

UNIVERSIDAD PÚBLICA DE NAVARRA

Facultad Ciencias de la Salud



Universidad Pública de Navarra
Nafarroako Unibertsitate Publikoa

GRADO EN ENFERMERÍA

Curso académico: 2017- 2018

Convocatoria: mayo 2018

Enfermedad mental grave: relación entre integración social y estigma

Trabajo de Fin de Grado

Autora: Irantzu Bernetxea Duque

Tutora: Lourdes Lostao

RESUMEN

Los trastornos mentales generan una importante limitación en la integración social de quienes los padecen; constituyen un problema de salud pública siendo una de las principales causas de discapacidad en el mundo. En España, la tasa más baja de empleo en personas discapacitadas corresponde a la enfermedad mental. El objetivo principal de este trabajo es identificar las principales barreras que afectan a la inserción social de las personas con enfermedad mental grave (EMG). La búsqueda bibliográfica para la realización del trabajo se ha llevado a cabo en bases de datos científicas: Dialnet, Elsevier, Scielo PubMed y Google Académico. En esta revisión se han analizado los diferentes tipos de estigma y sus consecuencias en los usuarios como pueden ser la alta tasa de desempleo y discapacidad, mayor aislamiento social, ocultamiento de la enfermedad y baja autoestima. Como conclusión, se ha observado una estrecha relación entre la EMG, riesgo de exclusión social y estigma. Del mismo modo, la integración social de estas personas exige trabajar conjuntamente desde varias áreas tales como educacionales y gubernamentales. Por último, se desarrolla una propuesta de mejora desde el ámbito de enfermería con el fin de reducir el estigma social mediante el contacto y la interacción social entre usuarios y el resto de la población.

Palabras clave: enfermedad mental grave, estigma, integración social, discriminación.

Número de palabras: 14.271

ABSTRACT

Mental disorders generate an important limitation in social integration of people who suffer them; they constitute a public health problem, being one of the main causes of disability in the world. In Spain, the lowest employment rate in people with disabilities corresponds to mental illness. The main objective of this work is to identify the principal barriers that affects the social insertion of people with severe mental illness. The bibliographic research carried out for this work has been made in scientific databases: Dialnet, Elsevier, Scielo PubMed and Scholar google. This review analyses the different types of stigma and its consequences for users, such as the high unemployment and disability rates, higher social isolation, concealment of the disease and low self-esteem. The conclusion of the work refers to the close connection between severe mental illness, risk of social exclusion and stigma. At the same time, the social integration of these people requires working together from different areas such as educational and governmental. Finally, an improvement proposal is developed from the field of nursing, with the aim of reducing social stigma through the social interaction and contact between users and rest of the population.

Keywords: severe mental illness, stigma, social integration, discrimination.

Number of words: 14.271

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1 Definición de conceptos.....	1
1.1.1 Salud mental	1
1.1.2 Enfermedad mental grave.....	2
1.1.3 Estigma	4
1.1.4 Grupo vulnerable	5
1.1.5 Empoderamiento	5
1.2 Antecedentes	6
1.2.1 Comienzo y evolución de la psiquiatría.....	6
1.2.2 Origen del estigma en salud mental	7
1.3 Relación entre integración social y estigma en la EMG. Justificación del estudio.....	9
2. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS	10
2.1 Hipótesis.....	10
2.2 Objetivo principal.....	11
2.3 Objetivos secundarios.....	11
3. METODOLOGÍA, MATERIALES Y MÉTODOS	11
3.1 Metodología.....	11
3.1.1 Criterios de inclusión y exclusión	12
3.2 Motores de búsqueda.....	12
3.3 Bases de datos consultadas	13
3.3 Organización de la información y estructuración del trabajo.....	15
4. DESARROLLO	16
4.1 La enfermedad mental como un problema de salud pública. Discapacidad en la enfermedad mental	16
4.2 Datos económicos relacionados con las enfermedades mentales y el empleo	23
4.3 Personas con enfermedad mental como grupo vulnerable.....	26
4.4 El estigma en la enfermedad mental	28
4.4.1 Estigma público	29
4.4.2 Estigma institucional	33
4.4.3. Estigma en la familia	34
4.4.4 Autoestigma	34
5. DISCUSIÓN.....	37
5.1. Fortalezas y debilidades del trabajo	39
6. CONCLUSIONES	40
7. PLAN DE MEJORA.....	41

7.1 Introducción	41
7.2 Grupo diana.....	43
7.3 Objetivo principal	43
7.4 Metodología.....	43
7.5 Sesiones.....	44
7.5.1 Primera sesión.....	44
7.5.2 Segunda sesión.....	46
7.5.3 Tercera sesión	47
7.4. Evaluación de objetivos.....	49
8. BIBLIOGRAFÍA.....	50
9. ANEXOS	55
9.1 Anexo 1	55
9.2 Anexo 2	56
9.3 Anexo 3	57
9.4 Anexo 4	58

1. INTRODUCCIÓN

La enfermedad mental grave (EMG) genera, entre otras cosas, un estado de vulnerabilidad, lo que sitúa a este colectivo en situaciones de riesgo de exclusión social. Este trabajo pretende mostrar el vínculo entre los problemas de integración social que presentan estas personas y el estigma social de la enfermedad.

Por un lado, se muestran diferentes problemas a los que se enfrentan las personas con EMG, como son la alta tasa de discapacidad, el impacto de la enfermedad en la calidad de vida, la situación de desempleo y la dependencia económica. Por otro lado, se expone el fenómeno del estigma desde las diferentes áreas como pueden ser el estigma público, institucional, en la familia y el autoestigma del propio individuo. De esta manera, se analiza cómo el factor de la estigmatización de la enfermedad mental puede afectar a la integración social de dichas personas. Por tanto, teniendo en cuenta que la estigmatización genera en el individuo una menor autoestima y mayor aislamiento social, y visto que nos encontramos ante un problema a nivel social, se opta por el desarrollo de un plan de mejora dirigido a cambiar los estereotipos y prejuicios sociales de la población general, con el fin de disminuir el estigma sobre la EMG.

1.1 Definición de conceptos

En primer lugar, para facilitar la comprensión del trabajo, resulta necesario la definición de algunos conceptos como la salud mental, la EMG, el estigma, el empoderamiento y la aclaración de las características de un grupo vulnerable.

1.1.1 Salud mental

La OMS (5) define la salud mental como “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales

de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”.

El término de salud mental está incluido en la definición de salud de la constitución de la OMS: “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. La salud mental está relacionada con la promoción del bienestar, la prevención de trastornos mentales y el tratamiento y rehabilitación de los enfermos (5).

1.1.1.1 Determinantes de salud en la salud mental

Según la OMS “la salud mental individual está determinada por múltiples factores sociales, psicológicos y biológicos”. Por ejemplo, los indicadores de pobreza, y en particular el bajo nivel educativo, muestran el gran riesgo que presentan las grandes presiones socioeconómicas para la salud mental (5).

La mala salud mental se asocia, de igual manera, a factores ambientales como pueden ser los cambios sociales rápidos, inadecuadas condiciones de trabajo, exclusión social, discriminación (ya sea de género, racial etc.), estilos de vida poco saludables, exposición a violencia o violación de los derechos humanos. También intervienen factores de la personalidad o psicológicos que pueden determinar la vulnerabilidad de una persona a padecer una enfermedad mental. De igual forma, se ha visto que las enfermedades mentales pueden contener un componente biológico, dependiente a su vez, de factores genéticos o de desequilibrios bioquímicos cerebrales (5).

1.1.2 Enfermedad mental grave

En la revisión bibliográfica realizada podemos encontrar numerosas definiciones de la EMG, ya que no existe una única definición para ello. Todas hacen referencia a tres dimensiones: el diagnóstico clínico, la duración del trastorno (cronicidad), y la afectación en una o más áreas del funcionamiento personal y social (7,8).

El diagnóstico clínico para la EMG se basa en una serie de categorías diagnósticas definidas por la CIE-10 (8) en el que se incluyen los trastornos psicóticos (excluyendo los orgánicos). Todas las categorías diagnósticas tienen la consideración de psicóticas, lo que significa, además de la presencia de síntomas positivos y negativos, un patrón de relaciones gravemente alterado, un comportamiento inadecuado al contexto o una afectividad inapropiada grave, que impliquen una percepción distorsionada de la realidad (8).

Se incluyen a las personas que cumplen los criterios diagnósticos de por lo menos una de las siguientes categorías diagnósticas de la CIE-10: trastornos esquizofrénicos, trastorno esquizotípico, trastornos delirantes persistentes, trastornos delirantes inducidos, trastornos esquizoafectivos, otros trastornos psicóticos no orgánicos, trastorno bipolar, episodio depresivo grave con síntomas psicóticos, trastornos depresivos graves recurrentes y trastorno obsesivo compulsivo (8).

La duración de la enfermedad se utiliza como criterio diagnóstico para el trastorno mental grave, siendo necesaria la evolución de dos años o más en la enfermedad, o un deterioro progresivo y marcado en el funcionamiento en los últimos 6 meses (abandono de roles sociales y riesgo de cronificación) aunque remitan los síntomas (8).

La presencia de discapacidad se define mediante la afectación de moderada a severa del funcionamiento personal, laboral, social y familiar, y se mide a través de diferentes escalas, como la Escala de Evaluación de la Actividad Global y la escala de evaluación de la discapacidad de la OMS (DAS-I). La discapacidad incluye limitaciones en actividades importantes de la vida, cumpliendo al menos dos de las siguientes situaciones: desempleo o empleo protegido; necesidad de apoyo económico público para mantenerse fuera del hospital; dificultades para establecer y mantener redes de apoyo social personal; necesidad de ayuda en actividades de la vida diaria como higiene, preparación de alimentos o gestión económica; o conducta social inadecuada que determina asistencia psiquiátrica o judicial (8).

Por consiguiente, el abordaje del paciente con EMG debe realizarse desde la complejidad. Por un lado, el tratamiento farmacológico permite controlar los síntomas y reducir las recaídas. Por otro lado, se deberán trabajar otros aspectos como las áreas de conducta, la capacidad de enfrentarse a las dificultades y la integración en la comunidad. Son importantes en este aspecto, el plan de cuidados de enfermería, la psicoeducación a pacientes y familiares y aquellas medidas de apoyo social dirigidas a la reinserción del paciente. Es por ello, que la intervención debe integrar el entorno más cercano del paciente además de las necesidades sociales básicas, formación, inserción laboral etc. (7).

1.1.3 Estigma

El estigma podría definirse como un proceso sociocultural, en el que se produce una desvalorización social de un grupo determinado, al que se le asignan atributos negativos y desacreditadores a miembros de un grupo, según estereotipos, actitudes y creencias del colectivo, siendo etiquetados como “anormales”, vergonzosos, o peligrosos y que se produce dentro de un contexto social determinado (2,9,10,11).

El estigma podría definirse como un proceso sociocultural, en el que se atribuyen atributos negativos y desacreditadores a miembros de un grupo, según estereotipos, actitudes y creencias del colectivo, siendo etiquetados como “anormales”, vergonzosos, o peligrosos y que se produce dentro de un contexto social determinado (2,9,10,11,12).

Esto determina que el estigma no es un problema que reside en aquellos individuos que sufren de ser estigmatizados, sino de una población que etiqueta la enfermedad mental como peligrosa. El origen del estigma de la enfermedad mental proviene de aquellos miembros de la población general que consideran a la persona desde su diagnóstico de enfermedad mental, generando que los miembros de estos grupos sean discriminados y excluidos (2,9).

1.1.4 Grupo vulnerable

La vulnerabilidad de un grupo de personas es causada por factores sociales y por el ambiente en el que viven. Estos grupos comparten desafíos comunes relacionados con su estatus social y económico, apoyo social y condiciones de vida. Dichos desafíos incluyen: estigma y discriminación; violencia y abuso; restricciones en el ejercicio de sus derechos civiles y políticos; exclusión de participar plenamente en la sociedad; acceso reducido a los servicios de salud y sociales; acceso reducido de ayuda en emergencias, falta de oportunidades educativas; exclusión de las oportunidades de empleo y generación de ingresos; mayor discapacidad y muerte prematura (6).

1.1.5 Empoderamiento

El empoderamiento, tal y como lo define la OMS, “consiste en un proceso social multidimensional, a través del cual los individuos y los grupos logran un mejor conocimiento y mayor control sobre sus vidas”. Es un proceso que se da de forma simultánea a nivel poblacional e individual (13).

En el contexto de salud mental, el empoderamiento hace referencia al “grado de elección, influencia y control que los usuarios de los servicios de salud mental pueden ejercer en los acontecimientos que se producen en sus vidas”. Para ello, es fundamental la eliminación de los impedimentos que obstaculizan dicho proceso (13).

Resulta importante señalar que tanto la *Declaración de Salud Mental para Europa* como el *Plan de Acción en Salud Mental para Europa* y el *Pacto Europeo para la Salud Mental y bienestar*, reconocen que el empoderamiento de las personas con problemas de salud mental y de sus cuidadores será un asunto prioritario en las próximas décadas (13).

1.2 Antecedentes

Para poder entender el entorno social de la salud mental es preciso conocer su historia. A continuación, se muestran los orígenes de la psiquiatría y de su estigmatización en la sociedad, la cual ha sido construida a lo largo de los siglos.

1.2.1 Comienzo y evolución de la psiquiatría

La discriminación de las personas con trastornos mentales se observa desde épocas tan antiguas como la Edad Media, en la que ya se consideraba a los enfermos mentales como personas débiles. La creencia popular más común era que la enfermedad era un fallo moral totalmente achacable a la falta de voluntad del individuo (2). Los enfermos mentales eran principalmente encarcelados en asilos y manicomios (14) e incluso en algunas ocasiones podían ser condenados a muerte (2).

Entre los siglos XV y XVIII, la terapéutica utilizada en la enfermedad mental se centraba en técnicas primitivas como el exorcismo, hierbas medicinales de los curanderos y estrictas dietas o duchas de agua fría en la cabeza proporcionadas por los médicos (15). A finales de siglo XVIII y comienzos del XIX, la locura comenzó a estudiarse desde un punto de vista científico (16). Aun así, la sociedad de aquella época seguía viendo a los enfermos mentales como peligrosos, y segregándolos de la comunidad, recluyéndolos en celdas de agitados de los hospitales, o abandonándolos en establos junto a animales (15).

Debido a tal discriminación, fue, en el siglo XIX, cuando nacieron las primeras instituciones manicomiales, creadas como asilos para los enfermos mentales y motivados por los valores cristianos de la caridad y de la misericordia (15). Posteriormente, los manicomios, aunque guiados por los médicos, pasaron a ser sinónimo de exclusión (15), en los que predominaba el carácter represivo, de espacio de reclusión y control social más que el de la verdadera investigación científica y curación (16).

En la segunda mitad del siglo XX surge, a nivel internacional (14), la llamada Reforma Psiquiátrica, ante la demanda social de una mejor asistencia a los enfermos mentales, especialmente a los incapacitados y crónicos (17). Dicha reforma rechazaba la idea

de aislamiento de los enfermos mentales en asilos y junto a la declaración de Alma Ata (1978) (18), apostaban por un desarrollo del sistema de atención en la comunidad (15). Es entonces cuando se llegó a un consenso internacional sobre la necesidad de un cambio en la asistencia psiquiátrica y en las políticas de salud mental (15). Al mismo tiempo, se produjeron importantes avances como la introducción de la psicofarmacología (14,15) y la incorporación de los términos 'social' y 'mental' a la definición de la salud establecida por la OMS (14). Actualmente, la Organización Mundial de la Salud continúa recomendando la sustitución de hospitales psiquiátricos por centros de atención comunitaria junto con el apoyo de camas psiquiátricas en hospitales generales (5).

En España, la revolución en el campo de salud mental llegó de forma tardía, instaurándose tras la dictadura en los años ochenta. El carácter comunitario de la atención a la salud, incluyendo los trastornos psiquiátricos, se reguló por la Ley General de Sanidad en 1986 (19). Esta ley, además de reconocer los derechos de las personas con enfermedad mental, estableció un marco legal a partir del cual se crearon una serie de mejoras en la asistencia y calidad de vida de estos pacientes (19).

1.2.2 Origen del estigma en salud mental

En la antigua sociedad grecorromana la palabra estigma se definía mediante marcas tatuadas o quemaduras realizadas a esclavos y criminales en la piel como testamento visible de su anormalidad o estado social marginal. En el siglo XVIII, el estigma se extendió a signos de enfermedad o degeneración física. Posteriormente, en el siglo XX las teorías sociológicas han implicado marcadores sociales tanto físicos como simbólicos en la desaprobación social (9).

Según la teoría de Goffman (9,11), la existencia del estigma social podría explicarse mediante dos marcadores importantes, los cuales podrían desprestigiar la dignidad de una persona. Las marcas físicas señalan un menor valor social, como puede ser el caso de las discapacidades físicas, malformaciones congénitas o el uso de silla de ruedas. El segundo marcador, denominado 'invisible', hace referencia al estigma invisible

que incluye, por ejemplo, diagnósticos médicos como, el cáncer y las discapacidades psiquiátricas. La fundamental diferencia entre los marcadores descritos es que, en el estigma invisible, sin el conocimiento de un diagnóstico, el sujeto puede continuar protegiendo su identidad. Por tanto, el tan habitual ocultamiento de la enfermedad mental de uno mismo, ha estado empíricamente ligado a lo que se denomina autoestigma, lo que ha demostrado ser un importante factor estresante para el propio enfermo.

En cuanto al proceso de estigmatización, según describen varios autores, se crea mediante una serie de pasos. Para comenzar, el sociólogo Bruce Link et al. (2) explica este fenómeno a partir de “la teoría del etiquetamiento”, que postula que los seres humanos, por medio del lenguaje, aprenden e interiorizan concepciones respecto a aquellas personas con una enfermedad mental, que luego se transforman en “etiquetas” clasificatorias y discriminatorias.

Por su parte, Yang et al. (2) habla de la estereotipia y sustenta que dichas concepciones se forman de las normas socioculturales establecidas para cada comunidad o grupo social. En este caso, dichos estereotipos se refieren comúnmente a la peligrosidad, debilidad e inutilidad de estos individuos (2,11,12). Posteriormente, se produce la separación cognitiva, lo que viene a ser la creación de dos grupos separados; se producen las reacciones emocionales, generalmente de índole negativa; la pérdida de estatus del grupo estigmatizado; y por último, todo lo anterior, conlleva a que se generen actitudes y actos discriminatorios de rechazo u omisión hacia ellos (2,12).

Como resultado de dichos actos y actitudes, este colectivo minoritario presenta un bajo nivel de autoestima y una menor calidad de vida además de una baja adherencia a los tratamientos y una reducción significativa de sus redes sociales. También, se ha observado que dichas personas a menudo no pueden acceder a espacios laborales o educacionales normalizados, y tienen dificultades a la hora de establecer relaciones de amistad o de pareja, por tanto, el estigma se convierte en un fenómeno contra-productivo para lograr la inclusión social de la persona que padezca cualquier enfermedad mental (12).

Por otro lado, el rechazo social no es igual para todas las enfermedades mentales, este es mayor ante aquellos individuos con trastornos psiquiátricos que están relacionados con una mayor responsabilidad personal, sensación de peligrosidad y rareza conductual. También se ha descrito que, la creencia de peligrosidad está altamente relacionada con diagnósticos como la esquizofrenia y el abuso de sustancias. Por el contrario, esta disminuye considerablemente si hablamos de la depresión (12). Cabe destacar, que según diversas investigaciones, alrededor del 40% de las personas con un trastorno mental grave presentan altos niveles de autoestigma (12).

Señalar que, los medios de comunicación como el cine, la prensa, la televisión, y hoy en día internet, han construido una “leyenda negra” de los trastornos mentales y manicomios. Se han difundido, por ejemplo, las terapias de choque que estuvieron vigentes en la década los años treinta, entre ellas el electroshok, las lobotomías y camisas de fuerza. Desde la pantalla grande, los manicomios emergen como “depósitos” donde los pacientes se muestran hacinados, sin recibir ningún tipo de atención médica ni rehabilitación, incomunicados en celdas de aislamiento y con la mirada perdida, sin rastro alguno de humanidad (15).

1.3 Relación entre integración social y estigma en la EMG. Justificación del estudio

Este trabajo presenta las principales formas de discriminación que afectan a las personas con EMG y que dejan a este colectivo en riesgo de exclusión social. Las personas con EMG constituyen un sector de la población especialmente vulnerable (1) ya que los trastornos mentales graves, generan una serie de disfunciones a nivel psicológico que, además de la sintomatología afectiva psicótica grave, le impiden realizar una vida cotidiana normal, quedando el área social gravemente comprometida (2,3). El deterioro del bienestar individual junto a la alteración de los niveles social, personal y familiar afectará consecuentemente, a su capacidad de trabajo, sus relaciones sociales y vida familiar. Lo que provoca una invalidez y una pérdida de oportunidades de participación social (4). Concretamente, las mayores dificultades de integración social con las que se encuentran estas personas en nuestra comunidad se sitúan en

aspectos básicos como el acceso al trabajo, a la vivienda, o a los servicios públicos y recursos sociales (1).

Por esta razón, los trastornos mentales graves deben considerarse problemas tanto de salud como de bienestar social y servicios sociales (4), de modo que una adecuada atención sociosanitaria debe estar orientada hacia la rehabilitación, la reinserción social y la integración laboral (1). Las labores principales para promover la mejora de las condiciones de vida de las personas con EMG consisten en fomentar su autonomía, prevenir el deterioro y hacer real y efectivo su derecho a la no discriminación y a la integración social (1).

Llegados a este punto, cabe resaltar que a día de hoy, las enfermedades mentales continúan marcadas por la estigmatización y discriminación, lo que constituye un gran reto para las personas con problemas de salud mental. Existe la creencia social de que estas personas son débiles, poco inteligentes e incapaces de tomar decisiones. Tal estigmatización, fruto de un gran desconocimiento social a cerca de la enfermedad (1), es una barrera principal ante la integración de estas personas en la comunidad ya que da lugar al rechazo o al aislamiento de los enfermos (5).

Por otro lado, la tasa de trastornos mentales y la necesidad de atención es mayor entre las personas más desfavorecidas. Sin embargo, son estos grupos sociales, los que tienen menor acceso a servicios apropiados. Al mismo tiempo, el miedo a ser estigmatizados por su enfermedad los lleva a evitar la búsqueda de atención, lo que ocasiona innumerables consecuencias en términos de discapacidad, sufrimiento humano y pérdidas económicas (6).

2. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

2.1 Hipótesis

Existe una relación entre la discriminación social y el estigma en las personas con enfermedad mental grave.

2.2 Objetivo principal

Identificar las principales barreras que afectan a la inserción social de los pacientes con EMG y crear una propuesta de mejora desde el ámbito de enfermería para combatir dichas barreras y promover la integración en la comunidad de las personas con EMG.

2.3 Objetivos secundarios

- Conocer por qué las personas con EMG están en riesgo de exclusión social.
- Analizar en qué medida el estigma puede afectar a la integración de las personas con EMG.

3. METODOLOGÍA, MATERIALES Y MÉTODOS

3.1 Metodología

Este trabajo de fin de grado consiste en una revisión bibliográfica sistemática con la elaboración de una propuesta de mejora. Para ello, se ha realizado una búsqueda bibliográfica, de todos aquellos estudios de calidad contrastada, en las bases de datos biomédicas con el objetivo de identificar revisiones sistemáticas de la evidencia científica.

Los artículos de revisión del tema han sido publicados entre los años 2006 y 2018 a excepción de dos artículos (publicados en el 2001 y 2003) en cuya información obtenida no se precisa de información actualizada. Se han revisado artículos en español e inglés, debido a que, en ocasiones, la información exclusiva en español está más limitada y resulta más accesible la información actualizada en inglés. Se han incluido un total de 40 publicaciones, la mayoría de tipo descriptivo. También se han revisado datos sociodemográficos en páginas web oficiales.

En la estrategia de búsqueda empleada, se ha realizado una división por temas en cuatro partes fundamentales. En primer lugar, se han obtenido datos sobre la EMG,

incluyendo sus características, prevalencia, discapacidad generada etc. La segunda parte ha ido dirigida a la búsqueda de artículos relacionados con el estigma y la inserción social de las personas con EMG. Por último, se han revisado artículos de intervención, los cuales me han servido como referencia para crear la propuesta de mejora. Las palabras clave utilizadas han sido las siguientes: enfermedad mental grave, estigma, integración social y discriminación. Finalmente, para la redacción bibliográfica del trabajo se ha utilizado la normativa del estilo Vancouver.

3.1.1 Criterios de inclusión y exclusión

Se han incluido estudios de diseño aleatorio, revisiones sistemáticas de la evidencia científica, publicaciones elaboradas de instituciones gubernamentales y artículos de libros electrónicos y revistas. Los estudios que se seleccionan hacen referencia básicamente a la inclusión social y estigma de la enfermedad mental grave.

Del mismo modo, se ha excluido toda aquella información que no provenga de artículos científicos o publicaciones antiguas. Además, se han desechado otros artículos científicos de los cuales no se ha encontrado información relevante, como por ejemplo *“Atención a la enfermedad mental grave: El papel de los usuarios, la familia y la sociedad en los avances hacia la integración de las personas con enfermedad mental grave”* (20), *“Rehabilitación psicosocial”* (21) y *“Una mirada social al estigma de la enfermedad mental”* (22).

3.2 Motores de búsqueda

Los motores de búsqueda son capaces, mediante su sistema informático, de realizar una búsqueda exhaustiva con las palabras clave pertinentes. En el presente trabajo los motores de búsqueda utilizados para obtener información sobre el tema de estudio son los siguientes:

- Google académico (23): buscador de Google enfocado y especializado en la búsqueda de contenido y literatura científico-académica, donde se pueden

encontrar bases de datos bibliográficas, citas, enlaces, artículos científicos y además, permite el acceso a las principales revistas internacionales sobre enfermería y medicina. Disponible en: <https://scholar.google.es/>

- Sirius (24): nuevo servicio integrado de recuperación de la información de la “Biblioteca Virtual” de la UPNA. Esta herramienta “permite buscar de forma simultánea en todas las colecciones impresas y electrónicas de la biblioteca, así como en bases de datos suscritas y en repositorios de acceso abierto de utilidad para la investigación”. Al mismo tiempo, posibilita el acceso al texto completo en línea y/o papel de libros, revistas, artículos, actas de conferencias, informes, tesis nacionales y extranjeras, etc. Disponible en: <https://www.unavarra.es/biblioteca>

3.3 Bases de datos consultadas

Las bases de datos son elementos de investigación que almacenan sistemáticamente un conjunto de datos que pertenecen a un mismo contexto. Estos elementos permiten obtener artículos, trabajos e investigaciones de todos los ámbitos de un tema. Así pues, para la realización del análisis de este proyecto se ha contrastado información de diferentes áreas. Para ello, se ha realizado una búsqueda bibliográfica mediante bases de datos electrónicas, por lo que las fuentes de información secundarias han sido:

- Dialnet (25): portal científico creado por la Universidad de La Rioja en la que participan bibliotecas de toda España y de otros lugares del mundo, que cuenta con millones de referencias de publicaciones científicas, muchas de ellas accesibles a texto completo. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/>
- Elsevier (26): editorial en edición técnica en Medicina y Ciencias de la Salud, con más de 20.000 libros, 2.000 revistas científicas y bases de datos en Internet y difusión en 180 países. Disponible en: <http://www.elsevier.es/>

- Scielo España (27): biblioteca virtual formada por una colección de revistas científicas españolas de ciencias de la salud, con la cooperación de BIREME (Centro Latinoamericano y del Caribe de información en Ciencias de la Salud) y FAPESP (Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo); en España se ha desarrollado mediante la Biblioteca Nacional de Ciencias de la Salud gracias al acuerdo de colaboración establecido en la OPS/OMS y el Instituto de Salud Carlos III. Esta biblioteca electrónica proporciona acceso completo a colecciones de revistas, así como al texto completo de los artículos. Disponible en: <http://www.scielo.org/>
- PubMed (28): base de datos de literatura biomédica, creada y mantenida por la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos. "Esta base de datos incluye más de 25 millones de citas en las áreas de medicina, enfermería, odontología, medicina veterinaria, el sistema de salud y la ciencias preclínicas". Disponible en: <https://library.fiu.edu/friendly.php?s=PubMed/pubmedspanish>
- Instituto Nacional de Estadística (INE) (29): ofrece datos estadísticos actualizados sobre la economía, la demografía y la sociedad española, así como información de carácter institucional y metodológico. Disponible en: <http://www.ine.es>. De la información revisada en el INE, se han escogido datos procedentes de la *Encuesta Europea de Salud 2014*. Aun así, la información obtenida en relación con los trastornos mentales en esta página web es escasa, ya que se han publicado datos únicamente sobre la depresión. Esto viene a constatar la falta de recogida de información sobre las enfermedades mentales.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (5): Organismo internacional del sistema de las Naciones Unidas responsable de la salud, encargado de elaborar directrices y normas sanitarias, de ayudar a los países a abordar las cuestiones de salud pública y de promover las investigaciones sanitarias. Actúa como me-

diadora entre los gobiernos para afrontar conjuntamente los problemas sanitarios mundiales y mejorar el bienestar de las personas. La OMS está integrada por 192 Estados Miembros y dos Miembros Asociados.

Para la revisión bibliográfica de este trabajo se ha recurrido en numerosas ocasiones a información publicada por la OMS, tanto en su página web (5) como en informes obtenidos mediante otras bases de datos (6,13,30). De esta manera, se han obtenido definiciones de conceptos y varios datos estadísticos a cerca de la salud mental, así como información sobre la vulnerabilidad y empoderamiento de las personas con enfermedad mental.

- *Confederación Salud Mental España (CSME) (31)*: entidad integrada por “19 federaciones autonómicas y asociaciones uniprovinciales, las cuales agrupan a más de 300 asociaciones y suman más de 47.000 socios en todo el territorio estatal” con el fin de “mejorar la calidad de vida de las personas con problemas de salud mental y sus familias, defender sus derechos y representar al movimiento asociativo”. Disponible en: <https://consaludmental.org/>
Se han considerado publicaciones elaboradas por la CSME en las que destacan la alta tasa de desempleo de las personas con enfermedades mentales y los efectos subsiguientes.

Es preciso señalar que se han tenido en cuenta numerosos artículos en los cuales se analiza el estigma hacia la EMG y la repercusión de la misma en los sujetos afectados. Destacan, entre otros, los artículos “*El estigma de los trastornos mentales: discriminación y exclusión social*” (2), “*Constructs and concepts comprising the stigma of mental illness*” (9) y “*Estigma hacia los trastornos mentales: características e intervenciones*” (12).

3.3 Organización de la información y estructuración del trabajo

Para la estructuración de este proyecto se ha seguido la “Guía Trabajo Fin de Grado” y la realización del curso “CI para SAN TFG” a través del portal de “mi aulario” de

UPNA que aportaba diferentes competencias para la correcta elaboración de este proyecto.

En primer lugar, he realizado una búsqueda bibliográfica en las fuentes de información descritas anteriormente, y he organizado la información encontrada imprimiendo algunos de los artículos y clasificando el resto en el programa informático de *Google Drive*. A continuación, he procedido a la definición de hipótesis y objetivos del trabajo.

Para la realización de este trabajo de fin de grado he seguido el guion proporcionado por la universidad. A partir de ahí, he elaborado mi propio guion, en el cual me he basado para seleccionar la información relevante de la búsqueda bibliográfica para cada apartado del trabajo. El apartado “introducción” plantea una breve descripción y contextualización del tema a revisar, del mismo modo, “la justificación” se ha ocupado de destacar por qué puede ser un tema de interés. Tras finalizar los apartados de introducción y desarrollo, he realizado la discusión mediante el análisis de los puntos más importantes y he sacado las conclusiones del trabajo. Por último, he desarrollado la propuesta de intervención y el resumen del trabajo.

Así pues, este trabajo analiza las dificultades de integración social en las personas con EMG y focaliza la atención en el factor del estigma. Es por eso, que la propuesta de intervención desarrollada va dirigida a trabajar el área del estigma social.

4. DESARROLLO

4.1 La enfermedad mental como un problema de salud pública. Discapacidad en la enfermedad mental

La importancia de los trastornos mentales en términos tanto de morbilidad como de afectación a la calidad de vida y discapacidad de los pacientes es muy elevada. Estas enfermedades pueden afectar seriamente a la autonomía personal y al desempeño cotidiano de las actividades diarias. Además, se consideran un problema importante en todo el mundo, y también en nuestro país. Según la OMS, una de cada cuatro

personas padecerá una enfermedad mental a lo largo de su vida (5,11). Concretamente, en España, el 19.5% de la población adulta presentará algún tipo de problema de salud mental en el transcurso de su vida (32).

En términos mundiales, la EMG afecta entre un 2,5% y un 3% de la población adulta (14). Se estima que 151 millones de personas son víctimas de depresión y 26 millones de esquizofrenia; 125 millones de personas están afectadas por trastornos relacionados con el consumo de alcohol y 844 mil personas mueren por suicidio todos los años. Por ejemplo, en los países con ingresos bajos, la depresión representa un problema casi de la misma magnitud que la malaria (3.2% comparando con 4.0% del total de la carga de enfermedad) (5,6).

La Encuesta Europea de salud de 2014 (29), recoge datos sobre la depresión, y muestra una mayor prevalencia de cuadro depresivo grave en mujeres (898 mil personas) frente a hombres (465,2 mil personas). Del mismo modo, la incidencia es mayor en las clases sociales más bajas.

En Europa, los trastornos mentales constituyen un problema de primer orden para la Salud Pública, afectando anualmente a un tercio de la población europea y suponiendo casi el 20% de la carga de enfermedad¹ (33). A nivel mundial, los trastornos mentales neurológicos y por abuso de sustancias constituyen el 14% de la carga de morbilidad (14). La depresión, por sí sola, representa un 4,3% de la misma, debido a que se encuentra entre las principales causas de discapacidad en el mundo, sobre todo en mujeres (30).

¹ *la carga de enfermedad se describe como la mortalidad y pérdida de salud debido a enfermedades, lesiones o factores de riesgo, y se mide mediante los años de vida ajustados a la discapacidad (AVAD); a su vez, los AVAD se estiman mediante el número de años de vida que una persona pierde en consecuencia de una muerte prematura debido a una enfermedad (AVP) y la cantidad de años de vida vividos con discapacidad causada por una enfermedad (AVD) (5).*

Además, nueve de los 20 países con las tasas más altas de suicidio en el mundo son europeos, presentando una media de 13,9 suicidios por 100.000 habitantes. Aun así, la frecuencia de muchos trastornos mentales varía en función de las condiciones socioeconómicas de los distintos países europeos (33).

A continuación, se muestran el porcentaje de personas que han padecido un trastorno mental en los últimos doce meses, durante los años 2006 - 2014 en España, según sexo y CCAA (34).

Tabla 1. % de adultos que en las encuestas declaran haber padecido algún trastorno mental en los últimos 12 meses. (34)

CCAA	Años											
	2006			2009			2011			2014		
	Hombres (%)	Mujeres (%)	Total (%)	Hombres (%)	Mujeres (%)	Total (%)	Hombres (%)	Mujeres (%)	Total (%)	Hombres (%)	Mujeres (%)	Total (%)
Andalucía	7,2	18,1	12,8	6,2	12,2	9,3	5,6	13,2	9,5	7,6	17,0	12,4
Aragón	5,0	13,2	9,1	5,5	9,0	7,3	4,5	11,3	7,9	5,7	11,3	8,5
Asturias, Principado de	9,3	25,2	17,6	5,4	13,9	9,9	12,1	19,0	15,7	7,7	19,3	13,8
Baleares, Illes	10,3	19,2	14,7	6,7	14,7	10,7	5,0	12,7	8,9	6,0	15,0	10,5
Canarias	6,2	13,3	9,8	8,7	15,9	12,3	7,6	16,1	11,9	9,0	17,8	13,4
Cantabria	5,2	13,4	9,4	6,5	13,7	10,2	6,6	8,7	7,7	5,8	14,4	10,2
Castilla y León	6,2	12,2	9,3	4,5	11,2	7,7	4,7	12,2	8,5	4,4	14,2	9,4
Castilla La Mancha	6,3	14,7	10,5	6,1	14,4	10,2	4,2	18	11,1	6,1	10,3	8,2
Cataluña	6	15,2	10,7	5,8	12,1	9	6,8	14,9	11	8	14,1	11,1
Comunitat Valenciana	5,8	16,2	11	5,4	15,4	10,4	5	13,7	9,4	6,4	12	9,2
Extremadura	9	16,9	13	5,7	15,6	10,7	3,4	17,7	10,6	7,8	20	13,9
Galicia	9,5	23	16,6	8,1	19,3	14	8	17,9	13,2	9,1	21,3	15,5
Madrid, comunidad de	5,5	14,1	10	4,5	10,4	7,6	4	6,7	5,4	3,8	10,5	7,3
Murcia, región de	7,3	18,9	13,1	6,4	23	14,6	6,9	17,9	12,4	6,7	14,1	10,4
Navarra, C.Foral de	8,2	15,3	11,8	5,4	12,2	8,8	5,6	16,5	11,1	8,1	10,3	9,2
País Vasco	5,6	16	10,9	6,1	8,3	7,3	4,6	11,5	8,2	6,3	11,9	9,2
La Rioja	2,1	6,3	4,2	5	11,1	8,1	3,5	5,5	4,5	4,2	13,7	9
Ceuta	6,6	13,7	10,2	1,9	9,7	5,8	4,7	11,1	8,2	12	26,9	18,9
Melilla	6,6	13,7	10,2	4,3	7,2	5,8	4,1	2,5	3,4	4,1	7,5	5,9
España	6,6	16,3	11,6	5,9	13,2	9,6	5,7	13,4	9,6	6,7	14,4	10,7

En la siguiente tabla, se muestra el número de pacientes con algún diagnóstico psiquiátrico principal por sexo en los ingresos en hospitales generales entre los años 2005 y 2013 en España (34).

Tabla 2. Número de pacientes con algún diagnóstico psiquiátrico principal por año y por sexo en los ingresos en hospitales generales durante 2005- 2013 (34).

Patrón diagnóstico	2005	2007	2009	2011	2013
Demencia					
Varones	995	1.301	1.534	1.803	1.871
Mujeres	1.008	1.355	1.464	1.772	1.893
Trastornos inducidos por alcohol o drogas					
Varones	219.999	240.054	267.778	274.420	273.726
Mujeres	154.475	178.800	204.278	216.279	229.616
Trastornos por otras enfermedades					
Varones	217.920	238.582	266.381	273.145	272.589
Mujeres	153.992	178.414	203.887	245.875	229.255
Esquizofrenia					
Varones	7.973	9.552	10.579	11.876	11.998
Mujeres	4.211	5.635	6.524	7.915	8.519
Trastornos psicóticos de humor					
Varones	4.478	6.018	7.147	8.587	9.392
Mujeres	4.977	6.673	7.960	9.373	10.381
Trastornos delirantes					
Varones	778	1.070	1.390	1.688	1.859
Mujeres	757	1.077	1.405	1.836	1.980
Otras psicosis no orgánicas					
Varones	2.257	3.134	4.011	4.962	5.409

Mujeres	1.789	2.624	3.240	4.156	4.626
Trastornos de ansiedad y disociativos					
Varones	1.993	2.919	3.461	4.325	4.849
Mujeres	2.900	3.888	4.789	5.758	6.359
Trastornos de personalidad					
Varones	1.957	2.830	3.279	3.990	4.119
Mujeres	2.006	2.880	3.329	4.168	4.536
Dependencia del alcohol					
Varones	3.268	4.175	4.439	5.044	5.046
Mujeres	1.143	1.793	2.017	2.729	3.074
Dependencia o abuso de drogas					
Varones	3.020	3.818	4.124	4.270	4.476
Mujeres	1.068	1.665	1.917	2.426	2.806
Trastorno depresivo					
Varones	598	892	1.154	1.429	1.507
Mujeres	732	1.014	1.213	1.502	1.685

Con respecto a la discapacidad en la EMG, se ha visto que, la mayoría de las personas diagnosticadas con estos trastornos presentan grandes dificultades a la hora de desempeñar actividades básicas como: autocuidados, autonomía en actividades de la vida diaria y manejo del dinero, autocontrol en situaciones de estrés, presentan deterioro del funcionamiento cognitivo, dificultades de aprendizaje y aislamiento (sus relaciones se limitan al círculo familiar) (35). Asimismo, estas personas presentan tasas desproporcionadamente elevadas de discapacidad y mortalidad (30). Según datos ofrecidos por la OMS, los trastornos mentales figuran entre los factores de riesgo importantes de otras enfermedades y lesiones no intencionales o intencionales (5). Se ha visto que los trastornos mentales influyen a menudo a la aparición de enfermedades como el cáncer, enfermedades cardiovasculares y la infección por el VIH (30).

En el caso de la depresión se ha comprobado que existe una predisposición a la aparición de diabetes e infarto agudo de miocardio y viceversa (30). Asimismo, el *Plan de acción sobre la salud mental 2013-2020* (30) señala que, “las personas con depresión mayor o esquizofrenia tienen una probabilidad de muerte prematura de un 40% a un 60% mayor que la población general, debido a los problemas de salud física, que a menudo no son atendidos (por ejemplo, cánceres, enfermedades cardiovasculares, diabetes e infección por VIH), y al suicidio”. Se ha visto, por ejemplo, que las personas con esquizofrenia tienen un 40% menos de probabilidad de ser hospitalizadas por cardiopatía isquémica en comparación con las personas que sufren del mismo problema cardíaco, pero que no tienen afecciones mentales. Además, en muchos países, las tasas de tratamiento de los problemas de salud mental son mucho más bajas en comparación con las de los problemas de salud física (6). Cabe destacar que, cada año, se suicidan más de 800.000 personas en el mundo, siendo esta la segunda causa de muerte en el grupo de 15 a 29 años de edad (5,30).

Además, los trastornos mentales junto con los trastornos ligados al consumo de sustancias son la principal causa de discapacidad en el mundo, concretamente, constituyen el 23% de los años perdidos por discapacidad. Cabe mencionar que, en numerosos países desarrollados, los trastornos mentales constituyen la primera causa de discapacidad, responsables del 30-40% de enfermedades incapacitantes crónicas (5). En el caso de la esquizofrenia, esta constituye una de las 10 primeras causas de incapacidad en la población de entre 18 y 44 años. Esto se debe a que las propias características de la enfermedad, junto con la edad de inicio, evolución y pronóstico, reducen las posibilidades de acceso al empleo, el cuidado de uno mismo, y afecta a la capacidad de relación; lo que hace susceptible al paciente del requerimiento de cuidados formales e informales para mantener su salud, de forma que se llega a la imposibilidad de realizar una vida independiente (36).

A su vez, según la Encuesta Nacional de Salud Española 2011/12 (37), en la cual presentan los resultados sobre la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de la población adulta, los problemas mentales (excluyendo depresión y ansiedad), junto a los ictus, obtienen las peores valoraciones de calidad de vida, seguidos de otras

enfermedades como la incontinencia urinaria, los trastornos musculoesqueléticos y la depresión.

4.2 Datos económicos relacionados con las enfermedades mentales y el empleo

Se ha visto que, en los países en vías de desarrollo, los trastornos mentales son cada vez más frecuentes debido a los problemas asociados a la pobreza, transición demográfica, desastres naturales u otros conflictos. Del mismo modo, más del 50% de dichos países carece de prestaciones de atención a las personas con trastorno mental en la comunidad. Además, en muchos países de ingresos bajos y medios se exige que las personas paguen su propio tratamiento de salud mental, incluso cuando el tratamiento para dolencias físicas se ofrece de forma gratuita o es cubierto por el seguro médico, afectando así desproporcionadamente a las personas con menos recursos (5,6).

En cuanto a los recursos destinados a los servicios de salud mental, la OMS (6) ha publicado que, casi una tercera parte de los países en el mundo no tiene un presupuesto asignado a dichos servicios, y una quinta parte adicional de los países asignan menos del 1% de su presupuesto total de salud a los servicios de salud mental. Aun así, los recursos destinados a la atención de dichas enfermedades varían entre un país u otro (29,33). Sin ir más lejos, el costo económico de los trastornos mentales, en países con una economía de mercado, se sitúa en torno al 3% del PIB. En concreto, en la Unión Europea se estima un costo de entre 3 a 4% del PIB (14). En el estado español, según datos estadísticos, el porcentaje de dinero que el gobierno español invierte en salud mental sobre el total invertido en salud, en el año 2011, es del 5%, un porcentaje que se duplica en países como Holanda y Suecia (5,29).

Tal y como se aprecia en el siguiente gráfico, en el que se muestran los costes directos sanitarios y no sanitarios, así como los costes indirectos de varios trastornos mentales en la población europea, se posicionan en primer lugar, con costes más elevados, enfermedades mentales graves como los trastornos psicóticos y de humor además de la demencia. Igualmente, es preciso destacar que, en las dos primeras, el coste indirecto corresponde a la mayor parte del coste total de la enfermedad (38).

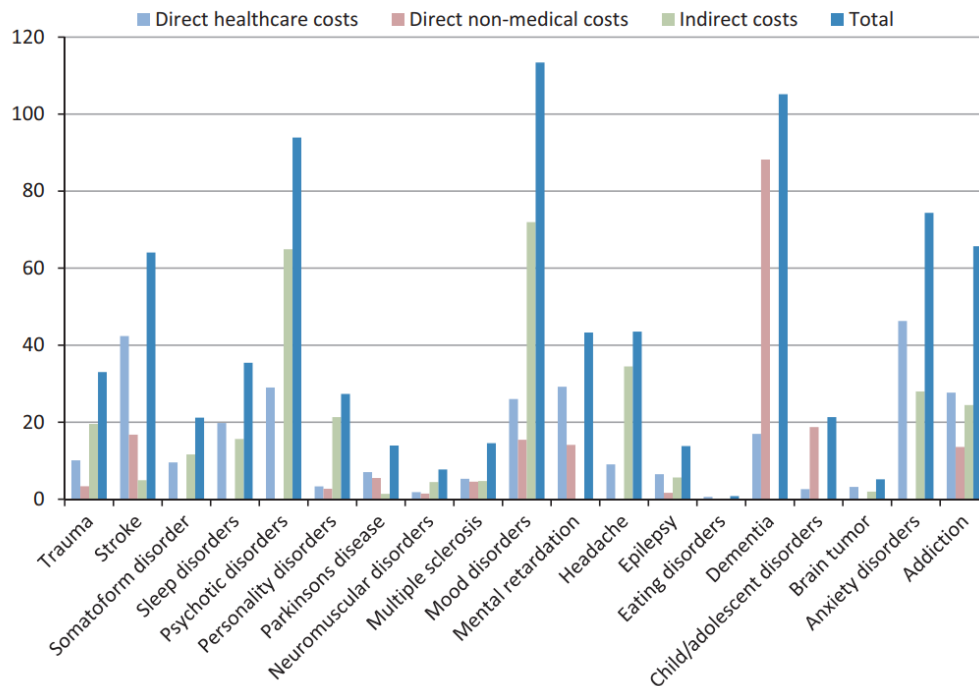


Figura1. Costes (en millones de €) de 19 trastornos mentales en Europa en el año 2010 (38).

Por ejemplo, la pérdida de empleo puede suponer un gran coste indirecto en las personas afectadas por enfermedades mentales graves ya que un trastorno mental multiplica por tres el número de días de trabajo perdidos. Si lo comparamos con otras enfermedades, vemos que la diabetes produce una pérdida laboral del 2% de los días, las enfermedades respiratorias un 4% y las cardiovasculares un 7%, por el contrario, patologías como la depresión suponen una pérdida del 9% de los días (39).

Además, cabe señalar que la mayor parte de las personas con EMG. Según la Confederación Salud Mental España (CSME) (31), 8 de cada 10 personas con enfermedad mental no tienen empleo. En España, en el año 2017, la tasa de empleo de las perso-

nas con enfermedad mental es la más baja de toda la discapacidad. Tal y como muestra el Instituto Nacional de Estadística (INE) (29), en el año 2016 la tasa de empleo de las personas con trastorno mental fue del 14,3%, 1,6 puntos menos que en 2015 (**tabla 3**). Pese a que la tasa de empleo de las personas con discapacidad ha aumentado con respecto al año anterior, el colectivo de personas con trastorno mental es el único en el que este dato decae (31).

Tabla 3. Población española de 16 a 64 años según tipología de la discapacidad y relación con la actividad (31).

3. Población de 16 a 64 años según tipología de la discapacidad y relación con la actividad. Cifras absolutas en miles

	Valores absolutos		Tasa de actividad		Tasa de empleo	
	2016	2015	2016	2015	2016	2015
TOTAL	1.840,7	1.774,8	35,2	33,9	25,1	23,4
TIPO DE DEFICIENCIA						
Sistema osteoarticular	348,1	335,2	46,0	45,3	35,3	33,9
Sistema neuromuscular	162,2	157,1	34,5	31,1	25,0	24,5
Sistemas cardiovascular, inmunológico y respiratorio	110,6	108,1	33,0	32,2	24,6	23,4
Sistemas digestivo, metabólico y endocrino	58,7	55,9	49,4	47,5	38,6	34,3
Otros ⁽²⁾	127,1	100,9	44,4	48,0	33,0	33,2
Intelectual	188,9	180,2	32,3	28,1	20,0	15,5
Trastorno mental	293,6	278,9	27,7	30,4	14,3	15,9
Sistema visual	93,5	90,8	48,1	45,9	40,1	37,8
Sistema auditivo	86,4	82,3	61,3	60,1	45,1	44,2
No consta ⁽³⁾	371,5	385,4	18,5	16,6	13,5	10,8
GRADO DE DISCAPACIDAD						
Grado 33% a 44%	628,0	583,1	57,9	56,0	42,1	40,1
Grado 45% a 64%	255,0	252,1	44,9	42,0	31,9	27,9
Grado 65% a 74%	392,1	369,2	19,9	21,0	11,9	12,3
Grado 75% y más	194,0	184,9	11,5	14,6	10,1	12,6
No consta ⁽³⁾	371,5	385,4	18,5	16,6	13,5	10,8

(1) Son las personas con un grado de discapacidad superior o igual al 33% y asimilados (según el RD Legislativo 1/2013).

(2) El grupo de deficiencia Otros no es comparable con años anteriores a 2011. Incluye personas con discapacidad expresiva, indeterminada, desconocida y, desde 2011, personas registradas en la Seguridad Social para las cuales no se dispone del tipo de discapacidad.

(3) El grupo "No consta" está formado por los pensionistas que tienen reconocida una pensión de incapacidad permanente y que no están registrados en la BEPD.

Así pues, a la falta de trabajo se le suma la dependencia económica, ya que se ha visto que, el 70% del colectivo depende exclusivamente del apoyo familiar o de las prestaciones sociales, por lo general inferiores al salario mínimo interprofesional (1).

Además, hay que tener en cuenta que las consecuencias de no tener un empleo no son sólo económicas, sino que dentro de la sociedad en la que vivimos, el acceso al trabajo remunerado es la principal vía para la integración social. El desempeño de

una actividad laboral significa la adopción de un rol social, que viene a ser una actividad de carácter altamente normalizadora para las personas con EMG y que proporciona una estructura básica para desarrollar una conducta social (1). Por tanto, la falta de empleo también puede traducirse en un incremento de aislamiento social del enfermo.

4.3 Personas con enfermedad mental como grupo vulnerable

De acuerdo con varias publicaciones, las personas con problemas de salud mental satisfacen los principales criterios de vulnerabilidad (expuestos en el comienzo del trabajo). Estas personas son diariamente objeto de estigma y discriminación, esto significa que, frecuentemente, encuentran restricciones en el ejercicio de sus derechos políticos y civiles y en su capacidad para participar en los asuntos públicos (6,11). Además, la mayoría de los usuarios deben enfrentarse a barreras desproporcionadas para encontrar empleo y vivienda, mostrando también una limitada capacidad para acceder a los servicios de atención sanitaria y social. Como consecuencia de estos factores, las personas que sufren enfermedades mentales son mucho más propensas a experimentar discapacidad y a morir en edades más jóvenes si lo comparamos con la población general (6).

Al mismo tiempo, las personas que pertenecen a grupos vulnerables son propensas a desarrollar enfermedades mentales. Esto ocurre por varias razones, por un lado, el estigma y la marginación generan en estas personas una falta de motivación y de esperanza hacia el futuro. También presentan aislamiento y frecuentemente están expuestos a situaciones de violencia. Todos estos aspectos son serios factores de riesgo que pueden influir en la aparición de problemas mentales como la ansiedad, depresión o trastornos por abuso de sustancias entre otras. Del mismo modo, la salud mental se ve negativamente afectada cuando se infringen los derechos civiles, económicos, políticos y sociales, o cuando las personas son excluidas de oportunidades de educación y empleo (6).

Por ejemplo, un estudio en los Estados Unidos demostró que, en comparación con la población general, las personas con enfermedades mentales tenían 11 veces más posibilidades de ser objeto de delitos violentos. En Australia, el 88% de las personas internadas en una sala psiquiátrica había experimentado victimización en algún momento de sus vidas: el 84% había experimentado abuso físico y un 57% había experimentado violación sexual. También se ha visto que las personas con enfermedades mentales presentan situaciones de abuso en las cárceles (6).

Del mismo modo, con frecuencia, estas personas no tienen acceso a los mecanismos judiciales adecuados como el acceso a mecanismos de denuncia, por tanto, no son capaces de detener la violencia y abuso perpetrado contra ellos. Por otro lado, los derechos humanos como el consentimiento informado, la confidencialidad, privacidad y acceso a información relacionada con salud (registros clínicos) son a menudo violados en estas personas (6).

En algunos países, existen leyes que confieren amplios poderes a aquellos que poseen la custodia de la persona con enfermedad mental. Estas medidas, a menudo, presentan un carácter inverso al de proteger los intereses de las personas afectadas, debido a que resultan en restricciones en la capacidad para tomar decisiones como pueden ser su lugar de residencia, asuntos personales y financieros, su tratamiento médico y otros aspectos de sus vidas diarias. Muchos países tienen leyes que restringen el derecho a voto de las personas con enfermedad mental. Un análisis de leyes de 63 democracias reveló que solamente cuatro países (Canadá, Irlanda, Italia y Suecia) no restringen de modo alguno el derecho a voto de este colectivo (6).

En otros países, estas personas también sufren restricciones en otros derechos fundamentales como el derecho a contraer matrimonio y tener familia, así como el derecho a asistir a la escuela y encontrar empleo. Por ejemplo, en Rusia, el *Código de la Familia de la Federación Rusa* establece que las personas con enfermedades mentales que estén bajo custodia, no pueden contraer matrimonio ni presentar petición de divorcio, ya que la persona que posee la custodia toma estas decisiones por ellas. Sus derechos paternales y maternales también quedan anulados (6).

Por lo antedicho, la negación de la capacidad jurídica es, un obstáculo principal que impide la toma de decisiones de estos individuos (13). En el caso de la privación del derecho a voto las consecuencias se traducen en una marginación política, una privación de los derechos como ciudadanos y además, hace que pasen de forma invisible dentro de sus comunidades (6). Según dice la OMS en su declaración del *Empoderamiento del usuario de salud mental* (13), “las personas con problemas de salud mental deberían gozar de capacidad jurídica, en términos de igualdad, en todos los aspectos de la vida y asimismo, los estados tienen la obligación de proporcionar ayuda a las personas que necesitan asistencia para tomar decisiones”.

La discriminación y la exclusión de la vida comunitaria de los colectivos con enfermedades mentales son hechos comunes, y pueden darse en aspectos como la vivienda, educación y empleo, así como en las relaciones familiares y sociales. Como consecuencia, ocurre una significativa privación social y económica (6). A menudo, las personas con afecciones mentales son abandonadas o ingresadas en instituciones psiquiátricas a largo plazo o en prisiones donde frecuentemente no reciben la atención adecuada y están, en muchas ocasiones, expuestas a situaciones de violencia, lo que exacerba aún más sus problemas (6).

4.4 El estigma en la enfermedad mental

Otro punto importante a desarrollar en este trabajo, es el estigma de las enfermedades mentales, ya que viene a ser una de las principales barreras para lograr la inclusión social del colectivo con EMG (12). Como ya hemos mencionado al comienzo de este trabajo, las áreas que mayormente se ven afectadas en estas personas son, la falta de oportunidades de empleo, problemas interpersonales, la falta de adhesión al tratamiento y la imagen negativa que se da en este tipo de personas en los medios de comunicación (2). Por ello, analizaremos la repercusión del estigma desde distintas áreas.

Según varios estudios, la estigmatización hacia la EMG puede clasificarse de la siguiente manera: el autoestigma como la interiorización del estigma en el propio individuo; el estigma público; el estigma institucional; y el estigma desde la familia (12).

4.4.1 Estigma público

El estigma público se define mediante el modelo socio-cognitivo de la enfermedad mental, compuesto por tres áreas: estereotipos, prejuicios, y discriminación. (9,40). Los estereotipos se definen como expectativas negativas hacia la persona con trastorno mental (p. ej. la persona con EMG es incompetente y peligrosa). El prejuicio se describe como la aceptación de los estereotipos que, en consecuencia, crea sentimientos afectivos negativos sobre esta persona (p. ej. tener miedo por pensar que son peligrosas). Y al mismo tiempo, el prejuicio conlleva a la discriminación mediante acciones como la limitación de oportunidades, incluyendo el acceso a la vivienda y al trabajo, de forma en la que se ve a la persona únicamente desde su diagnóstico (9). Se puede señalar que estas actitudes pueden instalarse desde edades tempranas de la vida mediante el proceso de socialización (12).

Es habitual la consideración de las personas con EMG dentro de un grupo distinto (“ellos” frente a “nosotros”), del mismo modo que tienden a ser enteramente definidos por la enfermedad: se asume que la persona “es” esquizofrénica y no que “tiene” o “padece” esquizofrenia (41).

En relación con la etiología de las enfermedades mentales, se ha podido observar que, a pesar de que con el transcurso del tiempo la población ha adoptado una perspectiva causal neurobiológica de las enfermedades mentales, y que esta perspectiva ha aumentado la tendencia a apoyar su tratamiento, no ha disminuido su estigmatización (12). Además, existe una gran diferencia de aceptación y de actitudes sociales ante los diferentes tipos de enfermedades mentales. Por ejemplo, la depresión recibe más respuestas positivas por parte de los demás, mientras que la esquizofrenia suele producir reacciones más negativas (2,11). Del mismo modo, es común la atribución pública de la responsabilidad a la propia enfermedad hacia quien sufre el trastorno.

Esta última se establece mayoritariamente en personas con adicciones como puede ser la dependencia a bebidas alcohólicas, pero es mucho menor en personas con esquizofrenia o depresión (11,12).

Varios estudios han definido estereotipos en torno a la persona con enfermedad mental, destacando en ellos la peligrosidad, debilidad e incapacidad (11,12). Según diferentes encuestas realizadas para medir el nivel de estigma social hacia la enfermedad mental, se ha constatado que la población general prefiere no pasar tiempo con personas que padecen tales enfermedades. La mayoría de los encuestados responde que preferiría no tener a estas personas como vecinas, debido a que las perciben como violentas y, sobre todo, destaca el miedo a ser víctima de un ataque físico por estos pacientes (2).

Según estudios epidemiológicos, por un lado, las personas con diagnóstico de esquizofrenia y psicosis, en general, parecen tener una mayor frecuencia de actos violentos que la que presentan personas sin estos diagnósticos de acuerdo con cifras de *riesgo relativo*² (41). Sin embargo, si utilizamos medidas más adecuadas para valorar la contribución causal del diagnóstico, vemos que el *riesgo atribuible poblacional*³ sitúa la contribución de las personas con esquizofrenia a la violencia global por debajo del 5% del total (41).

² *el riesgo relativo* u *odds ratio* se definen como las medidas de asociación que representan la relación entre las medidas de frecuencia de un problema (incidencia de datos violentos) en las personas que presentan un factor (diagnóstico de esquizofrenia) y en las que no lo presentan, en estudios longitudinales de cohorte y de casos controles) (41).

³ *el riesgo atribuible poblacional* definido como la medida de impacto potencial que expresa la proporción de casos de un problema (comisión de actos violentos) que son atribuibles a un factor (diagnóstico de esquizofrenia) y que podrían ser eliminados si este factor desapareciera) (41).

En cuanto a las relaciones interpersonales en los sujetos con un trastorno mental grave, comúnmente quedan íntegramente afectadas. Esto se debe, no sólo a los propios efectos de la enfermedad como la abulia, la baja autoestima, los desórdenes del pensamiento o los episodios psicóticos, sino que también influye la falta de apoyo y de comprensión por parte del resto de la población (2).

Otro aspecto a considerar reside en los medios de comunicación, como primera fuente de información sobre el tema en nuestra sociedad. Diversos estudios coinciden en que los medios de comunicación tienden a exponer casos de trastornos psicóticos graves (2), presentando a estas personas dentro de las siguientes versiones prototípicas: la del maníaco homicida que hay que recluir, la de la persona adulta con conductas infantiles que requieren control externo y la del espíritu libre y creativo que produce una cierta admiración. Las tres ofrecen visiones extremas de la enfermedad y caracterizan a estas personas como fuera de lo considerado como "normal", siendo la primera de ellas, la relacionada con la peligrosidad, la más habitual (41).

Se ha mostrado que la cobertura que hacen los medios de comunicación sobre las enfermedades mentales frente a las físicas, tienen hasta cuatro veces más de probabilidades de representar una visión negativa. Cabe destacar que, según un estudio acerca el análisis de las historias de prensa de la United Press International, el 85% de las noticias en las que se hablaba sobre pacientes psiquiátricos, enfatizaba el carácter violento de estas personas. Otro estudio en el que se revisaron 600 noticias procedentes de varios periódicos neozelandeses, contempló que el 62% de las noticias acerca de las personas con enfermedad mental eran representadas como peligrosas para los demás y criminales en el 47% de los casos (2). Del mismo modo, este hecho sucede en el contenido destinado para el público infantil, en el que las personas con enfermedad mental son presentadas como poco atractivas, violentas y criminales, creando una imagen de índole negativo desde edades muy tempranas (2).

Por otra parte, dentro del estigma público cabría señalar el estigma relacionado con el contexto laboral. Tal y como anteriormente se ha descrito, la gran mayoría de los pacientes con trastorno mental carecen de ocupación laboral, no sólo por su incapacitación debida a la enfermedad, sino por los procesos de exclusión laboral a los que

son expuestos. La falta de oportunidades de empleo es uno de los factores más importantes que influyen en la exclusión social de estos individuos. Se ha visto que una vez que la persona ha sido etiquetada como mentalmente enferma, tiene más posibilidades de carecer de empleo y de tener un salario más bajo que aquellas personas con un mismo diagnóstico, pero cuyo trastorno no es socialmente conocido. También se ha observado que una vez que el diagnóstico se hace público, los trabajadores reciben poco apoyo y comentarios negativos, además de que se les requiera más que al resto de compañeros (2).

El autor Heather Stuart (2) explica esta contrariedad desde la discriminación directa e indirecta. La discriminación indirecta es fruto de la tendencia histórica de exclusión que han vivido los miembros de este colectivo tal y como se ha descrito en anteriores apartados. Por otra parte, la discriminación directa ocurre cuando las actitudes prejuiciosas de los empleadores y compañeros de trabajo ejercen como barrera para encontrar o conservar un trabajo. Debido a que los empresarios consideran a la persona con enfermedad mental con mayor probabilidad de ausentarse del trabajo, y de ser peligrosa e impredecible, se considera, el principal hándicap al que se enfrentan estas personas respecto a la búsqueda de empleo. Asimismo, y a pesar de las dificultades que el estigma supone en la esfera laboral, en ocasiones, pueden producirse otras complicaciones debido a los síntomas de la propia enfermedad o a las medicaciones prescritas (2).

Es importante señalar, que tener un empleo digno, saludable y motivador es beneficioso para cualquier persona. En el caso de las personas con problemas de salud mental, incluyendo la EMG, el empleo es, además, una vía fundamental para mejorar la autonomía y recuperación, ya que ayuda plenamente en la reinserción social de la persona. Además, permite la sustitución del rol de “persona enferma” por el rol de “persona trabajadora”. Por tanto, la baja inserción laboral que las personas con problemas de salud mental presentan, es una de las principales barreras para su integración social y su recuperación (31).

4.4.2 Estigma institucional

En el contexto sanitario puede producirse una barrera importante para la recuperación del paciente con EMG. Esta barrera se fragmenta en tres dificultades: el pago del tratamiento, la falta de adhesión al mismo y las actitudes negativas del personal sanitario (2). El pago del tratamiento, en muchas ocasiones de un tratamiento crónico, viene a ser una dificultad partiendo de que la gran mayoría de estos pacientes carecen de ocupación laboral. En gran parte de Europa, el tratamiento suele estar garantizado por la sanidad pública. Por el contrario, en países como EEUU, el hecho de no disponer de un trabajo implica, casi con seguridad, la incapacidad de poder costearse un seguro para obtener el tratamiento necesario (2).

Por otra parte, los problemas en la adhesión al tratamiento son un problema frecuente. En concreto, menos del 30% de las personas con enfermedad mental buscan tratamiento. Este hecho se debe, por un lado, a que los sujetos ocultan su enfermedad para evitar ser socialmente categorizadas, por lo que dejan de asistir al tratamiento que deberían estar recibiendo. Otro factor importante es, que en muchas ocasiones no existe una conciencia de enfermedad del propio paciente, o simplemente, puede producirse una negación a la enfermedad, por lo que tampoco acuden al tratamiento (2).

Por último, a pesar de que las actitudes de los profesionales son más positivas en comparación con el público general, existen actitudes negativas y paternalistas en cuanto al pronóstico y las posibilidades de recuperación de estos pacientes (12). Los profesionales de salud mental consideran, a menudo, que tanto los usuarios de los servicios como sus familias carecen de la capacidad para tomar correctas decisiones. Es por eso por lo que, bajo esa actitud paternalista, en la que hay una falta de apoyo en la toma de decisiones, los usuarios quedan atrapados en relaciones de dependencia crónica (13). Estudios realizados en Australia, Brasil, Canadá, Croacia, Inglaterra, Malasia, España y Turquía han revelado que las personas con afecciones mentales experimentan y encuentran que tanto el personal de la salud en general, como el personal de salud mental, manifiesta ignorancia, prejuicio y discriminación (6). Un estudio refleja, que dentro del colectivo de enfermeras existen actitudes de miedo,

culpa y hostilidad hacia ellos, lo que afecta consecuentemente en el tratamiento que les proveen (2).

4.4.3. Estigma en la familia

El estigma en la familia es una condición en la que se transmite la devaluación social por estar asociado a una persona estigmatizada. A menudo, se produce un nivel de aislamiento y exclusión social semejante al que viven los propios pacientes que padecen el trastorno. Sin embargo, cabe señalar que los familiares también pueden ser fuente de prejuicios y actos discriminatorios hacia la persona afectada (12).

Por otro lado, un estudio realizado en el Reino Unido mostró que, el 95% de los cuidadores de estas personas son miembros de la familia, en el 82% de los casos mujeres. La carga de trabajo que suponen los trastornos mentales es alta puesto que, el estudio muestra que el 90% de los cuidadores está afectado negativamente por su actividad como cuidador en lo referente a actividades de esparcimiento, carrera profesional, situación financiera y relaciones familiares. En el 60% de los casos se ha visto reducida de forma importante o moderada su vida social (13).

4.4.4 Autoestigma

El último punto analizado trata del autoestigma. Este se define como el proceso de interiorización del estigma público por parte del individuo estigmatizado, unánime con las descripciones negativas y desacreditadoras de la propia persona y de las demás personas que padecen una enfermedad mental (9).

El autoestigma se compone, de igual forma, de estereotipos, prejuicios y discriminación. En este caso, los estereotipos se definen como creencias públicamente conocidas como negativas sobre las personas con enfermedad mental, y en consecuencia, son interpretadas como propios prototipos del sujeto, reflejadas en su propia fachada como persona. Por ejemplo, un estereotipo de autoestigma podría ser cuando una persona con diagnóstico psiquiátrico está de acuerdo con la creencia de que todas

las personas con enfermedad mental son poco inteligentes y/o peligrosos. El prejuicio surge cuando la persona con esta enfermedad está de acuerdo con los estereotipos del autoestigma y/o experimenta sentimientos negativos sobre uno mismo por padecer un trastorno mental. Las creencias sobre los prejuicios de uno mismo conllevan al autoestigma relacionado con la discriminación (p. ej. abandonando el tratamiento y desatendiendo sus necesidades como dejar de acudir al trabajo o de buscar vivienda) (9).

De las consecuencias del autoestigma surge el efecto “why try” (“porqué intentarlo”), en el que, tras interiorizar aquellos estereotipos y prejuicios, estos llevan a la persona a rendirse en sus propósitos personales. La disminución de la esperanza, confianza y autoestima, además de los atributos negativos, reducen las capacidades percibidas de uno mismo en múltiples áreas, dando como resultado el abandono de aspectos educacionales y sociales, así como su trayectoria profesional. A su vez, estudios empíricos han demostrado que personas con enfermedad mental que devalúan áreas de su vida como el trabajo y la educación, han reflejado mayores niveles de desesperanza y mayor aislamiento social (9).

Estigma público	Autoestigma
<p>Estereotipos:</p> <p>Creencias negativas sobre un grupo como:</p> <p>Incompetencia</p> <p>Carácter débil</p> <p>Peligrosidad</p> <p>Prejuicios:</p> <p>Acuerdo con las creencias y/o relaciones emocionales negativas como:</p> <p>Enfado</p> <p>Miedo</p> <p>Discriminación:</p>	<p>Estereotipos:</p> <p>Creencias negativas sobre sí mismo como:</p> <p>Incompetencia</p> <p>Carácter débil</p> <p>Peligrosidad</p> <p>Prejuicios:</p> <p>Acuerdo con las creencias y/o relaciones emocionales negativas como:</p> <p>Baja autoestima</p> <p>Baja autoeficacia</p> <p>Vergüenza</p>

Comportamiento en respuesta a los prejuicios como:	Discriminación:
Rechazo a oportunidades de trabajo y vivienda	Comportamiento en respuesta a los prejuicios como:
Denegación de ayudas	Falta de aprovechamiento de oportunidades de trabajo y vivienda.
	Rechazo a buscar ayuda

Figura 2. Componentes del estigma público y autoestigma (9,41)

Según una investigación realizada en un centro de rehabilitación psicosocial (CRPS) de un municipio de Madrid, centrada en la identificación de factores estigmatizantes y normalizadores del propio centro, se ha detectado, que el 80% de los entrevistados refieren sentimientos de malestar en situaciones de interacción en el pueblo. Asimismo, el 60% justifica su aislamiento respecto al resto de residentes como estrategia para evitar el etiquetaje como “usuario” (10).

Las observaciones muestran la presencia de dinámicas estigmatizantes en la interacción vecinos-usuarios y trabajadores-usuarios. Estas dinámicas mantienen el patrón basado en una tolerancia fría y paternalismo, lo que significa que tanto los vecinos como los trabajadores toleran la presencia de usuarios, pero tienden a evitar el contacto con ellos y mantienen actitudes de sobreprotección. También se ha visto que, a mayor contacto con los usuarios, es decir, a mayor tiempo de permanencia de los usuarios en el CRPS, menor es la probabilidad de que se desarrollen dinámicas estigmatizantes. Por otro lado, a mayor grupo de usuarios, mayor sería la probabilidad de desarrollo de dinámicas estigmatizantes, debido a que ante grupos socialmente devaluados se dispara la ansiedad intergrupala, generando reacciones de tipo defensivo (10).

Respecto al impacto en los usuarios, el estudio permite concluir que las experiencias de discriminación serían vividas de manera muy intensa por los afectados; de manera que se generarían interferencias importantes en el proceso de recuperación (10). De

hecho, según otro estudio realizado por West ML. et al. (42) se ha visto que la internalización del estigma afecta a variables relacionadas con la recuperación de la enfermedad, adherencia al tratamiento y búsqueda de ayuda.

Garay M. et al (40) señalan en su estudio que las variables sociodemográficas: sexo, edad, educación, empleo, estado civil, ingresos económicos y grupo étnico no tienen una relación significativa en el estigma internalizado. Por el contrario, las variables psicosociales como pueden ser la esperanza, autoestima, empoderamiento, autoeficacia y calidad de vida; y variables sociales, tales como el apoyo social e integración social, afectan significativamente al autoestigma de la persona con EMG.

5. DISCUSIÓN

El presente trabajo tiene como objetivo principal identificar y analizar las principales barreras que afectan a la inserción social de las personas con EMG, y crear una propuesta de mejora desde el ámbito de enfermería, que ayude a combatir el estigma y promover la integración en la comunidad de las personas con EMG.

Hemos visto cómo las enfermedades mentales constituyen un problema de salud pública de primer orden, mostrando una prevalencia mundial que afecta al 25% de la población en algún momento de sus vidas (5); la EMG, en concreto, afecta entre el 2,5% y el 3% de la población adulta (14). Por tanto, teniendo en cuenta que las consecuencias más importantes de la pérdida de salud que suponen las enfermedades mentales graves para las personas son el impacto en la discapacidad y la calidad de vida (5, 30, 35), se considera un problema a tener en cuenta en el ámbito sociosanitario (14).

Tal y como se ha podido observar, las personas con EMG pertenecen a un grupo vulnerable (6) dentro de la comunidad, expuesto a una discriminación por parte de la sociedad a lo largo de la historia (2, 14, 15, 16, 17,18) hasta el día de hoy. Esta discriminación, podría considerarse un importante factor que agudiza aún más las dificultades de integración que padece el colectivo.

Una de las principales vías de discriminación tanto de la EMG como de la enfermedad mental en general, viene definida por el estigma. El estigma público se produce, según el modelo socio-cognitivo (9), cuando la comunidad se comporta con prejuicios y estereotipos negativos hacia las personas con enfermedad mental. Entre los estereotipos más marcados destacan la peligrosidad y asociación a la violencia, así como la debilidad, incapacidad y carácter impredecible (2, 9, 12, 31, 41). Por el contrario, se ha demostrado que los individuos con estas enfermedades se sitúan por debajo del 5% de la violencia global como puede ser el caso de la esquizofrenia (41).

El desconocimiento de la población sobre la EMG, junto con la imagen transmitida en los medios de comunicación como principal fuente de información en la sociedad, juegan un papel crucial en la construcción del estigma público (2, 41). Por tanto, estaríamos ante un principal eje de intervención comunitaria, como podrían ser las campañas antiestigma desde los medios de comunicación.

Al mismo tiempo, los derechos civiles y políticos de este colectivo han sido mermados (6, 13) dado que deben enfrentarse a innumerables obstáculos. Como bien se ha dicho, la tasa de desempleo de este colectivo se sitúa en las cifras más elevadas de las personas que padecen algún tipo de discapacidad, con cifras superiores al 85% en España (31, 29). Además, se ha mostrado que la obtención de un empleo es fundamental, ya que se trata de la principal vía de integración de una persona para la adopción de un rol dentro de la comunidad, dejando a un lado el rol de enfermo.

Dadas las condiciones expuestas, considerando que los problemas de salud mental están asociados a altos índices de desempleo, las personas con estas dificultades deberían ser incluidas en programas de generación de ingresos y de reinserción social.

Por su parte, los familiares de los enfermos también son afectados por la estigmatización (12,13). Esto, junto con el estigma existente en las instituciones y entre los profesionales de salud (2,12,13), produce la interiorización del estigma en el propio individuo, conocido como autoestigma (2, 9, 10, 41). Todo esto resulta en una menor autoestima del sujeto, en un encubrimiento de su identidad y provoca una mayor

tendencia al aislamiento, además de tener una menor esperanza hacia el propio futuro. Por consiguiente, el estigma, en general, podría considerarse una fuerza de resistencia que dificulta el proceso de rehabilitación (y por tanto de integración) del individuo con EMG.

Hechas las consideraciones anteriores, la integración social de estas personas exige trabajar conjuntamente desde varias áreas. Por un lado, resulta importante trabajar en la sensibilización y alfabetización de la sociedad en su conjunto como modo de combatir el estigma. Así, el buen control de los síntomas y adherencia al tratamiento favorecen que el individuo enfermo no sea etiquetado por su enfermedad. Del mismo modo, se deberá trabajar en la disminución del autoestigma desde las instituciones de salud mental, así como proporcionar apoyo familiar y personal. Todas estas áreas de intervención son competencias de varios profesionales entre los que se encuentra la enfermería.

Por otro lado, resulta fundamental la promoción de ofertas de empleo como principal vía de inserción, al igual que el fomento de la participación en los servicios comunitarios, las cuales corresponden a cambios en las leyes gubernamentales. Finalmente, otra parte de especial relevancia, es el papel que ejercen los medios de comunicación, ya que tienen una gran responsabilidad en la difusión de ideas que pueden influir de manera positiva como negativa en la creación de estereotipos y prejuicios de la población.

5.1. Fortalezas y debilidades del trabajo

La fortaleza de este proyecto consiste, por una parte, en que toda la información utilizada está contrastada científicamente y se ha obtenido mediante una extensa revisión bibliográfica de más de 60 publicaciones. Por otro lado, el plan de mejora (expuesto a continuación) resulta relativamente sencillo de realizar, puesto que económicamente se considera asequible y no supone un largo trámite a nivel gubernamental como el que pueden suponer otros niveles de intervención (p. ej. cambio de legislación de política de empleo).

Como debilidad destaca la dificultad para la obtención de datos epidemiológicos sobre las enfermedades EMG. Por ejemplo, en los datos estadísticos nacionales (29) se tiende a generalizar la depresión como enfermedad mental. Otro ejemplo, con el que también se ha encontrado la Asociación de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (Afeman) (31), es la posible invisibilidad de la enfermedad a nivel de recogida de datos, producida por la falta de conciencia de enfermedad de los enfermos, así como el sentimiento de miedo o vergüenza o incluso la negación de la propia enfermedad y el cese de acudir a los servicios sanitarios.

6. CONCLUSIONES

1. En relación a la hipótesis planteada al inicio del trabajo, se ha observado una estrecha relación en el diagnóstico de EMG y el riesgo de exclusión social.
2. Del mismo modo, se ha visto una relación entre el estigma social y discriminación en personas con EM en general y EMG.
3. Queda manifestado que las principales barreras en la inserción social de las personas con EMG, además de los propios síntomas de la enfermedad, son los siguientes: la dificultad de encontrar un empleo y vivienda, dificultad para participar activamente en la sociedad, dependencia económica y dependencia en la realización de actividades de la vida diaria, así como el rechazo y los prejuicios de la población general y, una baja autoestima junto a una falta de búsqueda de oportunidades como consecuencia del autoestigma.
4. Se pone en relieve la gran afectación a nivel social de las enfermedades mentales y la alta prevalencia tanto a nivel mundial como en España, que contrasta con la falta de información de la población general, lo que crea una necesidad de actuar de forma educacional, así como en la eliminación del estigma a nivel de la sociedad en su conjunto.

7. PLAN DE MEJORA

7.1 Introducción

Para la realización de un plan de mejora, se ha elaborado el siguiente mapa mental (**Figura3.**) que resume todo lo antedicho en el anterior apartado y permite visualizar de forma más clara y precisa los factores que afectan a la discriminación de las personas con EMG, para así poder analizar las distintas líneas de intervención tanto de enfermería como de otros ámbitos.

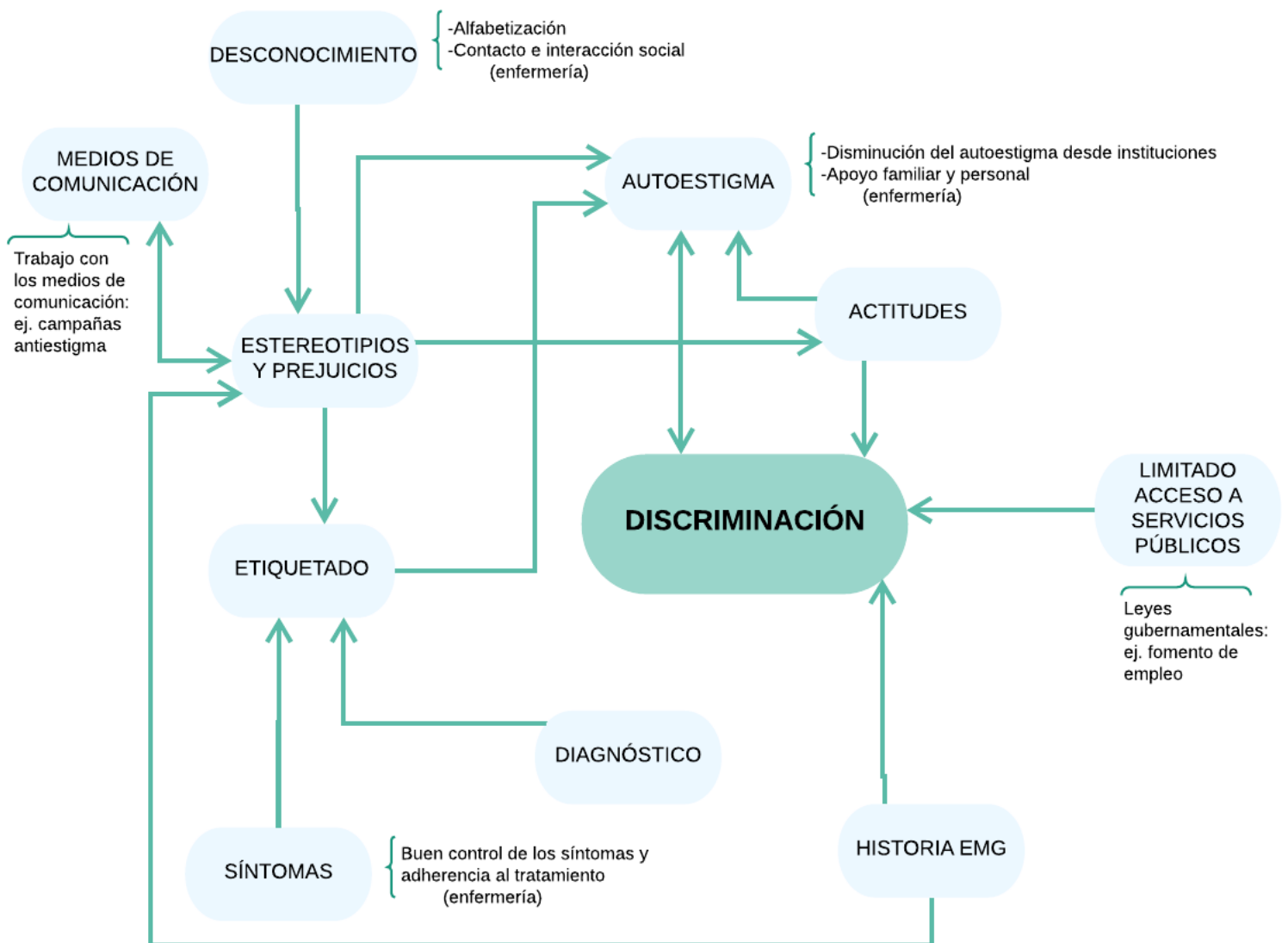


Figura 3. Factores relacionados con la discriminación de las personas con EMG y principales líneas de intervención. Fuente: elaboración propia.

Para el desarrollo de una propuesta de mejora cuyo objetivo es intervenir en la alfabetización de la población mediante la interacción entre dicha población y usuarios de salud mental con el fin de reducir el estigma, debemos, en primer lugar, realizar una breve revisión de programas e intervenciones que han sido sometidas a una comprobación empírica (41). Para ello, desde la Psicología Social y la Sociología se han estudiado tres estrategias de intervención en la estigmatización de la enfermedad mental: la protesta, la educación y el contacto social (41).

a) La movilización y protesta social

Según investigaciones esta estrategia de intervención ha resultado ser útil a corto plazo, disminuyendo una forma específica de discriminación (p. ej. disminución de forma temporal la difusión de imágenes estereotipadas en medios de comunicación). No obstante, sí parece ser efectivo a la hora de mejorar la autopercepción y empoderamiento de los usuarios que participan en los movimientos (41).

b) La educación de la población general.

Se ha visto que los programas educativos, especialmente los de larga duración, y que además incluyan la presentación de casos reales, han resultado útiles en la disminución del estigma. Por el contrario, los programas de corta duración, y de carácter exclusivamente informativo, así como de mensajes muy generales han demostrado una escasa utilidad (41).

c) El contacto y la interacción social

Favorecer la interacción social a través del contacto directo entre las personas que pertenecen al colectivo general y las personas con problemas de salud mental, es la apuesta que mejores resultados ha obtenido en cuanto a la interrupción del estigma y cambio de las actitudes sociales. Se ha demostrado que el contacto entre estas personas crea en los participantes la capacidad de poner en marcha procesos de recategorización de las personas y de desarrollo de ideas y actitudes nuevas (41).

Teniendo en cuenta las consideraciones anteriores y, fundamentado que la estrategia de intervención de contacto e interacción social obtiene los resultados más efectivos, se ha optado por una propuesta de intervención centrada en la interacción entre varios usuarios con EMG y un grupo poblacional específico (grupo diana). De forma en la que se trabajaría, por un lado, en la eliminación de estereotipos y prejuicios por parte de la población diana, y por otro lado se reforzarían las relaciones sociales y auto percepción de los usuarios participantes.

7.2 Grupo diana

La propuesta de intervención iría dirigida a adolescentes de entre 12 y 13 años, que sean estudiantes de 1º de la ESO de un instituto de Pamplona (grupo de entre 15-20 alumnos). Se ha elegido esta población debido a que es en la adolescencia cuando los cambios de actitudes o prejuicios son más eficaces y es también es en este periodo cuando el desarrollo de competencias actitudinales positivas resulta más eficaz, puesto que en el caso de que no fueran trabajadas podrían considerarse negativas, e influenciar otras experiencias vitales. Es así, que logrando percepciones positivas en esa franja de edad podría significar la modificación de las percepciones de la sociedad del futuro (39).

7.3 Objetivo principal

Alfabetizar a un grupo de población mediante la interacción entre dicha población y usuarios de salud mental con el fin de reducir el estigma. Se pretende que los alumnos interactúen con los usuarios de manera que los conozcan fuera de su contexto de enfermedad al mismo tiempo en el que se les informa sobre la salud mental.

7.4 Metodología

Para la realización de la intervención se escogerían varios voluntarios usuarios de Salud Mental. La intervención estaría compuesta de un total de tres sesiones en la que

participarían: la enfermera, los usuarios de salud mental y los alumnos. Todas las sesiones se realizarían en el centro escolar e irían dirigidas por una enfermera. La duración de las sesiones sería la siguiente: primera sesión 1h 15min, segunda sesión 2h y tercera sesión 2h 15min. En cuanto a las técnicas que se emplearían, tendríamos, por un lado, una técnica individual que trataría de que cada alumno rellenase una planilla de preguntas, y por otro lado, las demás técnicas serían grupales, de las cuales una de ellas se realizaría en grupos pequeños. Al finalizar las sesiones, se procedería a la evaluación de los objetivos (desarrollado en el último apartado del plan de mejora). Finalmente, comentar que, para publicitar la propuesta de mejora se ha creado un tríptico (**material 1**), expuesto en el “anexo 1”.

7.5 Sesiones

Antes de comenzar las sesiones de intervención, se repartiría en el aula un cuestionario a los alumnos que deberán entregar a los profesores. Este cuestionario trata de siete preguntas abiertas que evalúan los conocimientos de los alumnos sobre las enfermedades mentales. El fin de este cuestionario es volver a repartirlo en la última sesión para analizar los cambios de actitudes entre el comienzo y el final de la intervención. **Material 2.** (anexo 2) Duración: 10 minutos.

7.5.1 Primera sesión

- **Presentación y acogida del grupo:** juego de la araña

Lugar: patio del colegio

Profesionales: Enfermera + usuarios

Duración: 20 minutos.

Materiales: ovillo grande de lana

Objetivo: presentar a todos los participantes y fomentar la integración grupal y la comunicación oral.

Descripción de la actividad: todos los participantes se colocarán en círculo. El juego consiste en formar una tela de araña pasándose el ovillo de lana entre todos los participantes. Para comenzar, el primer participante se presentará diciendo los siguientes datos: nombre, edad, procedencia y una afición. Pasará el ovillo a otra persona del grupo y esta deberá presentarse de la misma forma y recordar los datos de la persona anterior. Sucesivamente cada participante deberá presentarse y recordar la presentación del anterior. El juego finaliza una vez se hayan presentado todos los participantes.

- **Exposición de información:** enfermedades mentales

Lugar: aula

Profesionales: enfermera + usuarios

Duración: 40 minutos.

Materiales: presentación de power point

Descripción de la actividad: la enfermera impartirá una charla educativa sobre las enfermedades mentales. Después, los usuarios añadirán información y expondrán su vivencia sobre la enfermedad. Por último, se responderán las dudas de los alumnos.

- **Despedida:** tarea para la siguiente sesión

Duración: 15 minutos

Descripción: se despedirá al grupo y la enfermera pedirá a los alumnos que para la siguiente sesión, por parejas, traigan una noticia de los medios de comunicación relacionada con la salud mental.

7.5.2 Segunda sesión

- **Presentación e interacción grupal:** juego “adivina quién soy”

Lugar: aula

Profesionales: enfermera + usuarios

Duración: 25 minutos.

Materiales: planilla: **material 3.** (anexo 3) y bolígrafos.

Objetivo: fomentar el autoconocimiento y la interacción entre alumnos y usuarios.

Descripción de la actividad: todos los participantes (alumnos y usuarios) rellenarán la planilla **material 3.** de forma anónima. Después, la enfermera recogerá todos los papeles y al azar escogerá uno de ellos. Irá leyendo la planilla y los participantes deberán adivinar de quién de ellos se trata. Se repetirá esta acción hasta que se hayan leído todas las planillas o se haya agotado el tiempo.

- **Exposición y análisis:** exposición de las noticias y debate grupal

Lugar: aula

Profesionales: enfermera + usuarios

Duración: 40 minutos.

Materiales: los alumnos traerán de casa una noticia.

Objetivo: desarrollar la capacidad crítica y analizar el estigma en los medios de comunicación.

Descripción de la actividad: los alumnos, por parejas, deberán traer una noticia de los medios de comunicación relacionada con la salud mental (tal y como se explicó en la primera sesión). Cada pareja expondrá la noticia al resto del grupo y se analizarán de

forma grupal todas las noticias destacando si se muestran estereotipos de las personas con enfermedades mentales, si se describen de forma objetiva o subjetiva, etc.

- **Explicación y comienzo del proyecto:** tormenta de ideas

Lugar: aula

Profesionales: enfermera + usuarios

Duración: 25 minutos.

Materiales: folios y bolígrafos.

Objetivo: desarrollar la capacidad de reflexión sobre el estigma y la salud mental y fomentar la creatividad de los alumnos mediante la grabación de un video.

Descripción del proyecto: se crearán grupos de entre tres y cinco alumnos y deberán grabar un vídeo en el que se muestre la salud mental de forma positiva. Para ello, se comenzará a trabajar en el aula. Cada grupo realizará la tormenta de ideas y escogerá una de ellas para la grabación del video. Además, cada uno de los grupos será guiado por un usuario o enfermera. La grabación se finalizará fuera de la sesión y en la siguiente sesión se expondrán todos los videos.

7.5.3 Tercera sesión

- **Exposición de videos y discusión**

Lugar: aula

Profesionales: enfermera + usuarios

Duración: 45 minutos.

Materiales: proyector de vídeos

Objetivo (definido en la anterior sesión)

Descripción de la actividad: se expondrán los videos realizados por los alumnos y se debatirá sobre ellos de forma grupal.

- **Cuestionario y reflexión**

Lugar: aula

Profesionales: enfermera + usuarios

Duración: 30 minutos.

Materiales: **material 2**

Objetivo: reflexionar sobre el conocimiento adquirido en las sesiones y sobre las opiniones adquiridas respecto a las personas con enfermedad mental.

Descripción: se repartirá a los alumnos el mismo cuestionario que se repartió antes del comienzo de las sesiones (**material 2**). A continuación, la enfermera leerá varios de los cuestionarios y se compararán de forma grupal las respuestas del cuestionario inicial con el final.

- **Despedida:** merienda

Lugar: aula o patio del colegio

Profesionales: enfermera + usuarios

Duración: 30 minutos.

Materiales: comida

Objetivo: despedir a todos los participantes y fomentar la interacción grupal.

Descripción de la actividad: se realizará una merienda a modo de despedida.

7.4. Evaluación de objetivos

1. La enfermera valorará la interacción entre alumnos y usuarios, el progreso de aprendizaje y la implicación de los alumnos a lo largo de las sesiones. Para ello, se ha elaborado la planilla de evaluación de objetivos: **material 4** (anexo 4).
2. En la última sesión analizará las reflexiones realizadas por los alumnos de forma grupal.
3. Se comprobará lo aprendido por los alumnos mediante el cuestionario repartido en la última sesión.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Lamarca I. El papel de la sociedad en la integración de las personas con enfermedad mental. OME-AEN. 2009; 8(34): 34-43.
2. Magallares A. El estigma de los trastornos mentales: discriminación y exclusión social. Quaderns de Psicologia. 2011; 13(2): 7-17.
3. Carrasco Ramírez O, Navarro Bayón D. Estudio de factores relacionados con la integración social en personas con enfermedad mental. OME-AEN. 2008; 7(30): 48-60.
4. Orihuela T, Gómez P, Rueda O, Lorience M, Conde R, Gómez J, et al. Población con enfermedad mental grave y prolongada. Madrid: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales; 2003.
5. World Health Organization [internet]. Who.int. [citado 7 abr 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/>
6. Funk M, Drew N, Freeman M, Faydi E. Salud Mental y Desarrollo: poniendo el objetivo en personas con problemas de salud mental como un grupo vulnerable. Geneva: Organización Mundial de la Salud; 2010.
7. Del Río F, Aguilera D, Caballos C, Carmona J, Chinchilla A, Gay E. Trastorno mental grave. [Sevilla]: Consejería de Salud; 2006.
8. Ministerio de Sanidad y Política Social. Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. Ministerio de Ciencia e Innovación; 2009.
9. Michaels PJ, López M, Rüsck N, Córriqan PW. Constructs and concepts comprising the stigma of mental illness. Psy, Soc, & Educ. 2012; 4(2): 183-194.

10. Badalla Carbajosa A, García Arias S, Yélamos L. La situación de estigmatización en el entorno de un recurso de rehabilitación psicosocial. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 2013; 33(120): 737-747.
11. Ahmedani B. Mental Health Stigma: Society, Individuals, and Profession. *J Soc Work Values Ethics.* 2011; 8 (2): 4-14-16.
12. Mascayano Tapia F, Lips Castro W, Mena Pblete C, Manchego Soza C. El estigma hacia los trastornos mentales: características e intervenciones. *Salud Ment.* 2015; 38(1): 53-58.
13. World Health Organization Europe. Empoderamiento del usuario de salud mental - Declaración de la Oficina Regional para Europa de la OMS. Copenhagen: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010.
14. Juan M, Guillamón L, Pedraz A, Palmar AM. Cuidado familiar en la persona con trastorno mental grave: una revisión integradora. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2015; 23(2): 325-360.
15. Sacristán C. La locura se topa con el manicomio. Una historia por contar. *Cuiculco.* 2009; 16(45): 164-189.
16. Campos Marín R, Huertas García-Alejo R. Los lugares de la locura: reflexiones historiográficas entorno a los manicomios y su papel en la génesis y el desarrollo de la psiquiatría. *Arbor.* 2008; 184(731): 471-480.
17. Desviat M. Los avatares de la ilusión: la reforma psiquiátrica en España. *Cuad. Trab. Soc.* 2010; 23: 253-264.
18. Desviat M. *Saud Pública y Psiquiatría.* *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 2001; 21(77): 125-133.
19. La reforma psiquiátrica 25 años después de la Ley General de Sanidad. *Rev. Esp. Salud Pública.* 2011; 85(5): 427-436.

20. Andrés Ruiz C. Atención a la enfermedad mental grave: El papel de los usuarios, la familia, y la sociedad en los avances hacia la integración de las personas con enfermedad mental grave. OME- AEN. 2009; 8(35): 107-109
21. Uriarte JJ, Aparicio V, Arias P, Cabero A, Fernández C, Filgueira J, et al. Rehabilitación psicosocial. Cuad. Psiquiatr. Comunitaria. 2007; 7(2): 85-181
22. Aretio Romero A. Una mirada social al estigma de la enfermedad mental. Cuad. Trab. Soc. 2009; 23(2010): 289-300
23. Google Académico [Internet]. 2018 [citado 7 abr 2018]. Disponible en: <https://scholar.google.es/>
24. Biblioteca [Internet]. Upna Campus iberus. 2018 [citado 7 abr 2018]. Disponible en: <https://www.unavarra.es/biblioteca>
25. Dialnet [Internet]. 2018 [citado 7 abr 2018]. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/>
26. Elsevier España. 2018. Libros y plataformas para profesionales y estudiantes de Ciencias de la Salud. [citado 7 abr 2018]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/>.
27. SciELO - Scientific Electronic Library Online [Internet]. 2018 [citado 7 abr 2018]. Disponible en: <http://www.scielo.org/>
28. PubMed: Español. [Internet]. 2018. [citado 7 abr 2018]. Disponible en: <https://library.fiu.edu/friendly.php?s=PubMed/pubmedspanish>
29. Instituto Nacional de Estadística. (Spanish Statistical Office) [Internet]. Ine.es. 2018 [citado 7 abr 2018]. Disponible en: <http://www.ine.es/>
30. Organización Mundial de la Salud. Plan de Acción Sobre Salud Mental 2013-2020. Ginebra; 2013.

31. [Internet]. Confederación Salud Mental España. 2015-2017 [citado 10 abr 2018]. Disponible en: <https://consaludmental.org/>
32. Se inicia el primer estudio descriptivo en personas con trastorno mental grave y modificación de la capacidad [Internet]. Fudació Sant Joan de Déu. 2018 [cited 6 March 2018]. Available from: http://www.fsjd.org/es/se-inicia-el-primer-estudio-descriptivo-en-personas-con-trastorno-mental-grave-y-modificaci%C3%B3n-de-la-capacidad_163332
33. Cuesta J, Saiz J, Roca M, Noguer I. Salud Mental y Salud Pública en España: Vigilancia epidemiológica y prevención. *Psiquiatr. Biol.* 2016; 23(2): 67-73.
34. De Pedro J, Noguer, García F, Rodríguez C. Salud mental y salud pública en España: vigilancia epidemiológica. Madrid: Centro Nacional de Epidemiología; 2018.
35. Arza J. II Plan de Lucha contra la Exclusión Social en Navarra Diagnóstico de la Exclusión social en Navarra. Personas con trastornos mentales graves, drogodependencia, discapacidades y exclusión social. Pamplona: Grupo de Investigación ALTER Departamento Trabajo Social UPNA; 2008.
36. Sifuentes A, Sosa E, Jaimez T, Manzanillo Y. Rol educativo del profesional de enfermería hacia los familiares de pacientes esquizofrénicos. *Enferm. Glob.* 2011; 10(4): 94-102.
37. Cabasés J, Sánchez E, Ollo A, Errea M, Vinuesa M, Alfaro M, et al. Encuesta Nacional de Salud España 2011/12. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014.
38. Olesen J, Gustavsson A, Svensson M, Wittchen HU, Jönsson B. The economic cost of brain disorders in Europe. *Eur J Neurol.* 2012; 19: 155-162
39. Arango C. Importancia y coste de las enfermedades mentales. *El País.* 2006;

40. Garay Arostegui M, Pousa Rodriguez V, Pérez Cabeza L. La relación entre la percepción subjetiva del funcionamiento cognitivo y el autoestigma con la experiencia de recuperación de las personas con enfermedad mental grave. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 2014; 34(123): 459-475
41. López M, Laviana M, Fernández L, López A, Rodríguez AM, Aparicio A. La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Rev. Asoc. Neuropsiq.* 2008; 28(101): 43-83.
42. West M, Yanos P, Smith S, Roe D, Lysaker P. Prevalence of Internalized Stigma among Persons with Severe Mental Illness. *Stigma Res Action.* 2011; 1(1): 3-10
43. Cangas A, Navarro N. I Congreso Nacional de Sensibilización al Estigma Social en Salud Mental. Granada: Universidad de Almería; 2012.

9. ANEXOS

9.1 Anexo 1

Material 1. TRÍPTICO PARA PUBLICITAR EL PLAN DE MEJORA



9.2 Anexo 2

Material 2. CUESTIONARIO DE OPINIONES Y CONOCIMIENTO SOBRE LA ENFERMEDAD MENTAL

¿QUÉ SABES SOBRE LA ENFERMEDAD MENTAL?

EDAD:..... años.

FECHA:.....

SEXO: Hombre Mujer

1. ¿Conoces o has conocido a alguna persona que padezca alguna enfermedad mental? ¿En caso afirmativo, sabrías indicar la enfermedad?
2. ¿Cómo definirías en una frase a una persona con una enfermedad mental?
3. ¿Qué síntomas crees que puede generar una enfermedad mental?
4. Enumera cinco enfermedades mentales.
5. ¿Cuál/cuáles crees que son las causas de las enfermedades mentales?
6. ¿Qué tratamientos conoces para las enfermedades mentales?
7. ¿Crees que las personas con enfermedades mentales deben tener los mismos derechos que el resto de personas? ¿Por qué?

9.3 Anexo 3

Material 3. PLANILLA DE AUTOCONOCIMIENTO

ADIVINA QUIÉN SOY

Rellena los siguientes apartados:

Mi color favorito es.....

Mi animal preferido es.....

Algo que disfruto haciendo es

Mi comida favorita es

Mi mayor virtud es.....

Un lugar donde me gustaría vivir es

Mi personaje famoso favorito es

Mi grupo o cantante preferido es.....

Algo que mejoraría sobre mí mismo/a es.....

9.4 Anexo 4

Material 4. PLANILLA DE EVALUCIÓN

	Muy adecuado	Moderado	Escaso
Interacción entre alumnos y usuarios			
Aprendizaje de los alumnos y progreso desde la primera a la última sesión			
Implicación y motivación de los alumnos			