividad se ajustará a la misma.

Las actividades del Bloque 2 seguirán un formato libre, adaptándolas a las necesidades del momento. Este tipo de actividades tienen un carácter más cotidiano, cercano y menos reflexivo, donde se busca pasar tiempo con los/las demás y crear un ambiente más relajado. La actividad 7 queda a elección de los/las participantes. Con la realización de estas actividades se pretende, por un lado, aumentar el compromiso en la participación del programa, y por otro, hacerles partícipes de sus procesos de recuperación, invitándoles a elegir y decidir lo que desean hacer, apoyándoles para llevar a cabo sus propuestas y aumentar la percepción de autoeficacia. Además, la organización y puesta en marcha de la actividad requerirá del desarrollo de habilidades de trabajo en equipo.

Cronograma

		Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
Bloque 1	Actividad 1	x					
	Actividad 2	x					
	Actividad 3		x				
	Actividad 4			x			
Bloque 2	Actividad 5	x	x	x	x	x	x
	Actividad 6		x				
	Actividad 7					x	

En total, la propuesta está orientada a un semestre, tiempo mínimo de estancia para los/las participantes en el centro. Durante los meses de enero, febrero y marzo se realizarán las actividades del bloque 1, de carácter psicoeducativo. Las actividades del Bloque 2 se realizarán durante todo el semestre, ya que están orientadas a la formación del grupo y requiere de mayor consistencia en el tiempo. Tanto al inicio como al final del programa, se realizarán dos sesiones extra que tienen como objetivo la apertura y cierre de la intervención. En la primera se les explicará en qué consistirá la intervención, favoreciendo la motivación a participar en la misma. En la última, se realizará la evaluación de la intervención, analizando el impacto del programa y la satisfacción de los/las participantes, lo que se detalla en el punto 3.5.

Recursos

-Humanos: psicólogos/as, educadores/as y/o trabajadores/as sociales, terapeutas ocupacionales, maestros/as de taller, participantes.

-Espaciales: Sala equipada con material audiovisual (proyector, ordenador, sonido), con mesas y sillas

-Materiales: Cómic impreso, hojas, bolígrafos, cartulinas, rotuladores, lápices, tarjetas sobre mitos y creencias

Evaluación

En línea a la Guía Operativa de Evaluación de la Acción Comunitaria (2016), se presentará la siguiente *tabla 6* con el objetivo de evaluar el impacto del programa de intervención propuesto.

Tabla 6

Evaluación del impacto de la propuesta de intervención

	Individuo	Grupo
Red de apoyo	¿La persona interactúa con otras personas? ¿La persona considera amigos/as algunas personas del grupo? ¿La persona conoce y se relaciona con más gente?	¿A las actividades suelen acudir amigos/allegados de los participantes?
Fortalecimiento	¿La persona siente mayor confianza y menor preocupación de las impresiones de los/las demás? ¿La persona sabe identificar qué le hace bien?	¿Se observa mayor conocimiento entre los miembros del grupo? ¿Se observa mayor cohesión grupal? ¿El grupo se relaciona en diferentes espacios?
Desmitificación	¿La persona ha reducido sus propias creencias negativas respecto a sí misma? ¿La persona cuenta con mayor información veraz respecto a la enfermedad y el proceso de recuperación?	¿Qué creencias anteriores no mantienen actualmente? ¿El grupo se apunta a actividades comunitarias?
Implicación en el proceso	¿La persona participa en las actividades propuestas?	¿Las familias o el entorno participan en las actividades?

¿La persona siente que las actividades mejoran algún aspecto de su vida?	¿Establecen roles grupales en la organización de las actividades?
¿La persona toma responsabilidades en las actividades grupales?	¿Se perciben actitudes/aptitudes como la iniciativa, motivación o creatividad?
	¿El grupo valora que la participación en el mismo les aporta calidad de vida relacional?

Fuente: elaboración propia a partir de Rebollo, Morales y González (2016).

Además, se realizará un breve cuestionario de satisfacción para evaluar las percepciones de los/las participantes respecto al programa. El cuestionario se compondrá de las siguientes afirmaciones recogidas en la tabla 7, donde las opciones de respuesta variarán de 1 (Nada de acuerdo) a 5 (Completamente de acuerdo), a través de la escala tipo Likert.

Tabla 7

Afirmaciones del cuestionario de satisfacción

Afirmación	Ejemplo
Afirmación 1	En general estoy satisfecho/a con las actividades
Afirmación 2	Los objetivos de cada actividad se presentaron con claridad
Afirmación 3	Los profesionales de las actividades dieron las instrucciones correctamente
Afirmación 4	Cambiaría alguna actividad
Afirmación 5	Las actividades se adecuaban al tiempo de realización
Afirmación 6	El material proporcionado resultó de utilidad
Afirmación 7	Alguna de las actividades supuso una dificultad para mí
Afirmación 8	Volvería a realizar el programa

Fuente: elaboración propia

Discusión

A continuación, se resumirán las diferentes aportaciones de la propuesta de intervención, tomando en consideración la revisión de la bibliografía y la evaluación de las necesidades.

En primer lugar, instiga a la reflexión sobre el estigma social asociado a la enfermedad mental cuestionando los prejuicios y estereotipos asociados. Este aspecto se considera muy importante en el proceso de rehabilitación ya que el estigma constituye un aspecto central en el desarrollo de la identidad individual y social. Además, es un aspecto que las intervenciones revisadas no tienen en cuenta, mayormente orientadas a la sensibilización social, a técnicas específicas para reducir la discriminación como el contacto intergrupar, o a aumentar el compromiso en los procesos de recuperación a través del contrato social.

En segundo lugar, la propuesta incide en la desmitificación de creencias y estereotipos asociados a la enfermedad mental, ofreciendo información real respecto a la misma, y sobre todo, accesible y comprensible para esta población. Este aspecto se ha considerado necesario a lo largo de la revisión bibliográfica, pero también ha sido destacado en los grupos de discusión de los/las participantes, constituyendo la veracidad de la información un aspecto imprescindible en el proceso de la enfermedad para comprender y aceptar.

En tercer lugar, este trabajo favorece el sentido de pertenencia al grupo y a la comunidad. Los encuentros grupales sirven para que las personas fortalezcan su red de apoyo, conociendo más personas y reduciendo el aislamiento social. Asimismo, la participación en actividades relativas a la comunidad genera que las personas interactúen en otros espacios, también con personas fuera de su red social principal, y encuentren maneras de conectar con la esfera social.

Por último, la participación en el proceso es un aspecto identificado como necesidad en la evaluación, y a la vez, una sugerencia de mejora en la literatura revisada. Por esta razón, la participación activa es un aspecto importante en esta propuesta.

Entre las ventajas de la presente propuesta se encuentra la aportación novedosa de los aspectos anteriormente mencionados, además de una metodología detallada, pero también flexible ya que deja espacio para la creatividad e innovación, siendo adaptable a las necesidades del momento y a las características de la población. Además, la metodología utilizada, de carácter mayormente cualitativo, ofrece la posibilidad de explorar los aspectos tratados con mayor profundidad y permite enfocarse en la individualidad y la subjetividad de las personas.

Al mismo tiempo, la propuesta presentada tiene varias limitaciones. Por un lado, los múltiples factores que inciden en el estigma social hacen que no pueda percibirse claramente cuál es la intervención idónea para paliar sus efectos, generando una sensación de falta de concreción respecto a las técnicas necesarias para la consecución de los objetivos. Por otro lado, de cara a futuras propuestas, sería necesario tener en cuenta el efecto de mortalidad en el grupo, ya que una alta tasa de mortalidad supondría una gran dificultad para llevar a cabo la intervención. Asimismo, sería interesante la inclusión de otros códigos/variables que podrían influir en el proceso de creación y mantenimiento del estigma, así como variables sociodemográficas asociadas a la edad o formación educativa. Por tanto, el estigma social todavía es un amplio campo de estudio en materia de investigación e intervención psicosocial, que deja abiertas muchas posibilidades de innovación y mejoría tanto en la teoría como en la práctica.

Referencias

- Aguilar-Benages, C., Córcoles-Cebrián, D., Lucas-Miralles, M. V., Almela-Manuel, P., Heredia-Nebot, S., Fontestad-Gómez, J. M., & Molés-Julio, M. P. (2022). El estigma asociado a los trastornos mentales en el paciente geriátrico: una revisión integradora. *Gerokomos*, 33(3), 175-179.
- Angermeyer, M. C., & Matschinger, H. (2005). Labeling—stereotype—discrimination: An investigation of the stigma process. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 40 (5), 391-395.
- Angermeyer, M. C., & Dietrich, S. (2006). Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: a review of population studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113(3), 163-179.
- Aretio-Romero, A. (2010). Una mirada social al estigma de la enfermedad mental. *Cuadernos de trabajo social*, 23, 289-300.
- Ayuntamiento de San Lorenzo del Escorial. Cacería fotográfica. Comunidad de Madrid. <https://www.sanlorenzoturismo.es/rutas-en-la-naturaleza/caceria-fotografica/>
- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical psychology: Science and practice*, 9(1), 35.
- Corrigan, P. W., Druss, B. G., & Perlick, D. A. (2014). The impact of mental illness stigma on seeking and participating in mental health care. *Psychological Science in the Public Interest*, 15(2), 37-70.
- Consejería de Familia, Juventud y Política Social. (2021). Actividades de Sensibilización Social y Lucha contra el Estigma. Resumen y Balance. Comunidad de Madrid. (p. 25-26; 65) <https://gestion3.madrid.org/bvirtual/BVCM050944.pdf>
- Delgado-Bordas, L., & Carbonell, Á. (2024). Detrás del estigma. Un análisis cualitativo del impacto en las familias de personas con trastorno mental grave. *Itinerarios de Trabajo Social*, (4), 7-15.
- Goffman, E., & Guinsberg, L. (1970). Estigma: la identidad deteriorada (pp. 1-11). Buenos Aires: Amorrortu.
- González-Vazquez, A. I., Mosquera-Barral, D., Knipe, J., Leeds, A. M., & SantedGerman, M. A. (2018). Construction and Initial Validation of a Scale to Evaluate SelfCare Patterns: The Self-Care Scale. *Clinical Neuropsychiatry*, 15(6), 373–378.
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual review of Sociology*, 27(1), 363-385.
- Mitjá Costa, J. (2020). Desmontando 12 mitos sobre la salud mental. Estigma en Salud Mental (SOM). <https://estigma.som360.org/es/monografico/dia-mundial-salud-mental/articulo/desmontando-12-mitos-sobre-salud-mental>

- Muñoz, M., Fernández, P. A., Marín, P. A., Pérez, M. A., Martín, M. C. J., Ávila, S. S., & Castellanos, S. Z. (s.f). Informe de Resultados. El estigma en la población española hacia las personas con problemas de salud mental. Cátedra UCM-Grupo 5 Contra el Estigma, 38-48. <https://www.contraelestigma.com/resource/informe-de-resultados-el-estigma-en-la-poblacion-espanola-hacia-las-personas-con-problemas-de-salud-mental/>
- Organización Mundial de la Salud. (8 de junio de 2022). Trastornos mentales. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- Oyarce, M. L., Lobos, R., & Carrasco, N. (2017). Estigmatización de la persona con esquizofrenia y consecuencias para el proceso de rehabilitación: un estudio en profesionales de la salud mental. *Límite: revista de filosofía y psicología*, 12(39), 15-25.
- Páramo Morales, D. (2015). La teoría fundamentada (Grounded Theory), metodología cualitativa de investigación científica. *Pensamiento & gestión*, (39), 1-7.
- Participantes anónimos. (2024). Comentario en grupo de discusión [Grupo de discusión anónimo]. Realizado el 1 de abril de 2024.
- Pedersen, D. (2009). Estigma y exclusión social en las enfermedades mentales: apuntes para el análisis y diseño de intervenciones. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 55(1), 39-50.
- Proyecto REdES. (2009). Proyecto Chamberlin. <https://proyectochamberlin.org/comic.html>
- Rebollo, O., Morales, E., & González, S. (2016). Guía operativa de evaluación de la acción comunitaria. Universidad Autónoma de Barcelona. (pp. 33-45).
- Rodríguez-González, A. (2003). Organización de cuidados comunitarios el papel de la atención psicosocial y social en la atención comunitaria a las personas con enfermedad mental grave y crónica. In *Atención comunitaria, rehabilitación y empleo: actas II Congreso de Rehabilitación en Salud Mental, II Congreso Ibérico de Saúde Mental* (pp. 67-95). Instituto Universitario de Integración en la Comunidad.
- Tapia, F. M., Castro, W. L., Poblete, C. M., & Soza, C. M. (2015). Estigma hacia los trastornos mentales: características e intervenciones. *Salud mental*, 38(1), 53-58.
- Torres-Vega, L. C., Urbiola, A., & Navas, M. (2021). Análisis de ejemplos de mejores prácticas de contacto intergrupar, anti-gitanismo y movilización para el cambio social de Gitanos/as y no-Gitanos/as en España (Informe de selección de mejores prácticas). Centro de Estudios de las Migraciones y las Relaciones Interculturales (CEMYRI). <https://pszi.ppk.elte.hu/media/c2/9e/f6f8058946b9b3686c877f9ae317fc7812418194c81661a12e26fcff8302/D2.3%20Best%20Practice%20Spain.pdf>

Anexo 1

Guión del Grupo de Discusión

Conceptualización del estigma:

- Primera definición del estigma: ¿Qué es para vosotros el estigma en la enfermedad mental?
- ¿Qué entendéis por enfermedad mental?
- ¿Qué es para vosotros/as sentirse estigmatizados/as?
- ¿Qué pensáis que entiende la sociedad por enfermedad mental?

Evolución del estigma en el tiempo:

- ¿Pensáis que afecta la edad de la persona en cuanto al estigma de la enfermedad mental?
- ¿Creéis que la percepción del estigma ha cambiado a lo largo del tiempo?
- ¿Tener el certificado de discapacidad os ha servido para luchar contra el estigma de la enfermedad mental?

Estigma y su influencia en las relaciones sociales:

- ¿Cómo crees que ha influido el estigma de la enfermedad mental en las relaciones sociales?
- ¿Cómo afecta la medicación al estigma de la enfermedad mental?
- ¿Cómo habéis vivido el estigma de la enfermedad mental con vuestro entorno?

Estigma y discriminación:

- ¿Habéis sufrido estigma social por enfermedad mental? (por parte de allegados, instituciones (centro salud, unidades, psiquiatría...)) (Discriminación social-estructural)
- ¿Cómo posicionaríais la importancia de la salud mental en la sociedad actual, en una escala del uno al diez? (Discriminación estructural)

Perspectiva de género:

- ¿Cómo se vive ser mujer con la enfermedad? (Como madre, pareja, hija...)
- ¿En algún momento habéis sentido que ser mujer afectaba en el trato de los/las profesionales? (Centro de salud, CRL...)
- ¿Observáis diferencias respecto a vuestros compañeros hombres en los recursos de atención?
- ¿Qué prejuicios creéis que se asocian a las mujeres con problemas de salud mental?

Anexo 2

Transcripción Grupo 1

G1: Marta, Al, JJ, J, Nerea, Sara, Elisa

Conceptualización del estigma:

-Primera definición del estigma: ¿Qué es para vosotros el estigma hacia personas con problemas de salud mental?

A. Es una etiqueta con connotación negativa, con el diagnóstico se hacen una idea errónea. No se lo cuento a mis amigos, para evitarme esas situaciones.

J. Prejuicio, quien no te conoce se forma una determinada imagen de ti. Sí se lo he comentado, a mi gente allegada se lo he contado.

-¿Qué entendéis por enfermedad mental, que significa para vosotros/as tener problemas de salud mental?

JJ. Un mal que afecta a la salud física y psicológica de una persona: depresión, agorafobia, hay muchas... esquizofrenia

X. Problemas que limitan tu vida diaria

-¿Qué es para vosotros/as sentirse estigmatizados/as?

-¿Qué pensáis que entiende la sociedad por enfermedad mental?

A. La pandemia vino bien, se generalizó un estado de ánimo y se habló de ello, se hizo una ley.

X. En la TV, se piensa que vas a hacer daño. En urgencias, el guardia me perseguía. Lo desconocido provoca miedo

Evolución del estigma en el tiempo:

-¿Pensáis que afecta la edad de la persona (usuaria) en cuanto al estigma?

X. Edad de la persona que estigmatiza: los mayores estigmatizan más

-¿Pensáis que hay diferencias entre jóvenes y adultos en cuanto a la percepción del estigma?

A. Ignorancia. En su época había más prejuicio.

-¿Creéis que la percepción del estigma ha cambiado a lo largo del tiempo?

JJ. Sí. Como el prejuicio con las personas migrantes o de otras etnias, el prejuicio ha disminuido. Los jóvenes son más civilizados. (...) A Adam Turin le encarcelaron. Antes, usaban un lenguaje más estigmatizante: le llamaban loco, subnormal. Se usaban palabras despectivas.

A. No sé. (...) No tener un trabajo estable genera estados de ánimo como ansiedad, depresión... es un secreto a voces, todos tenemos algún tipo de síntoma, otra cosa que esté más o menos desarrollado.

J. Es por la época en la que han nacido. Lo hemos conseguido aceptar con el tiempo.

-¿El certificado de discapacidad os ha servido para luchar contra el estigma? ¿O lo ha dificultado? (Reconocimiento vs discriminación)

A. ha ayudado en lo laboral. Una compañera lo llama discriminación positiva. Una cara positiva es el empleo, el transporte... Las entrevistas se bonifican pero hacen la típica pregunta de cuéntame sobre ti. Van a saco. Pueden preguntarte cuál es tu medicación. (...). Estás preparado, llega un punto mal hecho que lo normalizas. (...) Me ha pasado en una empresa, en la entrevista me negué a decir el diagnóstico y me llamó al día siguiente la empresa intermediaria para preguntarme si el trabajo se podía adaptar a mí. (...) el diagnóstico es la superficie. No hay ese caldo de cultivo que es la confianza. Es un trámite y ya está.

JJ. a no ser por el CRL no habría tenido trabajo. La discriminación positiva está bien para igualar las condiciones. Es más desenvoltura.

J. Aquí en el CRL te dan herramientas. Para ser más normales. (...) Antes de entrar aquí iba a trabajar con un amigo. La doctora me preguntó si el que me va a contratar sabía si mi empleador sabía lo que tengo.

Estigma y su influencia en las relaciones sociales:

-¿Cómo crees que ha influido el estigma de la enfermedad mental en las relaciones sociales?

A. En el CRL no hay diferencia. Luego están mis amigos que no lo saben. No lo digo, me considero alguien abierto de ideas, intento acercar posturas y veo a personas del mismo grupo que son un poco cerrados de mente. No sé si eso es algo mío. (...) El tipo de conversaciones son la diferencia, a mí me resulta más complicado. Veo la diferencia en el nivel de comprensión. Que acepten que tengo esta dificultad, que lo respeten. En el CRL soy el que más cuento, con mi grupo de amigos no comento tanto, no es más de conocerlos.

J. Mis amigos más allegados lo saben. Dicen que no me pasa nada, no le dan... Intento socializar con otra gente.

JJ. Solamente me relaciono con gente que ha trabajado conmigo en centros de empleo o del CRL, de otros centros o lugares no. También con mi madre, mi familia más próxima, con el cura y ya. He tenido mala experiencia con la gente, se han portado mal conmigo por mi forma de ser. Prefiero tener pocos y no tener el percance de estar con uno malo. (...) El estigma a veces es una barrera. Tengo un problema, vengo al CRL y no lo ven raro. Como conocidos en Cesur.

-¿Se observan diferencias en cuanto a tomar medicación para un problema orgánico y un problema psicológico? ¿Creéis que esto podría acentuar el estigma?

-¿Cómo habéis vivido el estigma de la enfermedad mental con vuestro entorno? ¿Positivamente/negativamente? Barreras-Facilitadores.

Estigma y discriminación:

-¿Habéis sufrido estigma social por enfermedad mental? (por parte de allegados, instituciones (centro salud, unidades, psiquiatría...), por ejemplo, que no os crean, que os traten de manera infantil. Que os proporcionen toda la información necesaria, por ejemplo, en un ingreso? Los del CRPS me decían que notaban una falta de información en el ingreso. (Discriminación social-estructural)

X. En el CRL no hemos sentido el estigma, en el psiquiatra tampoco. Fue la doctora de una mutua.

JJ. El que no quiere comprender es por ignorancia o por mala leche. Hay gente que es mala y le gusta hacer daño. Hay gente que usa tus problemas mentales como excusa para hacerte daño.

A. es por falta de empatía, todos tenemos miedo pero no puede ser que nos limite tanto.

-¿Cómo posicionaríais la importancia de la salud mental en la sociedad actual, en una escala del uno al diez? (Discriminación estructural)

-Cómo lo vive la sociedad

J. Que se dé más información. No meter a todos en el mismo saco: depresión, esquizofrenia paranoide... la información es importante.

A. Cuánto más se hable más se normalizará. ¿Quién está bien?

Hablar sobre esto, para normalizar.

Preguntas cierre:

- Después de este ratito de charla, ¿cómo os sentís?
- ¿Qué estrategias tenéis para protegeros contra el estigma?
- ¿Se os ocurre alguna estrategia para luchar contra el estigma?
- ¿Creéis que con la sensibilización y concienciación de la sociedad podrían mejorar esta percepción sobre la salud mental?

Transcripción Grupo 2

G2: J, A, Je, Marta, Sara, Elisa

Conceptualización del estigma:

-Primera definición del estigma: ¿Qué es para vosotros el estigma hacia personas con problemas de salud mental?

Je: no tengo ni idea

A. cómo sientes. Cómo te mira la gente, cómo te sientes como te mira la gente, las discriminaciones por tener discapacidad. A mí no se me nota, a quien sí es a quién más se estigmatiza, se les mira diferente, más raro.

Ju.: mi autoestigma, me siento avergonzado, no acepto mi condición. No acepto mi personalidad, he intentado disimular lo máximo posible. Me he hecho un experto en disimular, me ha costado mucho. Me daría vergüenza que alguien conocido supiera que vengo aquí. Yo no entraría si alguien me viese acudir al centro.

-¿Qué entendéis por enfermedad mental, que significa para vosotros/as tener problemas de salud mental?

Ju: escondiéndolos. Se lo he comentado a miembros de mi familia y no sé si ha sido bueno.

A.: quien me conoce lo sabe, no veo algo sobre lo que avergonzarme. Es una enfermedad, dentro de sí y no veo por qué avergonzarme de tener un problema psicosocial. Saben que vengo, todo el mundo lo lleva bien.

Je: en la calle es diferente, la gente te puede mirar diferente, pasar más vergüenza. Es llevar el día a día.

-¿Qué es para vosotros/as sentirse estigmatizados/as?

-¿Qué pensáis que entiende la sociedad por enfermedad mental?

Je: como una enfermedad de locos. La salud mental debería normalizarse, como ir al médico.

A. : Hay gente que no acepta tanto que una persona pueda tener un problema mental. La gente que me conoce lo sabe y lo entiende, con mi gente cercana no he tenido un problema.

Evolución del estigma en el tiempo:

-¿Pensáis que afecta la edad de la persona (usuaria) en cuanto al estigma?

Ju. Influye en el objetivo de curarme, veo que no he conseguido quitarme esto de encima, esta cosa tan vergonzosa. Como que se lo sumo, como otra piedrita más en el saco que llevas, la edad, porque lo mezclo, no sé por qué.

-¿Pensáis que hay diferencias entre jóvenes y adultos en cuanto a la percepción del estigma?

Ju. Personas más jóvenes, con mentalidad más abierta, lo normalizan más, pueden aceptar tener un problema, una discapacidad. La gente mayor puede que sea más cerrada, más crítica, más intolerante.

-¿Creéis que la percepción del estigma ha cambiado a lo largo del tiempo?

A. Ahora se ve más normalizado, que hace años, con la gente mayor como mi abuelo. Ha evolucionado, la gente es más abierta, creo que sí ha mejorado con el tiempo.

X. Me veo igual que cuando tenía 20, no he conseguido quitármelo. Otra piedra más.

Je. Pienso que se ha normalizado. Antes, parecía que ibas a otro sitio, que estás loco. Ha mejorado con el tiempo.

-¿El certificado de discapacidad os ha servido para luchar contra el estigma? ¿O lo ha dificultado? (Reconocimiento vs discriminación)

Je: ayuda, para un trabajo. (...) al empresario le abonan dinero. Entrás antes que otra persona. (...) no he usado las ayudas por desconocimiento.

Ju: tienes más oportunidades.

A. Tienes descuentos: en el cine, la piscina, en el teatro.

X. Necesitamos tener más posibilidades.

-¿Caras negativas?

Ju. Pienso que deberían darte más, no dinero. Al buscar trabajo, si pongo mi enfermedad no me cogen. Que piensen que tengo una discapacidad mental o como se diga, por ese estigma pueden echarme.

A. Tengo dos CV, para las empresas que solicitan y que no solicitan la discapacidad.

Je. Necesitan gente ordinaria, gente normal... no te cogen. Son las dos caras de la moneda. Puede ser un hándicap, que pueden o no cogerte con la discapacidad. Como tener que explicar en detalle en las entrevistas.

X. El estigma hace que me rechacen en el trabajo.

A.: le dije a un entrevistador: si quieres saber algo, habla con mi psiquiatra.

Je: depende de muchas cosas que te cojan en una entrevista.

-Según el tipo de enfermedad

Ju. Depende del tipo de discapacidad, unas están más estigmatizadas que otras. Decir que tienes esquizofrenia no es lo mismo que decir que tienes un trastorno de adaptación social, con lo otro hay dudas. Esquizofrenia es una palabra muy estigmatizada, en parte porque los medios resaltan mucho la enfermedad, si alguien con ella ha hecho algo malo. (...) la sociedad no juzga igual.

A.: relatando episodio de alguien con síndrome de Tourette.

X. Los medios lo resaltan

Estigma y su influencia en las relaciones sociales:

-¿Cómo crees que ha influido el estigma de la enfermedad mental en las relaciones sociales?

-¿Se observan diferencias en cuanto a tomar medicación para un problema orgánico y un problema psicológico? ¿Creéis que esto podría acentuar el estigma?

-¿Cómo habéis vivido el estigma de la enfermedad mental con vuestro entorno?

¿Positivamente/negativamente? Barreras-Facilitadores.

Estigma y discriminación:

-¿Habéis sufrido estigma social por enfermedad mental? (por parte de allegados, instituciones (centro salud, unidades, psiquiatría...), por ejemplo, que no os crean, que os traten de manera infantil. Que os proporcionen toda la información necesaria, por ejemplo, en un ingreso? Los del CRPS me decían que notaban una falta de información en el ingreso. (Discriminación social-estructural)

-¿Cómo posicionaríais la importancia de la salud mental en la sociedad actual, en una escala del uno al diez? (Discriminación estructural)

Ju.: pienso que los últimos años se ha avanzado en cuanto a información y a estigmatizar pero si ves el entorno, a nivel práctico se ha hecho poco. Por ejemplo, la cantidad de psicólogos y psiquiatras son muy pocos. Que haya una mayor concienciación debería derivar a que se tomen medidas y se hagan más cosas. Cada vez, veo, que hay más problemas de salud mental y en España no veo algo de verdad, que se estén haciendo cosas importantes.

Tendrían que haber más centros, más medios. (...) pocos políticos se han atrevido a hablar sobre este tema.

A.: Gracias a Dios no se me nota que tengo una discapacidad. Dan importancia en función de la enfermedad, de si se nota más o menos. Si se te nota te miran diferente, hay gente que comenta. (...) hacen falta más campañas, no he visto tantas. Se debería ver más el problema, para que la gente coja más conciencia para que los políticos se den cuenta de lo que pasa. Quedadas grupales. Hacerlo más visible.

Preguntas cierre:

-Después de este ratito de charla, ¿cómo os sentís?

-¿Qué estrategias tenéis para protegeros contra el estigma?

-¿Se os ocurre alguna estrategia para luchar contra el estigma?

-¿Creéis que con la sensibilización y concienciación de la sociedad podrían mejorar esta percepción sobre la salud mental?

Transcripción Grupo 3

G3: Grupo mujeres. Re, G, R, C.

Conceptualización del estigma:

G. Quora. La vida psíquica y el cambio cerebral no es visible. La mayoría de seres humanos tienden a apartar al diferente para no verlo porque les molesta. Llegan a subestimar al enfermo por su mal. Si te rompes un hueso, te recomiendan un traumatólogo. Si tienes otras enfermedades pueden llevarte a la muerte, requieren mucha concepción del entorno.

X. Como no se ve la gente no lo entiende. Te responsabilizan a ti. La sociedad tiene miedo al diferente.

-Primera definición del estigma: ¿Qué es para vosotros el estigma hacia personas con problemas de salud mental?

-¿Qué entendéis por enfermedad mental, que significa para vosotros/as tener problemas de salud mental?

G. Te etiquetan. Los vecinos veían que no trabajaba, te preguntan. Me abrí a decirle a las amigas de mi madre lo que me pasaba. Me decían que si me tomaba la medicación porque si no ya sabes lo que te pasa... Una amiga tiene un TOC, los hijos a una de sus amigas le dijeron de no coger el teléfono a una loca. También recae en el aislamiento. Te dicen que tienes que esforzarte. Un día te arreglas y se sorprenden (...) con la medicación se te pueden notar los efectos secundarios.

C. es una etiqueta no normalizada. Hay un desconocimiento muy grande. Sigo siendo la misma persona con un diagnóstico, que explica muchos de mis comportamientos: no es no quiero hacerlo o entenderlo (...) eres alguien peligroso. Una amiga de mi hija preguntó si su madre la perseguía con un cuchillo. Hay desconocimiento. (...) piensan que se te va a pasar, que es todo tuyo. Ellos se piensan, me pasaba en mi círculo cercano, siguen esperando como que se te pase, que mejores y todo vuelva a lo que para ellos es normal. (...) cuando por fin estás regulada, hablas con una persona que te ha conocido en momentos más inestables te dice que si vas drogadísima porque te ven más calmada y equilibrada.

Re. Es una etiqueta. Cuando te lo empiezan a explicar empiezas a entender muchas cosas que te pasa. A día de hoy, se habla algo, pero dices que tienes tlp y es que estas loca, que quieres llamar la atención. (...) desconocimiento y miedo. Piensan que es una gripe. No soy una asesina. (...) con la medicación iba literalmente drogada. Una mujer a un amigo le dijo que si me drogaba y el le cortó.

- ¿Qué es para vosotros/as sentirse estigmatizados/as?
 - ¿Qué pensáis que entiende la sociedad por enfermedad mental?
- G.** Entre discapacidades hay diferencias.

Evolución del estigma en el tiempo:

- ¿Pensáis que afecta la edad de la persona (usuaria) en cuanto al estigma?
- ¿Pensáis que hay diferencias entre jóvenes y adultos en cuanto a la percepción del estigma?
- ¿Creéis que la percepción del estigma ha cambiado a lo largo del tiempo?

R.: El tema de la salud mental se está viendo a raíz del Covid, no creo que se esté hablando demasiado, falta mucho más.

C. Pero más con ciertas enfermedades, ansiedades, depresiones es algo curable y temporal, más aceptado. Lo que sea una esquizofrenia, bipolar...enfermedades que van intrínsecas dentro de tu personalidad según la sociedad. Hay gente, familia que no se esfuerza en conocer la enfermedad. Al entender por qué me sucedió quise dar una explicación a mi familia,

Re.: El tema de salud mental es muy amplio. No sabía lo que era el TOC. Es muy amplio y no lo conocemos,

- ¿El certificado de discapacidad os ha servido para luchar contra el estigma? ¿O lo ha dificultado? (Reconocimiento vs discriminación)

Estigma y su influencia en las relaciones sociales:

- ¿Cómo crees que ha influido el estigma de la enfermedad mental en las relaciones sociales?

Re: la base de todo era el desconocimiento. No estaba diagnosticado. Cuando me daba un ataque de agresividad no me acordaba, pensaban que quería llamar la atención. A partir del diagnóstico comenzamos a comprender. No facilitó la relación, porque es complicado, ves a tu hija que hace o se hace daño, nunca he tenido una mala relación. A raíz de la enfermedad había momentos que me distanciaba, ellos intentaban que me acercase. Cuando he ido mejorando, no es una cosa que te cures, ya sabes lo que te pasa, aprendes a vivir con ello y lo vas aceptando. Tengo depresión, ansiedad... pero al saber lo que a uno le pasa le facilita a la hora de expresarse, mi madre sabe y lo entiende. En la sociedad hay desconocimiento, hay mucho prejuicio. El problema es el prejuicio.

R: En mi entorno lo vivo bien, médicamente bien, no me dan picos. Mi familia me apoya.

G. Sin querer, el propio desconocimiento empieza en la familia. Llevaba un buen historial académico, llevé una asignatura a cuarta convocatoria, no sabía lo que me pasaba, estaba muy nerviosa. Mi madre tenía todas las esperanzas en mí, mi padre no lo aceptaba. Mi madre estaba muy obsesiva con mi enfermedad. En el hospital le dijeron que no había esperanza conmigo. El estigma empezaba con mi madre. El propio estigma empieza en la familia.

- ¿Se observan diferencias en cuanto a tomar medicación para un problema orgánico y un problema psicológico? ¿Creéis que esto podría acentuar el estigma?

- ¿Cómo habéis vivido el estigma de la enfermedad mental con vuestro entorno? ¿Positivamente/negativamente? Barreras-Facilitadores.

Estigma y discriminación:

- ¿Habéis sufrido estigma social por enfermedad mental? (por parte de allegados, instituciones (centro salud, unidades, psiquiatría...), por ejemplo, que no os crean, que os traten de manera infantil. Que os proporcionen toda la información necesaria, por ejemplo, en un ingreso? Los del CRPS me decían que notaban una falta de información en el ingreso. (Discriminación social-estructural)

-¿Cómo posicionaríais la importancia de la salud mental en la sociedad actual, en una escala del uno al diez? (Discriminación estructural)

Perspectiva de género:

-¿Cómo se vive ser mujer con la problemática? (Como madre, pareja, hija...)

C.: influye mucho, las mujeres somos más volubles, se te tacha como más cambiante que un hombre.

Re.: los hombres lo toman como una debilidad.

G.: las mujeres aceptan más la medicación, un hombre lo acepta peor.

R.: no me han juzgado, no lo digo a la ligera.

-¿En algún momento habéis sentido que ser mujer afectaba en el trato de los/las profesionales? (Centro de salud, CRL...)

Re: estoy contenta con mi psiquiatra, en el hospital. La peor experiencia fue en un hospital, me dejaron sola en una crisis, en la que me intenté suicidar. Los profesionales deberían haber ayudado, no mi padre. Me pasó algo parecido otra vez. Le dijeron los profesionales que no era un lugar para mí. Sabes que tienes que buscar ayuda pero no sabes dónde buscarla; faltan información y recursos.

C. no

G : la enfermedad mental es muy amplia. No es lo mismo pedir ayuda por una enfermedad mental crónica de largo recorrido. No es lo mismo una ansiedad, una depresión, un Toc que tener eso.

Re.: con depresión, te dicen que no estés triste.

-¿Observáis diferencias respecto a vuestros compañeros hombres en los recursos de atención?

Re.: me pasó en el trabajo que me pidieron el informe facultativo. En el trabajo afecta mucho.

G.: las mujeres ya sin diagnóstico tienen dificultades, si tienes un problema de salud mental te afecta más.

R: todo afecta.

-¿Qué prejuicios/creencias se asocian a las mujeres con problemas de salud mental?

-¿Ha afectado esto en vuestras relaciones: de pareja...?

Preguntas cierre:

-Después de este ratito de charla, ¿cómo os sentís?

-¿Qué estrategias tenéis para protegeros contra el estigma?

-¿Se os ocurre alguna estrategia para luchar contra el estigma?

X: Visibilizar, más difusión, controlar lo que dicen en los medios de comunicación, información verídica, campañas de concienciación... Nosotros ya hacemos visibilizando.

X: Hablar más de ello, normalizarlo.

X: Cada una que haga lo que quiera. Van a juzgar igual, si no es porque estoy loca, porque estoy cuerda... prefiero ser juzgada por la verdad por cosas que ellos creen verdad que no lo son.

X: Nos queda mucho curro. Es solamente un diagnóstico, sigues siendo la misma persona. Debería igualarse a una enfermedad física.

-¿Creéis que con la sensibilización y concienciación de la sociedad podrían mejorar esta percepción sobre la salud mental?

Transcripción Grupo 4

G4: G, R, A, H.

Conceptualización del estigma:

-Primera definición del estigma: ¿Qué es para vosotros el estigma hacia personas con problemas de salud mental?

-¿Qué entendéis por enfermedad mental, que significa para vosotros/as tener problemas de salud mental?

A: discapacidad.

R.: No me han diagnosticado, es una forma diferente de diversidad funcional, de interactuar, de percibir el mundo. La sociedad está hecha para un tipo de personas. Otros tipos de formas no tienen tanto apoyo, facilidades... (...) en el hospital no me hicieron partícipe del proceso. El estigma es que todo lo hacen apoyos. Noté una falta de hacerme presente en mi proceso, no me dijeron que me estaba dando un brote, no me hablaron de efectos secundarios... nadie me dijo nada, llevaba meses pensando que me estaba volviendo loca, estaba sola. No me dieron información.

X. Nunca he tenido problema.

¿Qué es para vosotros/as sentirse estigmatizados/as?

G. la pastilla me hacía dormir. Me cambiaron la medicación.

¿Qué pensáis que entiende la sociedad por enfermedad mental?

R.: está mejor

A.: no era dueño de mis actos con los brotes, se me nublaban el pensamiento. Acabé en un hospital, ahí me dieron los resultados y la medicación me regularizaría. Ahora, al tomarla, me dan dolores de cabeza. (...) no tengo fecha fin del tratamiento.

Evolución del estigma en el tiempo:

-¿Pensáis que afecta la edad de la persona (usuaria) en cuanto al estigma?

A. no hay diferencias

R.: con la psiquiatra he notado menos cercanía por ser mayor. No es lo mismo el proceso en el CRL que en el psiquiatra, que me ve menos.

-¿Pensáis que hay diferencias entre jóvenes y adultos en cuanto a la percepción del estigma?

R. Se ve diferente, generacionalmente hay avances. En el ámbito profesional no se nota tanto. Los profesionales os comunicáis. A nivel de sociedad esto no pasa.

A.: No veo diferencias.

-¿Creéis que la percepción del estigma ha cambiado a lo largo del tiempo?

R.: Antes se normalizaba menos. Hay un pelín de cambios, no exagerados. La pandemia ha influido, se empezó a hablar más, hizo bastante con la salud mental.

A.: Pasó mucho para que me dijeran mi enfermedad. Aquí la ayuda y aportación es diferente. Antes tardaba más en identificarlo. Aquí, mis profesionales (TS, PS, PSIC), me van ayudando. Podría decirse que lo tienen más en cuenta, se identifica antes.

-¿El certificado de discapacidad os ha servido para luchar contra el estigma? ¿O lo ha dificultado? (Reconocimiento vs discriminación)

G. Me ha ayudado. Soy inmigrante, ilegal, me ha ayudado a tener un permiso de trabajo. (...) no sé si puede perjudicar tener el certificado.

A.: me dieron el certificado, la acreditación. Salen ofertas de trabajo y pongo un voto de confianza. (...) no creo que dificulte, que aunque la tengas no tienes impedimento.

R.: no lo tengo, lo mío fue puntual, en el proceso igual me habría ayudado. Fue algo puntual. Creo que da facilidades, pero no creo que tuviera que tenerla, no lo quería. (...) Igual, puedo imaginar que por tema estigma pueda influir.

Estigma y su influencia en las relaciones sociales:

-¿Cómo crees que ha influido el estigma de la enfermedad mental en las relaciones sociales?

A. Contárselo a alguien desconocido te echa hacia atrás. Contarlo es parte del proceso, se lo contaría a alguien cercano que entienda.

H. Mi entorno lo lleva normal. No me trata diferente por saberlo.

R.: Depende del proceso. Al principio me cerré, no pude comparar. He estado cerca de mis amigos, no me he sentido a disgusto. Lo he vivido “sin más”.

-¿Se observan diferencias en cuanto a tomar medicación para un problema orgánico y un problema psicológico? ¿Creéis que esto podría acentuar el estigma?

-¿Cómo habéis vivido el estigma de la enfermedad mental con vuestro entorno?

R: No me afectó, desde fuera. (...) me ha pasado también lo de la inseguridad hacia mi personalidad, me afecta indirectamente para todo. Tu autoconcepto, si lo tienes bajo, al hacer las cosas te paras y a la hora de relacionarte con la gente te limitas a ti mismo por tu autoconcepto.

G.: me afectó a mi primer trabajo, la discapacidad me afecta.

A.: me siguen evaluando. Antes me sentía con miedo, con desconfianza hacia mi personalidad.

H.: No he tenido problemas en mi trabajo, ha sido normal.

-¿Positivamente/negativamente? Barreras-Facilitadores.

G. En el trabajo lo viví mal. No me acomodé bien al trabajo. No me hacia efecto la pastilla, no ponía de mi parte. Tuve muchos traumas, después la pasé mejor en el trabajo.

Estigma y discriminación:

-¿Habéis sufrido estigma social por enfermedad mental? (por parte de allegados, instituciones (centro salud, unidades, psiquiatría...), por ejemplo, que no os crean, que os traten de manera infantil. Que os proporcionen toda la información necesaria, por ejemplo, en un ingreso? Los del CRPS me decían que notaban una falta de información en el ingreso. (Discriminación social-estructural)

-¿Cómo posicionaríais la importancia de la salud mental en la sociedad actual, en una escala del uno al diez? (Discriminación estructural)

Preguntas cierre:

-Después de este ratito de charla, ¿cómo os sentís?

-¿Qué estrategias tenéis para protegeros contra el estigma?

-¿Se os ocurre alguna estrategia para luchar contra el estigma?

A.: ver el punto de vista de la persona, ver las capacidades, saber que pueden llegar a cumplir lo que quiere. Podemos aportar algo en el día a día para que sea diferente. Ponerse en el lugar del otro. Si conoces la vida de la persona, verías ciertas dificultades que se podrían ir cambiando: comprensión, empatía.

R.: hacernos partícipes, me parece importante. Te da también seguridad, te da seguridad de que estás participando en tu proceso, que tú también estás trabajando activamente en tu proceso, no es responsabilidad de otros.

-¿Creéis que con la sensibilización y concienciación de la sociedad podrían mejorar esta percepción sobre la salud mental?

Anexo 3

Descripción de las Actividades

Actividad 1: La historia de Luis

Exposición teórica

A través del cómic “Una historia sobre Luis” (REdES, 2009), se tratará de dar respuesta a la necesidad de contar con información veraz respecto a los procesos de salud y enfermedad. El formato del cómic supone, por un lado, la visualización de viñetas sobre situaciones en las que los/las participantes se pueden ver identificados/as, y por otro, la reflexión del contenido a través de la lectura. Contextualizado en un chico con esquizofrenia, el contenido hace referencia a diferentes momentos del proceso de enfermedad, como el primer episodio psicótico, momento de gran carga emocional, marcado por el miedo y desconocimiento respecto a la sintomatología, algo que se refleja en la evaluación de necesidades. También, examina la relación con los/las profesionales, aspecto de gran relevancia en los procesos de rehabilitación, ya que el vínculo terapéutico determina en gran parte la adherencia al tratamiento. Aspectos como una buena comunicación, la ausencia de un lenguaje estigmatizante y la confianza en la persona, favorecen que la persona se sienta aceptada, acompañada y no juzgada. Esto es importante debido a la alta estigmatización que esta población sufre, y a los sentimientos de soledad que ahondan sus procesos. En este sentido, el cómic genera una reflexión sobre el estigma, ilustrando prejuicios, estereotipos y discriminaciones hacia la población con problemáticas de salud mental, invitación a los/las participantes a pensar sobre estos aspectos para deconstruir creencias y protegerse ante las mismas.

Objetivo general

Proporcionar información veraz sobre el proceso de salud y enfermedad en personas con problemas de salud mental graves.

Objetivos específicos

- Identificar aspectos positivos del vínculo terapéutico
- Examinar estereotipos y prejuicios asociados a la enfermedad mental

Descripción

La actividad consiste en la lectura del cómic “una historia sobre Luis” (REdES, 2009), donde se narra la historia de un joven con problemas de salud mental. En la historia de Luis, se observa el impacto de la enfermedad en diferentes áreas de la vida como la familia, los/las amigos, la educación y el trabajo, algo a lo que el protagonista tiene que adaptarse. En esta primera actividad, se realizará la lectura de las cuatro primeras páginas del cómic, que consta de ocho páginas en total. El motivo de realizar la lectura en dos sesiones diferentes estriba en evitar causar fatiga a los/las participantes y llevar un ritmo más lento, con el objetivo de que comprendan adecuadamente la historia y puedan reflexionar sobre ella. Al principio de la actividad se explicará en qué consiste, se procederá a la lectura en conjunto y de forma narrativa, y por último, se responderá a una serie de preguntas, también de manera grupal, de manera que se pueda pensar y compartir en grupo.

- **Material:** Cómic en papel, hojas de preguntas
- **Duración:** 45 minutos
- **Profesionales:** Psicóloga y terapeuta ocupacional
- **Estructura:** Lectura y respuestas en formato grupal

Actividad 2: La historia de Luis

Ídem a la actividad 1, realizando la lectura de las cuatro últimas páginas.

Preguntas para las reflexiones

Actividad 1	Pregunta 1	¿Qué le ocurre a Luis?
	Pregunta 2	¿Qué sienten los padres ante el comportamiento extraño de Luis?
	Pregunta 3	¿Qué creencias falsas has identificado en los padres de Luis en los encuentros con la doctora?
	Pregunta 4	¿Qué aspectos positivos destacarías de la psiquiatra de Luis? ¿Y de la psicóloga?
	Pregunta 5	¿Cuáles son las recomendaciones de las profesionales durante el tratamiento?
Actividad 2	Pregunta 6	¿A qué comentarios se enfrenta Luis en el colegio?
	Pregunta 7	¿Qué acciones toma el director ante la situación?
	Pregunta 8	¿Qué descubre Luis que es su pasión?
	Pregunta 9	¿Qué consigue Luis finalmente en lo relativo al empleo?
Preguntas de cierre	Pregunta 10	¿Qué papel juega la confianza en uno/a mismo/a en todo este proceso? ¿Tiene algo que ver con el resultado satisfactorio del empleo?
	Pregunta 11	¿Qué papel han jugado la familia y los amigos de Luis en su proceso?
	Pregunta 12	¿Qué aspectos de la recuperación crees que son importantes o se los comentarías a alguien que está pasando por lo mismo que tú?
	Pregunta 13	¿Con qué te quedas sobre la historia de Luis?

Actividad 3: ¿Qué te hace sentir bien?

Exposición teórica

El auto estigma supone el resultado último del proceso de estigmatización, que conlleva a la internalización de las falsas creencias y estereotipos en el propio autoconcepto. Varias de las consecuencias derivadas del auto estigma son la baja autoestima, el sentimiento de incapacidad y la victimización. Verse a uno/a mismo/a de esta manera también hace que nos presentemos así ante los/las demás, lo que en la interacción social puede llevar al fracaso. Todos/todas los/las participantes entrevistados/as mostraban un sentimiento de incompetencia en la esfera interpersonal, sintiendo inseguridad, miedo o rechazo a relacionarse con otros/as. El sentimiento de inferioridad derivado del auto estigma suponía una barrera en la interacción social. Por estos motivos, se considera necesario fortalecer el autoconcepto, de manera que se sientan cómodos/as con su propia personalidad, y puedan aceptarse a pesar de las debilidades.

Asimismo, el carácter grupal de la actividad favorecerá la interacción social, brindándoles la oportunidad de conocerse y de compartir experiencias en grupo, que consiste en un primer paso para relacionarse con otras personas e ir generando cierta cohesión grupal.

Objetivo

Favorecer la autoestima y autocuidado de los/las participantes.

Descripción

La actividad consiste en crear un kit de primeros auxilios respecto a la salud emocional, basado en una de las actividades del Balance de Actividades de Sensibilización Social y Lucha contra el Estigma de la Comunidad de Madrid (2021). Con motivo de realizar la actividad 3, unos días antes de realizarla se pedirá a los/las participantes que reflexionen sobre qué les hace sentir bien, ya sea personas, objetos, lugares o situaciones. Tres días antes de la actividad, se les pedirá que busquen cinco objetos que represente a esas “cosas” que les hacen sentir bien, que representen salud para ellos/ellas, ya sea física, mental, emocional... En este sentido el concepto de salud es libre. Los tendrán que traer el día de la actividad, lo que se volverá a recordar el día anterior.

El día de la actividad, se explicará brevemente en qué consiste el kit de primeros auxilios: un maletín lleno de objetos que sirven para curar heridas. Suele estar disponible en diferentes lugares como en casa o en el trabajo, y no lo utilizamos siempre, sino cuando lo necesitamos. Siguiendo esta línea, el kit de primeros auxilios emocional pretende recoger los “medicamentos” que generan bienestar emocional, de manera que cuando se esté “bajo de defensas”, el kit estará disponible para ayudarnos. Así, se dará inicio a la actividad y se dará paso a la exposición de objetos que conforman el kit personal. Si lo desean, explicarán el motivo por el que han elegido ese objeto, compartiéndolo con los/las demás. Al finalizar, cada participante elegirá uno de sus objetos del kit para plasmarlo en un mural conjunto, que tendrá como objetivo representar el kit de salud del grupo.

- **Material:** Objetos personales, cartulina, lápices, gomas de borrar, rotuladores
- **Duración:** 50 minutos
- **Profesionales:** Maestros de taller, psicóloga
- **Estructura:** Formato grupal

Actividad 4: 12 mitos sobre la salud mental

Exposición teórica

A través de la evaluación de necesidades, se ha identificado la necesidad de verbalizar los aspectos asociados a la enfermedad mental. Visibilizar lo que supone atravesar una problemática de salud mental es una herramienta para luchar contra el estigma y hacer frente a la invisibilización. Varios de los aspectos que deben ser visibilizados son los mitos, ya que tienen consecuencias negativas en las personas estigmatizadas. Mitjà (2023) recoge 12 mitos sobre la salud mental, incidiendo en conceptos interesantes como la sensación de control sobre la enfermedad, que se traslada a la idea de que “a mi eso no me pasará” y que crea una barrera entre “ellos/ellas” y “nosotros/nosotras”. Además, alude a la responsabilidad (o culpabilidad) que en ocasiones se deposita sobre las personas, sobre todo cuando se habla de trastornos comportamentales como el consumo de sustancias, lo que fomenta la creencia generalizada de que todas las personas con problemas de adicción son de determinada manera y el problema es una consecuencia directa de sus actos. Por tanto, esta actividad hará visibles aquellos mitos y creencias que parecen estar latentes en la sociedad.

Objetivo general

Desmitificación de las problemáticas de salud mental a través del análisis de creencias y estereotipos asociados

Descripción

La actividad comenzará con una breve explicación sobre la temática tratada: mitos y creencias asociadas a la enfermedad mental. De la mano de profesionales de la salud mental, se dará comienzo al juego que tiene como objetivo descubrir la mayoría de mitos posibles. Tendrán que ejemplificar los mitos a través de alguna película, personaje célebre, libro o alguna noticia. Los/las participantes se dividirán en tres grupos, de cuatro personas cada uno, donde se les entregará una ficha para rellenar, mostrada en las siguientes líneas. Aquel grupo que consiga recoger la mayoría de mitos, será el ganador del juego. Al final, se añaden los mitos identificados por Mitjà (2023) como guía para los/las profesionales y la hoja de respuesta a rellenar por los/las participantes.

- **Material:** Hojas de respuestas, lápices, bolígrafos, rotuladores.
- **Duración:** 45 minutos
- **Profesionales:** Educadores/as o trabajadores/as sociales
- **Estructura:** Formato grupal

Mitos y Creencias Asociadas a la Enfermedad Mental (Mitjà, 2023)

1. Las personas con un trastorno mental son violentas y agresivas.
2. No pueden vivir en sociedad porque no se adaptan
3. Las personas que tienen un problema de salud mental no se recuperarán nunca
4. No pueden trabajar
5. A mí no me pasará.
6. Las personas con trastorno mental están mejor en un hospital de salud mental
7. Si tiene algún trastorno es porque bebe, consume drogas o no se cuida
8. Los niños y adolescentes no tienen trastornos de salud mental
9. Los trastornos mentales causan discapacidad intelectual
10. No existe forma de ayudar a las personas que tienen algún trastorno mental.
11. Una persona que ha tenido un trastorno mental jamás se recuperará completamente
12. No puedo ayudar a nadie que sufra un trastorno mental

Actividad: Mitos sobre la salud mental

A continuación, describe un mito o creencia asociado a un problema de salud mental. Intenta hacerlo a través de algún personaje de película, libro o de alguna noticia que hayas escuchado recientemente. Si encuentras más, ¡no dudes en añadirlos! Existen un gran número de mitos.

Descripción del mito o creencia: ¿Qué características tiene?, ¿A qué personas afecta?, ¿Cómo podrías argumentar que esa creencia o mito son falsos?

Ejemplo (a través de una película, libro o noticia):

Actividad 5: Cine Forum

Exposición teórica

La ausencia de una red de apoyo es una característica común entre las personas con problemas de salud mental. El estigma social genera un sentimiento de rechazo a la hora de interactuar con esta población. Se evita el contacto interpersonal, tomando actitudes que favorecen la distancia social. Este rechazo es una de las causas por las que las personas con estas características cuentan con un menor número de lazos sociales, llevando en ocasiones al aislamiento social. Por este motivo, se necesita fomentar el contacto, ya que sirve como técnica para disminuir la vergüenza o la incomodidad derivados de la interacción. Además, favorecer el contacto intragupal, es decir, con personas que están en una situación similar a la tuya, favorece la comprensión y empatía entre las personas. Por tanto, es necesario que los/las participantes puedan comenzar a crear una red a partir de las personas que asisten al centro, de forma que esta red pueda ir ampliándose a otras personas fuera del grupo. Además, que los allegados también participen en este tipo de actividades puede suponer un momento de desconexión y de disfrute ya que el estrés y la preocupación limitan los espacios y el tiempo de calidad con las personas queridas.

Objetivo general

El objetivo de esta actividad es generar espacios de interacción con los/las usuarios/as del centro y sus familiares o allegados que deseen acudir.

Descripción

Esta actividad está programada para hacerse una vez al mes en el centro al que se asiste. Se realizará los viernes por la tarde ya que se prevé mayor disponibilidad y asistencia, tanto por parte de los/las participantes como de sus allegados. Se habilitará una de las salas del centro, al estilo “cine forum” para reunirlos. Esta actividad tiene un carácter informal, de manera que se dará una bienvenida más cercana, sin necesidad de exponer teóricamente la actividad. La película dará comienzo a las 18:30, y se proveerá de refrescos y palomitas durante el visionado. Al finalizar la película, comentaremos las impresiones respecto a la misma. La promoción de la película se hará a través de un cartel al estilo de una cartelera de cine, que será a elección de los/las participantes.

- **Material:** Proyector, palomitas, refrescos
- **Duración:** 2 horas (18:00-20:00)
- **Profesionales:** Educador/a, maestros/as de taller
- **Estructura:** Formato grupal

Actividad 6: En la naturaleza

Exposición teórica

Por lo general, el sentimiento de pertenencia a la comunidad en personas con problemas de salud mental está ausente. En la sensación de bienestar general de las personas influye de manera muy importante el bienestar social, que se traduce en la conexión con la sociedad, ya sea a través de la participación en movimientos sociales o en ser miembro de alguna asociación o grupo que comparten una serie de valores comunes. En este sentido, el estigma limita la participación social de las personas con problemas de salud mental, en ocasiones llevando a la exclusión de estas personas en la esfera social. Por este motivo, se considera necesario que las poblaciones estigmatizadas se integren en la sociedad, algo que puede llevarse a cabo a través de una gran cantidad de acciones. En esta intervención, se propone una colaboración con el ayuntamiento de El Escorial en la ruta de senderismo denominada “cacería fotográfica”, abierta a toda persona que desee realizarla. Participar en actividades relativas a la comunidad, y en concreto, a un municipio pequeño de la Comunidad de Madrid, supone el primer paso para incentivar a los/las participantes a tomar parte en este tipo de actividades, lo que puede favorecer el sentimiento de pertenencia a la comunidad.

Objetivo

El objetivo de la actividad consiste en favorecer el sentimiento de pertenencia a la comunidad.

Descripción

En colaboración con el Ayuntamiento de El Escorial, el grupo realizará la ruta de senderismo denominada “Cacería fotográfica”, que consiste en una ruta de carácter interactivo. A modo de concurso fotográfico, el objetivo de la ruta consiste en tomar fotografías de animales que el rey Carlos III cazaba en sus paseos por el bosque. Las fotografías tendrán que ser enviadas a la oficina de turismo del ayuntamiento de El Escorial, y las ganadoras serán reveladas en la página web del ayuntamiento. Esta actividad se realizará una vez en el mes de febrero. La organización se adjunta a continuación, que será transmitida a los/las participantes a partir de un mensaje de WhatsApp, o en su defecto, será impresa en papel. Al final, se añade el mensaje tipo para ser enviado a los/las participantes notificando la actividad.

Material

Ropa de deporte, mochila, comida, bebida, accesorios para la ruta de senderismo como bastones, gorras y gafas para protegerse del sol, cámara de fotos o móvil.

- **Duración:** todo el día.
- **Profesionales:** educadores/as sociales.
- **Estructura:** al aire libre, grupal

Ruta de senderismo en el Escorial

Hora de **Salida:** 10:00 am de la estación de **MONCLOA**. Tomaremos el **BUS 661/664 DIRECCIÓN: EL ESCORIAL**. Duración aproximada: 40 minutos

Hora de **Llegada** al Escorial: **10:40**

Actividad: Ruta interactiva "Cacería Fotográfica". Ruta de nivel sencillo de **2 horas de duración** aproximada.

Vestimenta recomendada: ropa de **deporte**, mochila, **comida**, **bebida**, accesorios para la ruta de senderismo como bastones, gorras y **gafas** para protegerse del sol, **cámara de fotos** o móvil.

Parada para comer: **14:00**. **Lugar:** mesas y picnics cercanas al monasterio.

Vuelta a casa: sobre las **16:00 de la tarde** aproximadamente.

Importante: ¡Muchas ganas de pasárselo bien! 😊

Actividad 7

Exposición teórica

La participación activa en los procesos de rehabilitación/recuperación, constituyen uno de los factores fundamentales para que las personas se sientan implicadas. Los/las pacientes con este tipo de problemáticas sienten una pérdida de la autonomía en el transcurso del tratamiento. Factores externos como la sobreprotección del entorno pueden limitar la capacidad de toma de decisiones y reducir la confianza personal. Asimismo, la falta de comunicación entre profesionales y pacientes genera una sensación de pasividad y falta de presencia en el proceso. Respecto a este tema existen diversidad de opiniones, ya que una sobre-responsabilización de la recuperación podría generar demasiada exigencia en las personas, además de una sensación de que pueden controlar absolutamente su situación. En este sentido, cabe recordar la multifactoriedad de la salud y de la enfermedad, y destacar también su carácter continuo a lo largo del ciclo vital, entendiéndose como un proceso y no un resultado. En cualquier caso, la recuperación/rehabilitación debería estar orientada a favorecer la autonomía de las personas en el día a día, a través de acciones pequeñas pero concretas. Una de las que se proponen en este programa de intervención, es la creación y organización de dos actividades grupales.

Objetivo general

Favorecer la participación activa en el proceso de rehabilitación/recuperación

Descripción

La actividad 7 está prevista para el mes de mayo. Los/las participantes deberán cumplimentar una ficha técnica con la actividad que desean realizar. Se les ofrecerán los apoyos necesarios para la creación y redacción de la misma, además de la organización y puesta en marcha. Para ello, dispondremos de al menos tres sesiones de 45 minutos cada una. La primera estará orientada a la explicación de cómo se va a proceder en las actividades

7, y a fomentar la motivación en la creación y participación de las actividades, argumentando que es una oportunidad para trabajar en equipo y llevar a cabo un proyecto como grupo. La segunda se orientará al *brainstorming* y elección de la actividad. En la última sesión se rellenará explicará y rellenará la ficha técnica. A partir de este momento, las siguientes sesiones que se necesiten para la puesta en marcha de la actividad serán más flexibles, adaptándolas a las necesidades del grupo.

Ficha técnica

Nombre de la actividad

Descripción de la actividad

Objetivos que se pretenden conseguir

Materiales necesarios para llevarla a cabo

Duración de la actividad

- **Duración:** 45 minutos cada sesión
- **Materiales:** pizarra, tizas/rotuladores, ficha técnica, lápices, bolígrafos
- **Profesionales:** psicólogo/a, educador/a social, trabajador/a social