

UNIVERSIDAD PÚBLICA DE NAVARRA

Facultad de Ciencias de la Salud



EDUCACIÓN INDIVIDUAL Y GRUPAL EN RELACIÓN AL ESTIGMA SOCIAL EN LAS PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA

GRADO EN ENFERMERÍA

Curso académico 2013-2014

Convocatoria de Junio 2014



Autora: Maialen Martin Armendia

Directora: Dra. Miren Arantzazu Zabala Jauregieltzo

RESUMEN

Hoy en día son muchas las personas que están sometidas a la continua discriminación por el hecho de tener una enfermedad mental, la cual está potenciada por los medios de comunicación. El grupo de pacientes diagnosticados de esquizofrenia es el más afectado a nivel de la sociedad. Este sentimiento de inferioridad, rechazo y discriminación, denominado estigma y que muchos pacientes lo manifiestan, tiene graves consecuencias sobre ellos. Pero es importante mencionar que no son los únicos afectados, sino que todo su entorno próximo se ve envuelto en este problema.

Por este motivo, en el siguiente trabajo se expone por un lado cómo el estigma afecta a las personas diagnosticadas de una enfermedad mental y qué soluciones se plantean a nivel de la sociedad para reducir el estigma. Y por otro la elaboración y posterior implantación de talleres educativos, tanto a nivel individual como a nivel grupal.

LABURPENA

Gaur egun badira pertsona asko sozialki diskriminatuak daudenak arazo mentalak dituztelako, eta diskriminazio hau, hedabideek indartzen dute. Eskizofrenia duten pazienteak dira gehien sufritzen dutenak. Gutxiagotasuna, ukapena eta diskriminazioa estigma definitzen duten hitzak dira, eta pazienteek beraiek adierazten dituzte. Honek, ondorio larriak ditu ez bakarrik arazo mentalak dituzten pertsonengan, baizik eta hauen familiarengan eta lagunengan ere.

Arrazoi honegatik, lan honetan estigmari buruzko hainbat gauza aipatzen dira. Alde batetik, nola estigmak gaixo hauei eragiten dien eta zer irtenbide planteatzen diren sozialki estigmari aurre egiteko. Eta bestetik, hezkuntza tailerrak prestatu dira, bai banakakoak eta bai grupalak.

ABSTRACT

Nowadays there are a lot of people who suffer mental illnesses, and they are discriminated by society, which is strengthened by the media. People who have schizophrenia are the most affected. The feelings of inferiority, rejection and discrimination are a stigma, and have enormous consequences on these patients. But they are not the only ones who are affected by this, because their families and friends are also involved in this problem.

For this reason, this project shows, on the one hand, how the stigma of mental illness affects people and what solutions can be found to reduce the problem. And on the other hand, individual and group educational workshops have been developed.

PALABRAS CLAVE

Salud Mental. Estigma. Campaña antiestigma. Educación.

ÍNDICE

1. MARCO CONCEPTUAL.....	pág. 1-16
1.1 Historia de la asistencia a los trastornos mentales en Navarra	
1.2 Recursos sanitarios especializados en Salud Mental en Navarra	
1.3 La enfermedad mental	
1.4 Cartera de servicios para personas con trastorno mental	
1.5 Justificación personal	
2. OBJETIVOS.....	pág. 17
2.1 Objetivo general	
2.2 Objetivos específicos	
3. METODOLOGÍA.....	pág. 18-21
3.1 Búsqueda de la revisión bibliográfica	
3.2 Plan de actuación-Educación para la salud	
3.2.1 Modelo comunitario	
3.2.2 Información y participación	
3.2.3 Tipos de intervención	
4. RESULTADOS-PROPUESTA DE MEJORA.....	pág. 21-46
4.1 El estigma en Salud Mental	
4.2 ¿Qué supone para las personas el estigma en su día a día?	
4.3 ¿Qué podemos hacer para hacer frente al estigma hacia las personas con enfermedades mentales?	
4.4 Propuesta de mejora: Talleres educativos	
4.4.1 Taller individual: “Afrontando el estigma”	
4.4.2 Taller grupal: “Entendiendo la Salud Mental”	
5. DISCUSIÓN.....	pág. 47-55
5.1 Matriz DAFO	
5.2 Algunos estudios realizados	
6. CONCLUSIONES.....	pág. 56
7. AGRADECIMIENTOS.....	pág. 57
8. BIBLIOGRAFÍA.....	pág. 58-61
9. ANEXOS.....	pág. 62-75
9.1 Cartel informativo	
9.2 Anuncio periódico	
9.3 Ayuda a la toma racional de decisiones	
9.4 Folleto informativo sobre el estrés	
9.5 Philips 66	
9.6 Rejilla	
9.7 Presentación de un caso	
9.8 Folleto informativo sobre la esquizofrenia y el estigma	
9.9 Cuestionario de satisfacción	
9.10 Película “People Say I’m Crazy”	

1. MARCO CONCEPTUAL

1.1 HISTORIA DE LA ASISTENCIA DE LOS TRASTORNOS MENTALES EN NAVARRA

En Navarra pueden diferenciarse tres periodos bien delimitados de la asistencia psiquiátrica: el periodo anterior al siglo XX, el periodo del hospital psiquiátrico (1904-1990), y el periodo desde la reforma psiquiátrica y el primer Plan de Salud Mental de Navarra (1986) hasta la actualidad ⁽¹⁾.

1.1.1 Periodo anterior al Siglo XX

A diferencia de algunas otras Comunidades Autónomas, en Navarra nunca ha existido una tradición psiquiátrica propia. La figura histórica más importante de esta comunidad ha sido Juan Huarte de San Juan.

Existen pocos datos sobre la asistencia psiquiátrica en Navarra antes de la creación del Manicomio Vasco-Navarro, y estos apuntan a la existencia de algunas camas para pacientes agudos en el hospital de la Diputación, siendo muchos casos trasladados al manicomio de Zaragoza, sin olvidar que la mayoría de los pacientes probablemente convivían con sus familias sin apenas asistencia⁽¹⁾.

Esta situación fue la que probablemente motivó al Dr. Nicasio Landa a elaborar la "Memoria para la construcción de un Manicomio Agrícola" en 1868, que debía servir como base para la construcción de un manicomio para Navarra y que puede considerarse como la primera propuesta de asistencia psiquiátrica en esta comunidad. El proyecto acabó siendo el modelo fundamental para la construcción del Manicomio Vasco-Navarro, también conocido como Hospital Psiquiátrico⁽¹⁾.

1.1.2 El hospital psiquiátrico (1904-1990)

El funcionamiento del Hospital Psiquiátrico (1904), coincide con el desarrollo de la psiquiatría como una especialidad de la medicina.

El Hospital Psiquiátrico fue el eje de la asistencia para las personas con enfermedad mental en Navarra durante la mayor parte del siglo pasado.

Tal y como se ve en el *gráfico 1*, la desinstitucionalización de las personas con enfermedad mental se inició a finales de los años 50 y principios de los 60 del pasado siglo (en Estados Unidos), coincidiendo con la generalización del uso de los neurolépticos, los primeros tratamientos eficaces para los trastornos psicóticos. Sin embargo, la desinstitucionalización de las personas con enfermedad mental se retrasó en Navarra más de una década tras la generalización del uso de los fármacos antipsicóticos, lo que demuestra que este proceso no solo se debió a los avances terapéuticos, sino también a la instauración de políticas sanitarias y sociales acompañantes que dieron soporte a las personas desinstitucionalizadas⁽¹⁾.

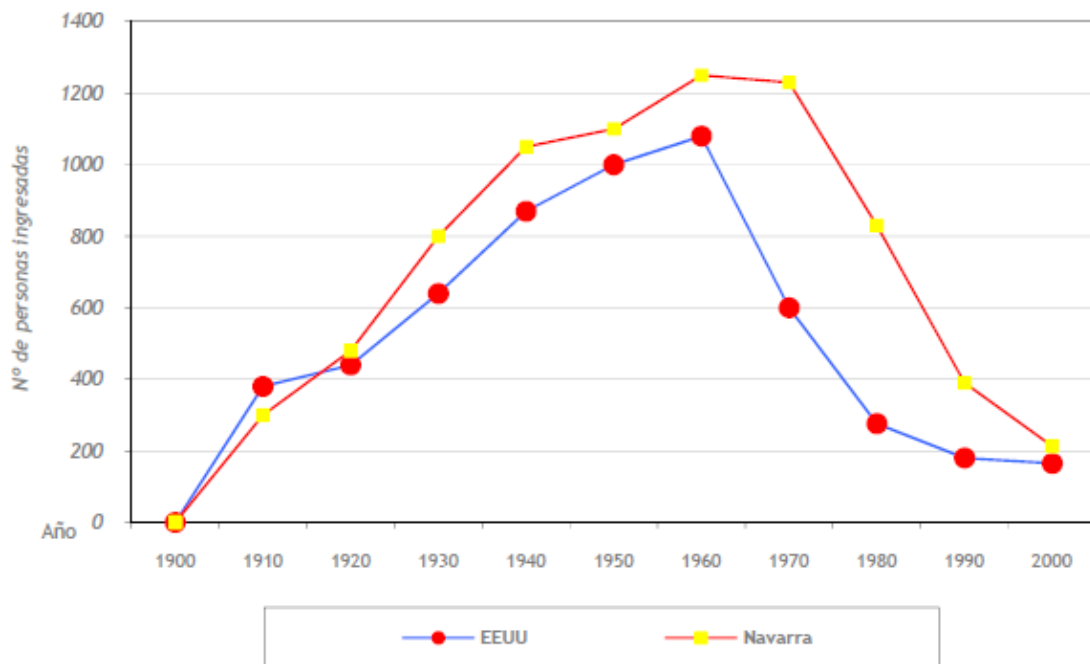


Gráfico 1: Evolución del número de personas con enfermedad mental ingresadas en los hospitales psiquiátricos de Estados Unidos y Navarra a lo largo del Siglo XX. ⁽¹⁾

1.1.3 El primer Plan de Salud Mental de Navarra (1986-2010)

En Navarra, antes de la instauración de la reforma psiquiátrica, ya se inició un tímido proceso de desinstitucionalización de las personas con enfermedad mental mediante la potenciación de las consultas externas en el propio Hospital Psiquiátrico y la creación de un Hospital de Día. Sin embargo, es tras el Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica en el año 1985 y la posterior Ley General de Sanidad de 1986 cuando se observa un avance en la consideración y mejora de la atención de las personas con enfermedad mental; es decir, la Ley General de Sanidad supuso la integración de la salud mental en el Sistema Sanitario. A continuación se citan algunos de los puntos de dicha reforma:⁽¹⁾

- La atención a los problemas de salud mental de la población se realizará en el ámbito comunitario, potenciando los recursos asistenciales a nivel ambulatorio y los sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio.
- La hospitalización de pacientes por procesos que así lo requieran se realizará en unidades psiquiátricas de hospitales generales.
- Se desarrollarán servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para una adecuada atención integral de problemas de las personas con enfermedad mental, buscando la necesaria coordinación con los servicios sociales.

Navarra fue una de las primeras Comunidades Autónomas en elaborar e implementar un plan integral de salud mental. No obstante, el plan tuvo un déficit histórico, ya que desde 1986, año en que se elaboró el primer Plan de Salud Mental en el contexto de la reforma psiquiátrica promovida por la Ley General de Sanidad, no se habían realizado actualizaciones del mismo. Además, mientras que el primer Plan supuso un avance importante de la salud mental en Navarra, este nunca llegó a desarrollarse en su

totalidad, y después de 25 años, las necesidades en relación a la salud mental han cambiado sustancialmente ⁽¹⁾.

Es por ello que el Plan Estratégico de la Sanidad Pública de la Comunidad Foral de Navarra 2009-2012, fija como objetivo la elaboración del Plan de Salud Mental de Navarra. En este contexto, y con el objetivo de dar respuesta a las necesidades anteriormente señaladas, se publica la Ley Foral 21/2010, del 13 de diciembre, de salud mental que principalmente se fundamenta en un modelo de asistencia comunitaria y en la Estrategia en Salud Mental y que establece los siguientes objetivos generales:⁽¹⁾

- Elaborar un plan estratégico de salud mental de Navarra.
- Desarrollar un nuevo modelo asistencial basado en la atención al ciudadano.
- Desarrollar programas de prevención y nuevos programas asistenciales.
- Facilitar mecanismos, instituciones y redes que permitan el desarrollo de la Estrategia de Salud Mental.

Por tanto, podemos decir que el Plan Estratégico de Salud Mental de Navarra 2012-2016 surge como consecuencia de la Ley Foral 21/2010, por la que se establece la estructura orgánica de la Dirección de Salud Mental, bajo la dependencia directa de la Dirección del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, que se configura como el órgano central de gestión que asume la responsabilidad técnica de programas y actuaciones de salud mental en el ámbito de la Región Sanitaria de Navarra⁽²⁾.

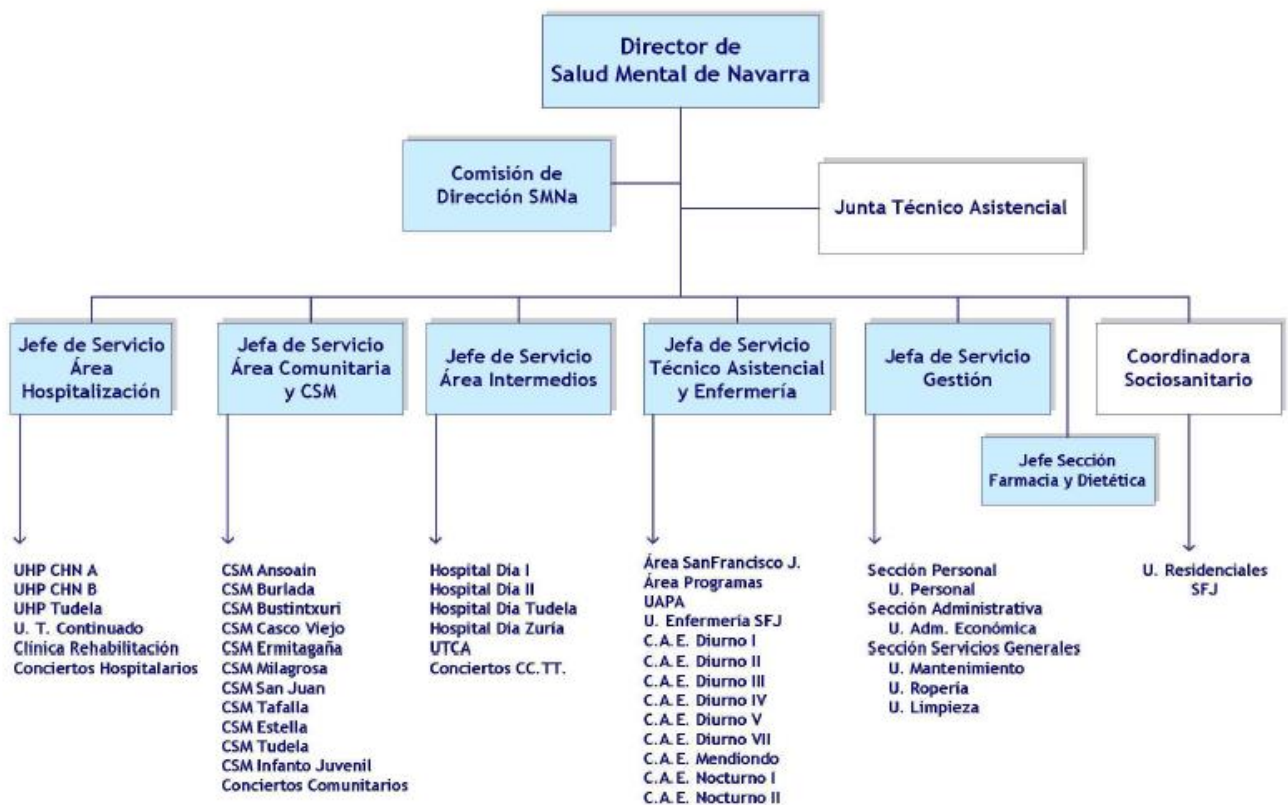


Figura 1: Red de Salud Mental de Navarra. Organización y gestión ⁽²⁾.

Existe una conciencia creciente por parte de los gobiernos y la ciudadanía de la importancia de la salud mental como generadora de bienestar, productividad y progreso, tanto de las personas como de los países. Esto junto con la elevada prevalencia de los trastornos mentales y la importante carga de discapacidad que generan, ha promovido en los últimos años, el desarrollo de un importante marco normativo que regula la promoción y prevención de la salud mental, así como una adecuada asistencia a los trastornos mentales que está en consonancia a su importancia como problema de salud⁽²⁾.

1.2 RECURSOS SANITARIOS ESPECIALIZADOS EN SALUD MENTAL

Navarra cuenta con diversos recursos especializados en salud mental, tal y como se muestra en la *figura 2* (los números que aparecen debajo de cada recurso hace referencia al número de centros que hay de cada tipo).

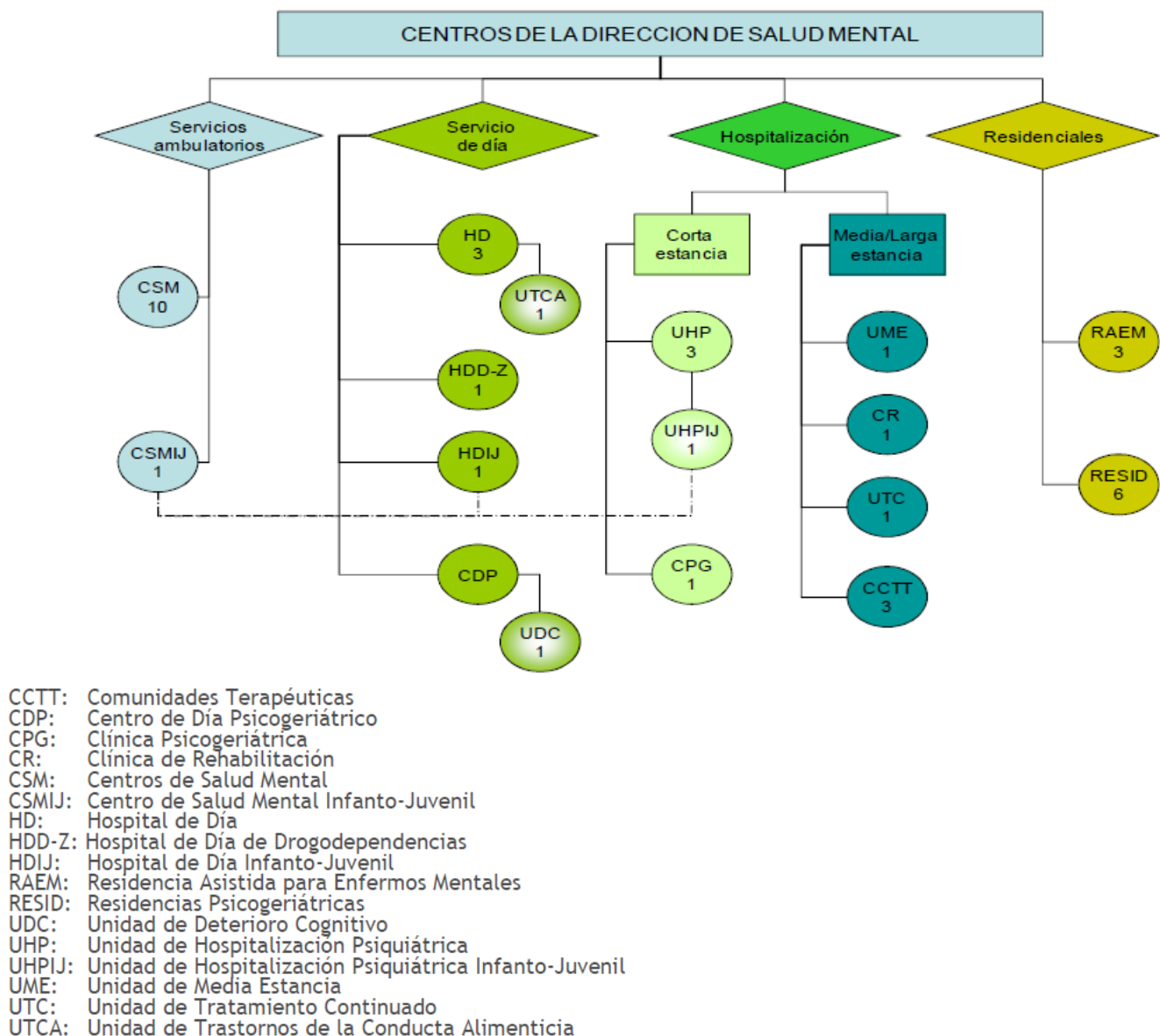


Figura 2: Red de recursos sanitarios especializados en Salud Mental en Navarra ⁽²⁾.

En el *gráfico 2* se observa que el número de pacientes atendidos en la Red de Salud Mental de Navarra ha ido en aumento en los últimos años. Especialmente, del año 2010 al año 2011 ha habido un considerable aumento, por lo que se puede concluir que el número de personas que están siendo diagnosticadas de alguna enfermedad mental está incrementando, y puede ser a consecuencia del cambio en los estilos de vida.

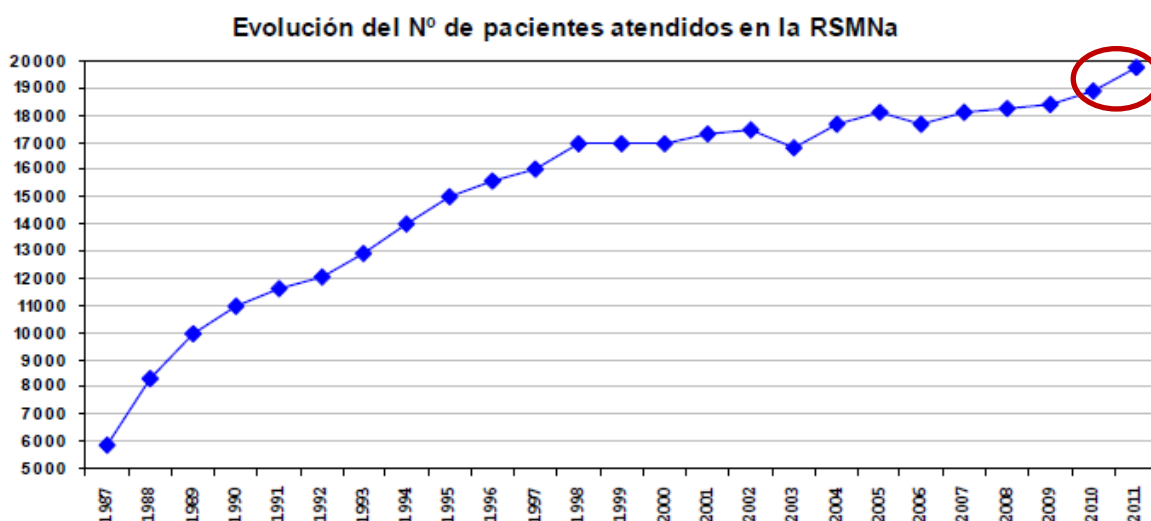


Gráfico 2: Número de pacientes atendidos en la Red de Salud Mental de Navarra en los últimos años⁽²⁾.

Cabe mencionar que actualmente, los Centros de Salud Mental (CSM) son la primera puerta de entrada de los pacientes con trastornos mentales. Por ello, el número total de pacientes atendidos anualmente en los Centros de Salud Mental presenta un rápido crecimiento desde la implantación de la Red de Salud Mental de Navarra.

En la *tabla 1* se observa cómo la actividad asistencial de los Centros de Salud Mental de Navarra ha aumentado en este último año. Especialmente, es destacable el marcado ascenso de las consultas de enfermería.

Tabla 1: Número de pacientes atendidos en los Centros de Salud Mental de Navarra en los años 2012-2013, en función del tipo de profesional que los atiende ⁽³⁾.

	2012	2013
Consultas totales	131.202	140.745
Psiquiatría	54.017	52.579
Psicología	30.962	33.435
Enfermería	37.597	45.521
Trabajo social	7.463	7.555
Otras	1.163	1.655

En las siguientes imágenes se muestran la localización de los Centros de Salud Mental actualmente existentes en toda Navarra, más detalladamente en la comarca de Pamplona (*figura 3*) y el resto de servicios de salud mental (*figura 4*).

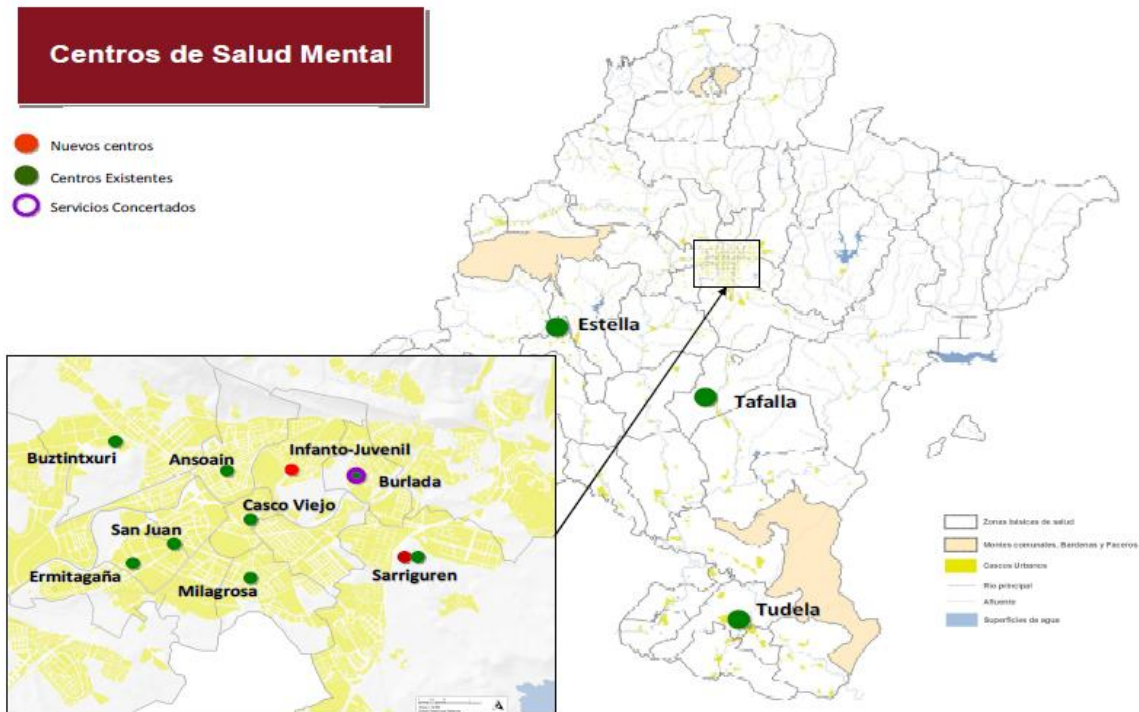


Figura 3: Centros de Salud Mental en Pamplona y Navarra (2).

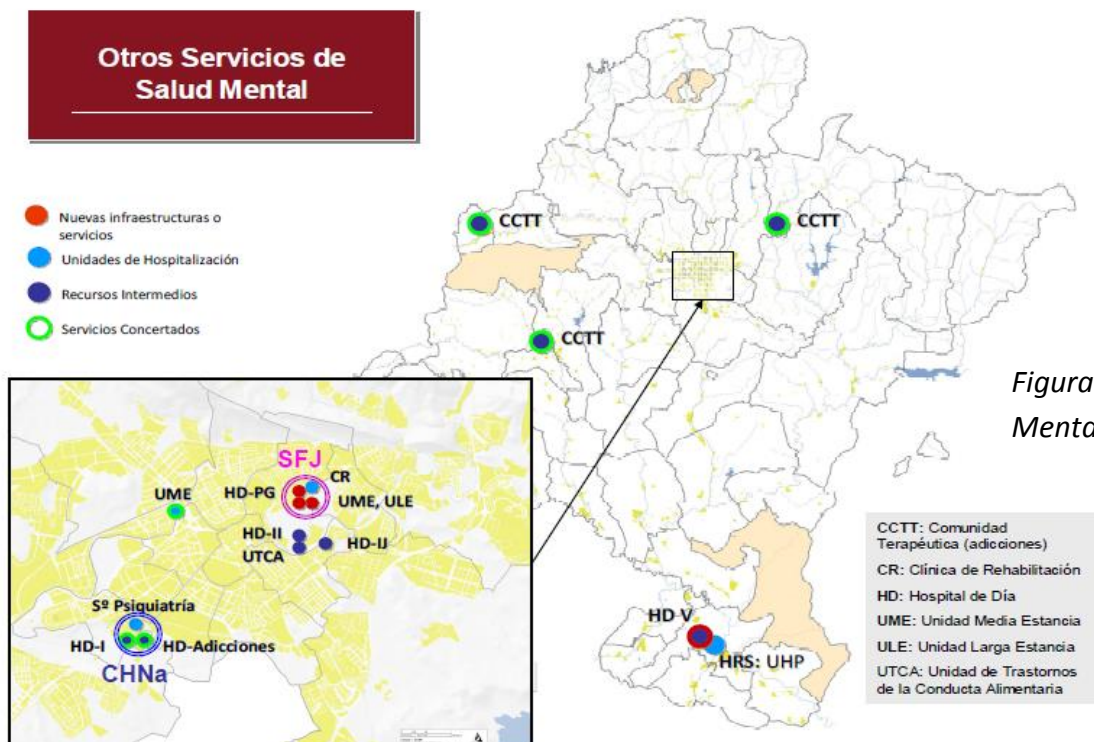


Figura 4: Otros servicios de Salud Mental en Pamplona y Navarra (2).

1.3 LA ENFERMEDAD MENTAL

1.3.1 ¿Qué es una enfermedad mental?

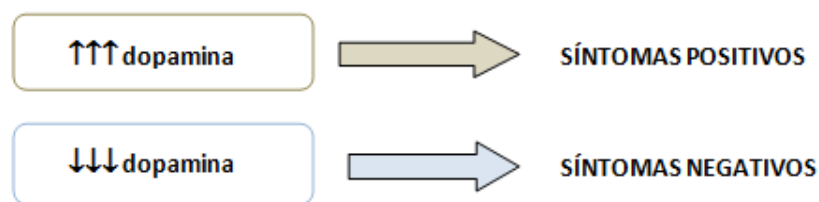
Un trastorno o enfermedad mental se define como una alteración de tipo emocional, cognitivo y/o del comportamiento, en que quedan afectados procesos psicológicos básicos como son la emoción, la motivación, la cognición, la conciencia, la conducta, la percepción, el aprendizaje y el lenguaje, lo cual dificulta a la persona su adaptación al entorno cultural y social en que vive y crea alguna forma de malestar subjetivo⁽⁴⁾.

Las personas con enfermedades mentales pueden llevar a cabo una vida totalmente normalizada. No obstante, las barreras sociales (prejuicios, estigma, discriminación, etc.) les impiden en cierto modo disfrutar y ejercer todos sus derechos⁽⁴⁾.

1.3.2 ¿Qué es la esquizofrenia?

La esquizofrenia es una enfermedad mental que afecta a importantes funciones mentales como: pensamiento, percepción, emociones y conducta.

El neurotransmisor implicado en la esquizofrenia es la dopamina⁽⁵⁾.



1.3.3. Prevalencia

En España, excluyendo los trastornos causados por el uso indebido de sustancias, se puede afirmar que al menos el 9% de la población padece un trastorno mental en la actualidad, y que más del 15% lo sufrirán a lo largo de su vida. A lo largo del año 2009 un 3% de la población navarra ha sido atendida en los Centros de Salud Mental ⁽¹⁾.

En los CSM la distribución del número total de personas atendidas es similar con respecto al sexo. Sin embargo, existen grandes diferencias en cuanto a los diagnósticos. Las diferencias más notables se producen en los trastornos afectivos y ansiosos, en el que se atienden dos mujeres por cada hombre, y en los trastornos adictivos en el que esta relación se invierte marcadamente pues se atienden 3,4 hombres por mujer ⁽¹⁾.

Los trastornos mentales son frecuentes en todos los países y culturas, ocasionan un enorme sufrimiento, dificultan el desarrollo personal e interfieren significativamente en la vida de las personas que los padecen y en su entorno, pudiendo ocasionar un marcado deterioro familiar, laboral y social. Además de la discapacidad y mortalidad prematura que originan, tienden también a producir exclusión y estigma social de quienes los padecen, particularmente en los casos más graves ⁽¹⁾.

Los trastornos mentales en conjunto constituyen la causa más frecuente de carga de enfermedad en Europa, por delante de las enfermedades cardiovasculares y del cáncer. El impacto de los trastornos mentales en la calidad de vida es superior al de las enfermedades crónicas como la artritis, la diabetes o las enfermedades cardíacas y respiratorias ⁽¹⁾.

Los trastornos mentales afectan más a las mujeres que a los varones e incrementan con la edad. También se eleva la morbilidad por aumento del riesgo de padecer accidentes, incluso con resultado de fallecimiento, y por padecer otras enfermedades como son el cáncer, las enfermedades cardiovasculares o SIDA. El no tratar o controlar los trastornos mentales acarrea peor cumplimiento de los regímenes terapéuticos y peor pronóstico en éstas. Todo ello tiene como resultado que las personas con trastorno mental grave tengan una esperanza de vida entre 15 y 20 años menos que la población general ⁽¹⁾.

En el siguiente gráfico (*gráfico 3*) se muestra la prevalencia de probables trastornos mentales en función de la edad y del sexo. Se observa que en los cuatro grupos de edad, la prevalencia es mucho mayor en las mujeres, y ésta aumenta conforme va aumentando la edad (excepto en el grupo de entre 45-64 años). En el caso de los hombres, la prevalencia aumenta de forma gradual a medida que pasan los años.

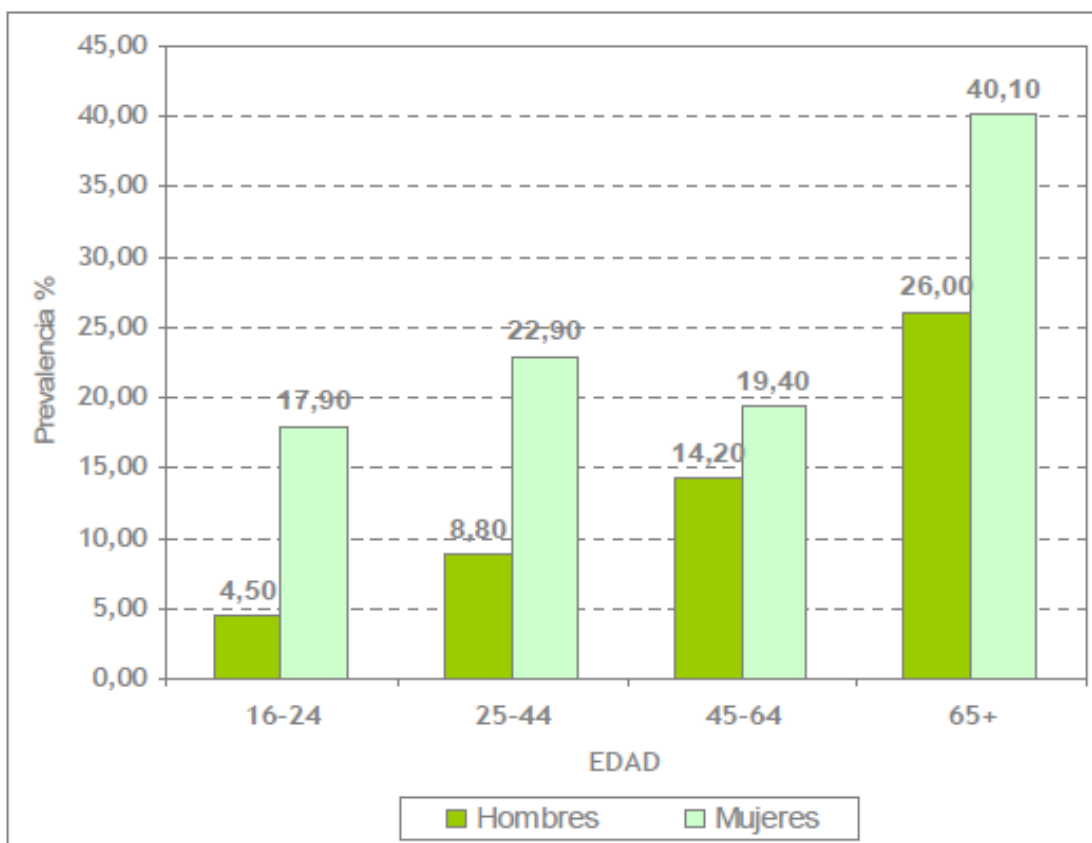


Gráfico 3: Prevalencia de probables trastornos mentales por edad y sexo ⁽¹⁾.

1.3.4 Signos precoces de alerta de la esquizofrenia

- Cambios de humor: malhumor, depresión, incapacidad para llorar, llanto excesivo, risas inmotivadas o incapacidad para reír.
- Cambios sensoriales: oír voces, sensibilidad inusual al ruido o a la luz.
- Cambios en la actividad: volverse extremadamente activo o inactivo, dormir excesivamente o apenas nada.
- Cambios en el comportamiento social: evitar acontecimientos sociales, abandonar actividades, negarse a salir, dejar que las relaciones se deterioren, decir cosas irracionales o inapropiadas, utilizar palabras peculiares o decir cosas sin sentido.
- Cambios en las relaciones con la familia: discutir constantemente, no telefonar nunca a casa, etc.
- Cambios en el colegio o trabajo: problemas de concentración, deterioro del rendimiento académico.
- Cambios en la conducta: posturas extrañas, mirar fijamente durante mucho tiempo, creencias religiosas extremas, consumo de drogas.
- Cambios en el aspecto: llevar ropas estrafalarias, mala higiene personal ⁽⁵⁾.

1.3.5 Síntomas de la enfermedad

Los síntomas de la esquizofrenia son tan reales para la persona que lo padece con, así como irreales para sus familiares y amigos.

La sintomatología se clasifica en tres grupos diferentes: síntomas positivos, negativos y cognitivos:

- ***Síntomas positivos (síntomas propios de la enfermedad):***
 - Alucinaciones: oír, ver, sentir, saborear u oler algo que en realidad no existe.
 - La alucinación más frecuente es escuchar voces.
 - Algunas personas, sobre todo en los primeros días, pueden encontrar que estas voces son agradables, algo que no asusta.
 - Otras personas pueden oír voces que dicen cosas negativas o que te mandan órdenes.
 - Delirios: creer firmemente en algo que no puede ser cierto. Ejemplos:
 - Creer que te ven a través de la televisión.
 - Creer que tus vecinos te están envenenando, etc.
 - Ideas paranoides: suspicacia extrema. Ejemplos:
 - Sentir que otras personas conspiran contra ti, tratan de hacerte daño o te persiguen.
 - Creer que te persiguen los extraterrestres.
- Inquietud
- Movimientos extraños

- Angustia
- Insomnio
- Sudoración

- **Síntomas negativos:**
 - Lenguaje pobre
 - Respuestas breve
 - Empobrecimiento de la expresión de las emociones.
 - Apatía (falta de interés)
 - Anhedonia (dificultad para experimentar placer por las cosas que antes disfrutaba)
 - Aislamiento social

- **Síntomas cognitivos:**
 - Pensamiento desorganizado
 - Incapacidad para terminar una frase ⁽⁵⁾

1.3.6 Factores desencadenantes de la esquizofrenia

- Historia familiar
- Crecer en una ciudad
- Abuso de drogas como el cannabis y las anfetaminas
- Exposición a acontecimientos estresantes
- Ciertas enfermedades infecciosas ⁽⁵⁾

1.3.7 Pruebas diagnósticas

No existe ninguna prueba que diagnostique la esquizofrenia. Su diagnóstico se realiza a través de la sintomatología que presenta el individuo. Para ello, tanto el psiquiatra como la enfermera especialista en salud mental realizarán una anamnesis completa donde pregunten por diferentes aspectos de su vida: conducta, situación social, situación familiar, etc. ⁽⁵⁾.

1.3.8 Tratamiento

1) Farmacológico

- **Antipsicóticos típicos:**
 - Crorpromazina
 - Levomepromazina
 - Haloperidol
 - Clotiapina
 - Tioridazina
 - Trifluoperazina

Los antipsicóticos típicos bloquean los receptores dopaminérgicos, principalmente el D₂, produciendo una disminución de la dopamina, que da lugar a la disminución de los síntomas positivos. No obstante, estos fármacos pueden aumentar los síntomas negativos de la enfermedad⁽⁶⁾.

Este grupo de medicamentos pueden causar efectos secundarios extrapiramidales: distonía, parkinsonismo, acatisia (marcha inquieta, agitación y disforia)⁽⁶⁾.

- **Antipsicóticos atípicos:**
 - Risperidona
 - Olanzapina
 - Quetiapina
 - Aripiprazol
 - Ziprasidona
 - Amisulprida
 - Clozapina

Los antipsicóticos atípicos bloquean fundamentalmente los receptores serotoninérgicos postsinápticos 5-HT y D4. Como consecuencia, disminuyen los síntomas negativos de la enfermedad y mejoran los síntomas positivos y cognitivos⁽⁶⁾.

Estos fármacos tienen menor capacidad para causar efectos secundarios extrapiramidales, pero entre los efectos secundarios más destacados se encuentran el aumento de peso, la sedación y el aumento de energía⁽⁶⁾.

2) Procedimientos terapéuticos

- a. **Psicoterapia:** se realiza con el objetivo de que las personas diagnosticadas de esquizofrenia lleven una vida de lo más normal posible. Para ello, se trabajarán temas como el control de los impulsos, las alucinaciones, los delirios, las relaciones sociales, etc., en un ambiente tranquilo y basado en la confianza.
- b. **Terapia cognitivo-conductual:** aborda los problemas que una persona padece desde los punto de vista de: qué es lo que la persona piensa, y cómo la persona actúa según sus pensamientos ⁽⁷⁾.

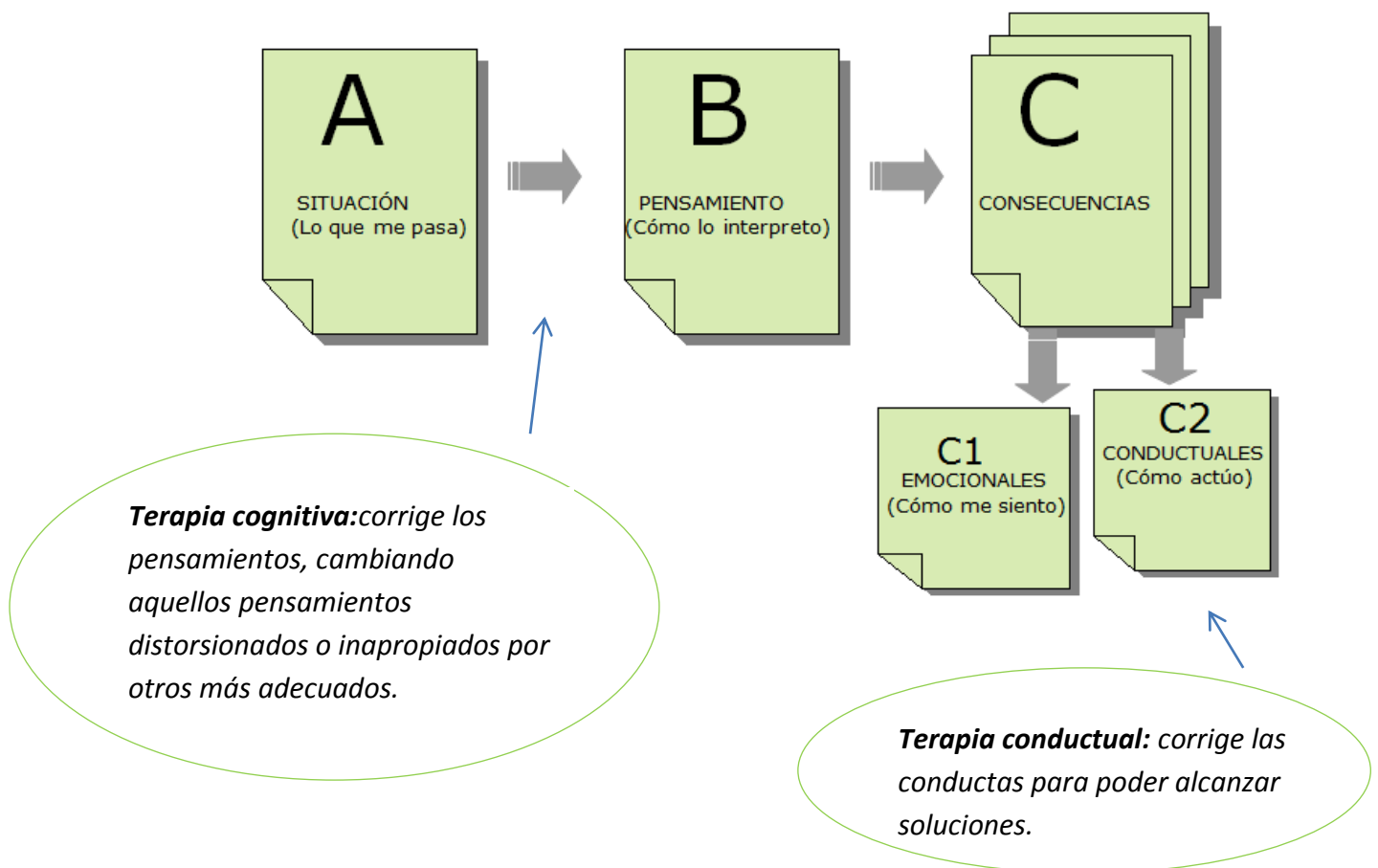


Figura 5: Esquema de la terapia cognitivo-conductual ⁽⁷⁾.

- c. **Talleres de entrenamiento en habilidades sociales:** permiten que los pacientes se integren en grupos nuevos, establecer relaciones adecuadas con los que les rodean y a actuar correctamente en diferentes contextos situacionales ⁽⁸⁾.

1.3.9. Atención de los pacientes con esquizofrenia

Tal y como se muestra en el *gráfico 4*, que hace referencia a los datos obtenidos en el año 2009, tanto la esquizofrenia como los trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes tienen un elevado porcentaje de casos atendidos en los Centros de Salud Mental de Navarra. Se puede observar una pequeña diferencia en cuanto al sexo de los pacientes, siendo los hombres (15,12%) más frecuentemente atendidos por este tipo de trastornos.

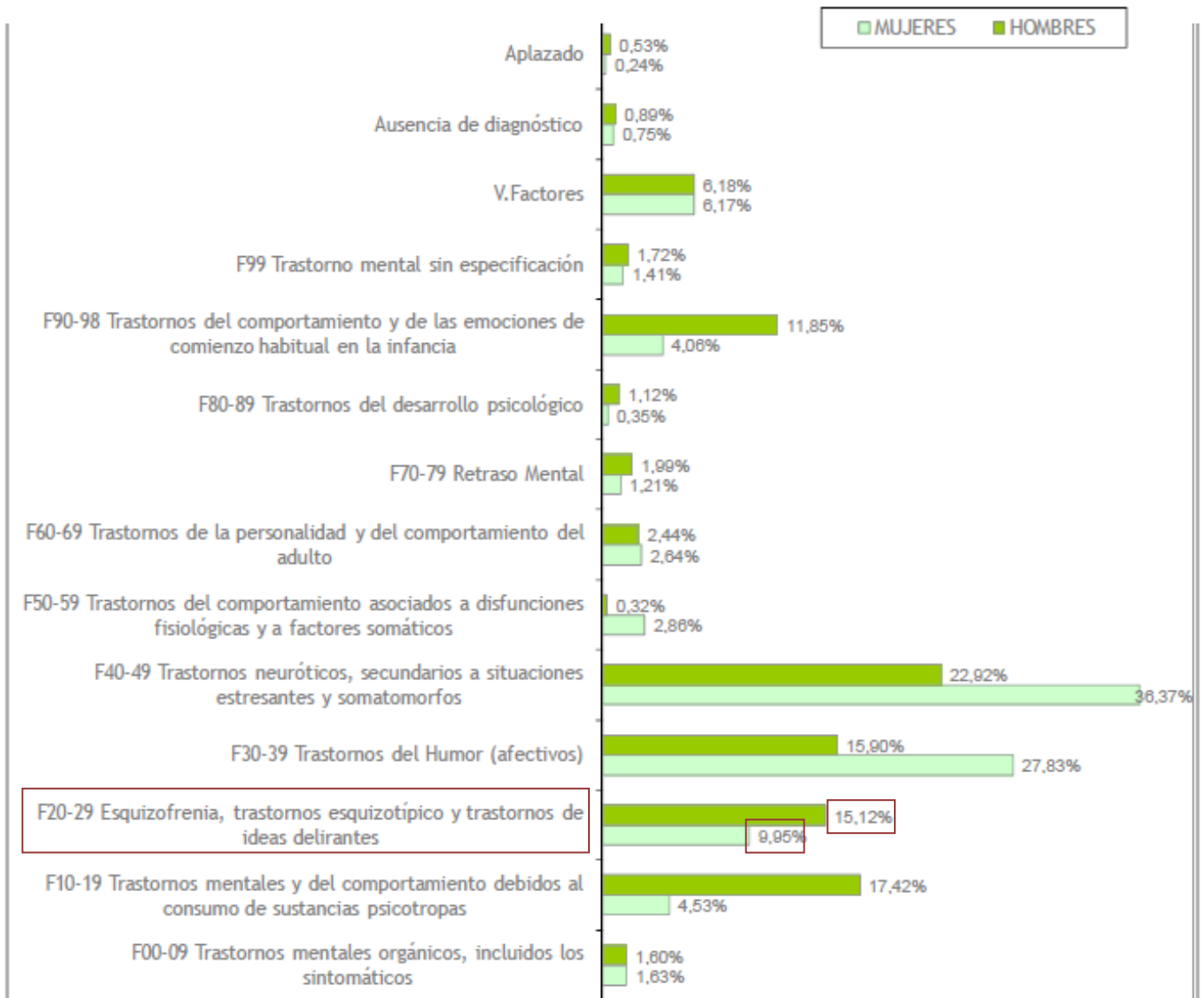


Gráfico 4: Pacientes atendidos en los Centros de Salud Mental de Navarra por sexo y categoría diagnóstica (año 2009) ⁽¹⁾.

El *gráfico 5*, a diferencia del gráfico anterior, muestra el porcentaje de ingresos en Unidades de Hospitalización Psiquiátrica (UHP) del Complejo Hospitalario de Navarra en el año 2009. Se observa que tanto hombres y mujeres diagnosticados de esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos de ideas delirantes tienen un mayor porcentaje de ingreso que el resto de los trastornos mentales que aparecen en el gráfico.

Al igual que en el gráfico 4, en éste también se observa que son los hombres los que con mayor frecuencia ingresan, en comparación con las mujeres (41,48% frente a 35,27%).

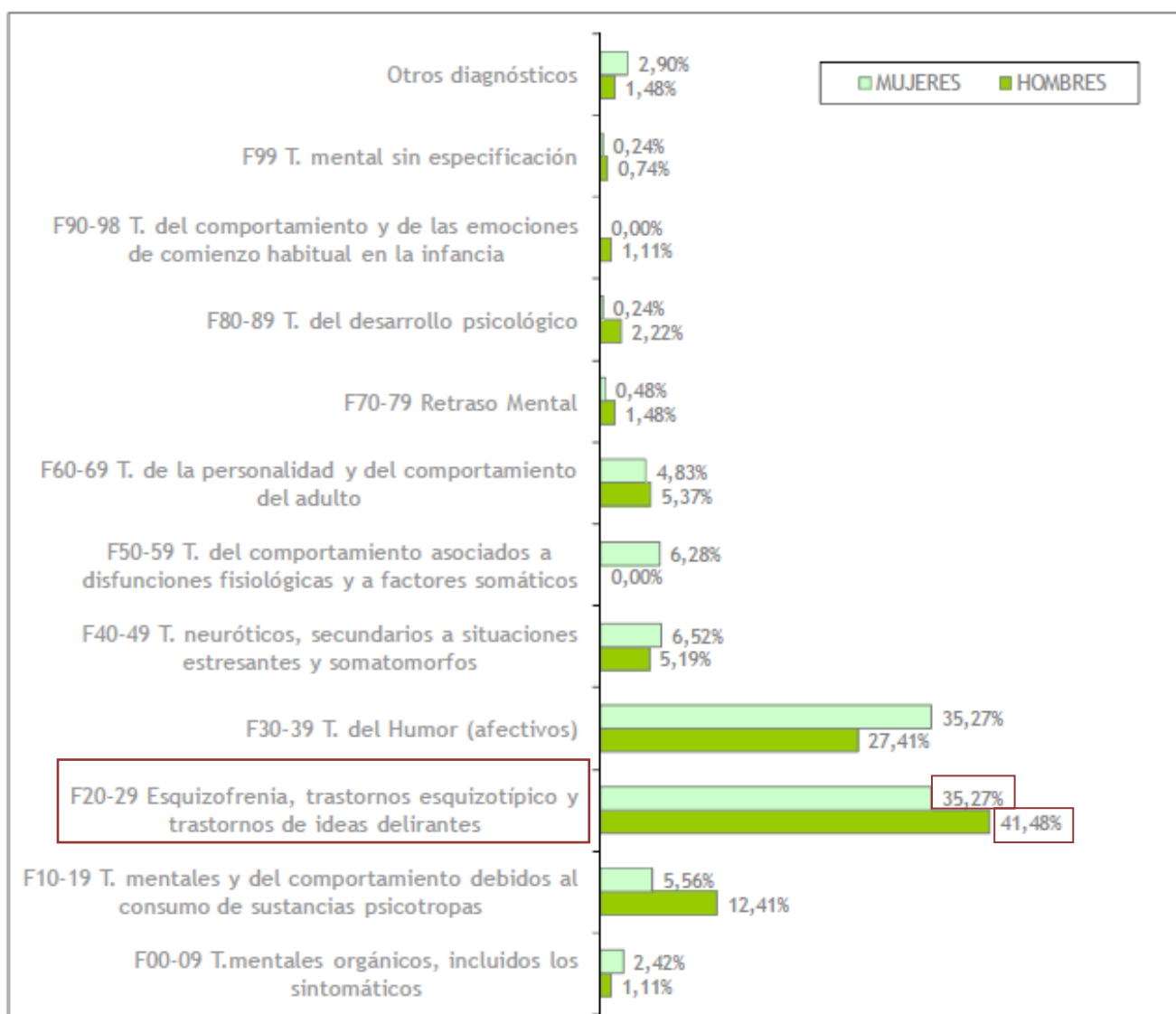


Gráfico 5: Ingresos en Unidad de Hospitalización Psiquiátrica del Complejo Hospitalario de Navarra por sexo y categoría diagnóstica (año 2009) ⁽¹⁾.

1.4 CARTERA DE SERVICIOS PARA PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL

Las Carteras de Servicios se crean para informar de los servicios que tienen encomendados los órganos administrativos, unidades y centros, así como sobre los derechos de la ciudadanía y usuarios en relación con ellos.

La finalidad de las Carteras de Servicios no es sólo establecer o reconocer nuevos derechos o servicios, sino también fijar determinados niveles de calidad en la prestación de servicios previamente existentes, con el compromiso público de prestarlos en unas condiciones predeterminadas y con unos indicadores o estándares ponderables sobre la calidad del servicio que va a recibir el ciudadano.

Se consideran prestaciones de atención sanitaria del Sistema Nacional de Salud, los servicios o conjunto de servicios preventivos, diagnósticos, terapéuticos, de rehabilitación y de promoción y mantenimiento de la salud.

En la siguiente tabla (*tabla 4*) se muestran las diversas actividades en relación a la salud mental que se realizan tanto en Atención Primaria como en Atención Especializada ⁽¹⁾.

Tabla 4: Cartera de servicios en salud mental del Sistema Nacional de Salud ⁽¹⁾.

Atención Primaria (en coordinación con los servicios de Atención Especializada)	Atención especializada en salud mental
<ol style="list-style-type: none"> 1. Actividades de prevención y promoción, consejo y apoyo para el mantenimiento de la salud mental en las distintas etapas del ciclo vital. 2. Detección, diagnóstico y tratamiento de trastornos adaptativos, por ansiedad y depresivos, con derivación a los servicios de salud mental en caso de quedar superada la capacidad de resolución del nivel de Atención Primaria. 3. Detección de conductas adictivas, de trastornos del comportamiento y de otros trastornos mentales y de reagudizaciones en trastornos ya conocidos, y, en su caso, su derivación a los servicios de salud mental. 4. Detección de psicopatologías de la infancia/adolescencia, y derivación, al servicio especializado correspondiente. 5. Seguimiento, de forma coordinada con los servicios de salud mental y servicios sociales, de las personas con trastorno mental grave y prolongado. 	<p>Comprende el diagnóstico y seguimiento clínico de los trastornos mentales, la psicofarmacoterapia, las psicoterapias individuales, de grupo o familiares, la terapia electroconvulsiva y, en su caso, la hospitalización.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Actuaciones preventivas y de promoción de la salud mental en coordinación con otros recursos sanitarios y no sanitarios. 2. Diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales agudos y de las reagudizaciones de trastornos mentales crónicos. 3. Diagnóstico y tratamiento de conductas adictivas. 4. Diagnóstico y tratamiento de los trastornos psicopatológicos de la infancia/adolescencia (autismo, anorexia/bulimia, TDAH) comprendiendo el tratamiento ambulatorio, las intervenciones psicoterapéuticas en hospital de día, la hospitalización cuando se precise y el refuerzo de las conductas saludables.

- | | |
|--|--|
| | <ol style="list-style-type: none">5. Atención a los trastornos de salud mental derivados de las situaciones de riesgo o exclusión social.6. Información y asesoramiento a las personas vinculadas al paciente, especialmente al cuidador/a principal. |
|--|--|

1.5 JUSTIFICACIÓN PERSONAL

Las prácticas realizadas en el área de la Salud Mental, más en concreto en el Centro de Salud Mental del Casco Viejo de Pamplona durante el séptimo semestre del Grado en Enfermería de la Universidad Pública de Navarra (UPNA), me han llevado a realizar este trabajo sobre la estigmatización de los pacientes con enfermedad mental, y especialmente de los pacientes diagnosticados de esquizofrenia.

Durante dichas prácticas, he tenido la oportunidad de conocer realmente el perfil del paciente mental y de esta manera cambiar mi percepción sobre esta enfermedad, ya que anteriormente estaba influenciada por cómo la sociedad ve a este grupo de personas y cómo los medios de comunicación interfieren en este aspecto.

Pero lo que más me ha empujado a desarrollar este trabajo han sido situaciones en las que los propios pacientes decían sentirse rechazados por la sociedad, o que incluso ocultaban su enfermedad a su entorno más próximo por miedo a ser rechazados.

El paso por esta unidad de prácticas ha hecho que me enriquezca como persona y que pueda observar la realidad desde otra perspectiva, dejando de lado mis prejuicios, y de esta manera ofrecer una atención integral a estas personas.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo principal:

Diseñar un plan de Educación para la Salud (EpS) para reducir la estigmatización que sufren las personas diagnosticadas de esquizofrenia.

2.2 Objetivos específicos:

- Identificar los estigmas existentes en torno a la enfermedad mental.
- Identificar cómo el estigma social afecta a las personas diagnosticadas de esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, así como a su entorno.
- Describir cuáles son las estrategias de lucha contra el estigma.
- Elaborar los contenidos para educar a familiares y amigos sobre la esquizofrenia, con el fin de integrar conocimientos sobre la salud mental en este grupo y de este modo poder reducir el estigma.

3. METODOLOGÍA

En primer lugar, para la identificación de los estigmas existentes en torno a la enfermedad mental, así como para conocer cómo el estigma afecta a las personas diagnosticadas de esquizofrenia e identificar cuáles son las estrategias contra el estigma, se procede a la búsqueda bibliográfica de diferentes fuentes de información. De esta manera, se obtendrán los conocimientos suficientes acerca del tema, para después aportar conocimientos en los talleres que se van a realizar.

3.1 BÚSQUEDA DE LA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Para la búsqueda de la bibliografía se ha consultado la base de datos Dialnet, y posteriormente se ha accedido a la literatura científica, obtenida de los libros científicos de la biblioteca de la Facultad de Ciencias de la Salud de Pamplona, perteneciente a la Universidad Pública de Navarra.

Para que la búsqueda haya sido más concreta, las palabras clave utilizadas en el buscador han sido salud mental, estigma, campañas antiestigma y educación.

También se ha consultado Google académico y páginas webs de diferentes asociaciones para personas con problemas mentales y se han seleccionado los artículos más actuales acerca del tema y aquellas cuya información era veraz. Junto con esto, se ha procedido a la consulta del Plan Estratégico de Salud Mental de Navarra 2012-2016.

Decir que parte de la revisión bibliográfica se ha realizado en inglés, por tanto, las palabras clave utilizadas han sido “Schizophrenia” y “Stigma”.

Y en segundo lugar, se van a elaborar los contenidos para educar tanto a los individuos afectados, así como a familiares y amigos acerca de la esquizofrenia y el estigma, con el fin de que ésta se reduzca. Para ello, se realizará un plan de Educación para la Salud, teniendo como referencia el Manual de Educación para la Salud para profesionales, en concreto realizando un diseño de taller individual y otro grupal.

3.2 PLAN DE ACTUACIÓN-EDUCACIÓN PARA LA SALUD

El plan de Educación para la Salud que se va a desarrollar con el objetivo de reducir el estigma hacia las personas diagnosticadas de esquizofrenia, va a ir dirigida en primer lugar a mujeres y hombres de cualquier edad, diagnosticadas de esquizofrenia y que se encuentren en la fase estable de la misma. En estas primeras sesiones, se abordarán las emociones, los sentimientos de estas personas, en relación al trastorno mental y al estigma existente en la sociedad. Y en segundo lugar, se realizarán sesiones donde familiares y amigos interesados en el tema participen conjuntamente con los pacientes, ya que la mejor manera de reducir el estigma es el contacto directo con las personas que padecen una enfermedad mental.

3.2.1 Modelo comunitario

El programa de Educación para la Salud, se va a basar en el **modelo comunitario**, en el que el objetivo es educar a las personas participantes. A través de técnicas participativas, tanto individuales como grupales, el profesional sanitario ejercerá un rol de ayuda y de apoyo. Así mismo, el asesoramiento que se ofrezca se proporcionará de forma programada, es decir, diversas sesiones donde se abordarán diferentes cuestiones.

Para poder llevar a cabo un programa de educación, los profesionales sanitarios que lo dirijan deben tener una serie de habilidades. Por un lado, se encuentran las habilidades generales, en el cual se incluyen:⁽⁸⁾

- Escucha activa
- Empatía
- Asertividad
- Autocontrol emocional
- Manejo de conflictos
- Utilización de un lenguaje adecuado, sin utilizar tecnicismos

Por otro lado, destacan las habilidades específicas:⁽⁸⁾

- Ser capaz de reforzar positivamente los puntos fuertes de cada persona
- Conducir grupos
- Manejar discusiones
- Ser capaz de utilizar los “mensajes yo”: “me gustaría que...”

En relación a las técnicas que se van a utilizar en cada una de las sesiones programadas van a ser las siguientes:⁽⁸⁾

- Acogida: se trata del conjunto de conductas verbales y no verbales (posición y movimientos del cuerpo, expresión del rostro, saludo inicial, etc.) que transmiten a la persona o grupo interés, confianza y calidez humana.
- Presentación: se refiere a la presentación de los profesionales que van a impartir las sesiones, así como la presentación de cada integrante del grupo.
- Contrato: los contenidos a desarrollar en cada sesión serán pactados conjuntamente con las personas participantes. De esta manera, se abordarán los aspectos más importantes para ellos, y se conseguirá que la relación entre profesionales y personas participantes sea más cercana.
- Despedida: se trata de resumir y evaluar los aprendizajes logrados y positivizar las experiencias desarrolladas y de despedirse.

3.2.1 Información y participación

¿Qué hacer para que tanto las personas diagnosticadas de esquizofrenia como sus familiares y entorno más cercano sepa que se van a realizar los talleres educativos?

La metodología que se va a utilizar va a ser tanto unidireccional (cartel, folletos, diapositivas) como bidireccional (exposición, discusión en grupo). Para que los usuarios del Centro de Salud Mental sepan que se van a organizar estas sesiones educativas, se les informará directamente, o bien cuando acudan a consulta o bien llamándoles por teléfono. Como los talleres están abiertas no solo a los pacientes del Centro de Salud Mental donde se va a llevar a cabo, los profesionales sanitarios de este centro se pondrán en contacto con el resto de profesionales de otros centros. El Centro de Salud Mental del Casco Viejo de Pamplona, que es donde se van a realizar los talleres educativos, abarca las zonas básicas de Altsasu, Etxarri-Aranatz, Irurtzun, Leitza y Azpilagaña ⁽¹⁶⁾; por lo que pacientes de cualquiera de estas zonas podrán acudir.

También se colocarán carteles (*ver anexo 1*) en el Centro de Salud del Casco Viejo y en algunos comercios de la comarca de Pamplona. Así mismo, se pondrá un anuncio en la prensa local (*ver anexo 2*) los días previos a la implantación del programa.

Mencionar que se elaborarán unos folletos informativos titulado “*Conociendo la Salud Mental*”, para proporcionar información adicional a las personas que asistan al programa. De igual forma, en los talleres individuales se proporcionará un folleto llamado “*El estrés*”.

3.2.2 Tipos de intervención

Los tipos de intervención que se van a realizar van a ser tanto individuales como grupales. La educación individual consiste en una serie organizada de consultas educativas programadas y pactadas entre el profesional sanitario (en este caso la enfermera) y el usuario, y estarán dirigidas a las personas diagnosticadas de esquizofrenia. De esta manera, se pretende que las personas puedan expresar libremente sus sentimientos, emociones, etc., partiendo de las necesidades de cada uno de ellos. Los objetivos que se quieran conseguir a través de la educación individual deben ser pactados con el paciente, como ya se ha dicho anteriormente, en base a sus necesidades y preocupaciones. El planteamiento de los mismos tiene que ser gradual, es decir, se tienen que priorizar los objetivos, para ir alcanzando los mismos de manera progresiva. Es muy importante que los objetivos formulados sean objetivos a corto plazo, para que el paciente vea que se van cumpliendo, y de esta manera aumente su motivación.

Tras la asimilación de conocimientos por parte de las personas afectadas por la esquizofrenia, se realizará la educación grupal, en el cual se va a reunir a las personas con este trastorno mental, a sus familiares y a su entorno más próximo, como los amigos. De esta manera, por un lado se facilita la comunicación interpersonal, donde las personas con esquizofrenia pueden ayudarse mutuamente, y por otro se pretende que tanto los familiares como los amigos comprendan más esta enfermedad y puedan ser una fuente de apoyo para sus allegados.

3.2.3 Principios bioéticos

Es importante mencionar que este trabajo contempla los cuatro principios fundamentales de la bioética: el principio de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia. Es decir, mediante la implantación de los talleres educativos no se produce ningún daño a los asistentes, sino que lo que se pretende es que los pacientes se sientan mejor y aprendan a afrontar las situaciones difíciles en relación al estigma. Además, cada persona es libre de elegir si acude a los talleres educativos o no. De igual forma, no se va a discriminar a ninguna persona por su condición física ni mental.

Así mismo, se mantendrá confidencial toda la información que tenga que ver con las personas participantes (tanto pacientes como familiares y amigos) y se tratará con respeto a cada uno de ellos.

4. RESULTADOS- PROPUESTA DE MEJORA

4.1 EL ESTIGMA EN SALUD MENTAL

4.1.1 ¿Qué es el estigma?

En la Edad Media el término estigma significaba difamación o acusación pública de un criminal (que en ocasiones implicaba marcar a un individuo con un hierro candente u otros procedimientos), de tal forma que todos pudiesen reconocerle⁽⁹⁾.

Actualmente, este término se emplea en el ámbito de la salud para indicar ciertos diagnósticos, como por ejemplo el SIDA, las enfermedades mentales, etc., que despiertan prejuicios contra las personas⁽⁹⁾.

Erving Goffman (*sociólogo*) refiere que el estigma se entiende como un atributo negativo que se coloca a las personas, quienes a su vez y en virtud de su diferencia son valorados negativamente por la sociedad ⁽⁸⁾.



Figura 6: Persona marcada por la sociedad.

4.1.2 El estigma en salud mental

El estigma de la enfermedad mental nace de una mentalidad proclive de encerrar al “loco” y alejarlo del resto de las personas. “A los locos se les encierra y se les muestra en jaulas”. Cabe mencionar que la “locura” se representaba con un embudo en la cabeza, tal y como se muestra en la *figura 7*⁽⁸⁾.



Figura 7: Enfermo mental con embudo en la cabeza.

Pero con la Ley General de Sanidad, del 25 de Abril de 1986, la asistencia psiquiátrica se integra en el Sistema Nacional de Salud y se inicia la asistencia de los enfermos mentales, y de esta manera el “loco” pasa a ser un ciudadano ⁽⁸⁾.

Sin embargo, en la actualidad, dentro del área de la salud y medicina, existen diversos colectivos que se encuentran estigmatizados o señalados por la sociedad, y entre ellos se encuentra el grupo de población que padece de alguna enfermedad mental. Es por ello que las personas con enfermedad mental deben afrontar una doble dificultad para recuperarse: en primer lugar la enfermedad en sí, y en un segundo pero no menospreciado lugar, los prejuicios y discriminaciones que recibe por padecerla, haciendo de estas personas seres marcados y rechazados.

Basta un acto violento especialmente grave o extraño, cometido por una persona etiquetada de enfermo mental, para que las ideas tradicionales vuelvan a emerger, incluso en situaciones en que parecían estar en retroceso. Además, en los casos en los que se producen realmente actos violentos, éstos provienen de sólo una mínima parte de las personas diagnosticadas de esquizofrenia o psicosis –menos del 5% de las mismas presentan episodios graves de violencia-. Por lo que es fundamental tomar iniciativas que aumenten el conocimiento de la enfermedad mental y ayuden a reducir el estigma y la marginación a las personas que sufren estos trastornos ⁽¹⁰⁾.

4.1.3 ¿Qué dicen las personas que es el estigma?

A continuación se muestran algunas palabras y frases con las que las propias personas con enfermedad mental, sus familiares y profesionales definen el estigma: ⁽¹¹⁾

- “El peso social que cae encima de determinadas personas y que dificulta que tenga oportunidades”.
- “Una marca negativa”.
- “Estar condicionados por lo que otros piensan y dicen”.
- “Considerar que la persona es imprevisible, y esto se asocia a que pueden hacer cualquier cosa en cualquier momento, no son dueños de sus actos”.
- “Discriminación”.
- “Rechazo, marginación”.
- “Se nos ve como amenaza, peligrosos”.

Algunas de las aportaciones literales de las personas participantes en el estudio realizado por la Federación de Euskadi de Asociaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEDEAFES) en el año 2013:⁽¹¹⁾

- “El resto de la gente no nos ve como personas, su mirada y comportamiento están condicionados, viendo la enfermedad mental antes que a la persona” (familiar).
- A mí me dijo una amiga que la gente le decía: ¿cómo puedes andar con una loca como esta?” (persona con enfermedad mental).
- “La gente piensa que somos peligrosos y no lo somos” (persona con enfermedad mental).
- “Cuando conoces a la persona, es cuando le quitas todas las etiquetas” (profesionales).

La tabla que se muestra a continuación (*tabla 5*) refleja algunos de los mitos en relación a la enfermedad mental.

Tabla 5: Mitos y realidades sobre las enfermedades mentales ⁽⁴⁾.

<u>MITO</u>	<u>REALIDAD</u>
La enfermedad mental... “es un castigo o culpa de la persona o los familiares”, “es hereditaria”, “es contagiosa”.	La enfermedad mental se debe a un conjunto de factores biológicos, psicológicos y sociales, y en ningún caso es culpa de la propia persona o de su familia.
“Las personas con enfermedad mental no pueden convivir con el resto”.	El 88% de las personas con enfermedad mental vive con sus familias. Estos trastornos no tienen por qué impedir una vida normalizada y deben atenderse dentro del entorno habitual de la persona.
“Las personas con enfermedad mental son violentas”.	La enfermedad mental no provoca actitudes violentas. Sólo el 3% de las personas con enfermedad mental comete actos violentos por culpa de su enfermedad, cuando no reciben el tratamiento adecuado.

El estigma social hacia las personas con trastorno mental grave tiene consecuencias a muchos niveles: personal, familiar e incluso sobre los propios servicios y profesionales de salud mental. Y todo ello, nos conduce a una discriminación hacia estas personas como consecuencia directa del estigma; en diversas sociedades se constata la discriminación en el acceso a la vivienda, al empleo, así como a distintos tipos de relaciones sociales significativas: pareja, redes sociales, etc. ⁽¹⁰⁾.

Los estudios publicados muestran que muchas de las personas con trastorno mental grave, viven las opiniones y sentimientos públicos de manera contradictoria y habitualmente negativa. La autoestigmatización conduce a una real desmoralización, con sentimientos de vergüenza y disminución de la autoestima, favoreciendo el aislamiento y dificultando la petición de ayuda. Y ello, además de constituirse en un factor de estrés, aumenta el riesgo de recaídas e incluso de suicidio ⁽¹⁰⁾.

Gran parte del sufrimiento que padecen estas personas tiene su origen en el rechazo, la marginación y el desprecio social que tienen que soportar, y no en la enfermedad en sí misma. Como consecuencia de ello, el estigma impide la total recuperación del enfermo y le mantiene aislado de su enfermedad⁽¹²⁾.

El estigma en salud mental se divide en estigma público y el autoestigma, tal y como se muestra en la *tabla 6*. Vivir continuamente en una sociedad que ampliamente asigna ideas estigmatizadoras sobre las personas con enfermedad mental, puede llevar a éstos a internalizar esas ideas y a creer que son menos valiosos que el resto de personas por tener un trastorno mental⁽⁹⁾.

Tabla 6: Componentes cognitivos, emocionales y conductuales relacionados con el «estigma público» y el «auto-estigma» en personas con enfermedad mental ⁽¹⁰⁾.

	ESTIGMA PÚBLICO	AUTOESTIGMA
Estereotipo	Creencias negativas sobre un grupo (ej.: peligrosidad).	La persona afectada acepta el estereotipo y genera creencias negativas sobre sí mismo.
Prejuicio	Conformidad con las creencias y/o reacciones emocionales (miedo, cólera).	Conformidad con las creencias y/o reacciones emocionales (baja autoestima, desconfianza sobre la propia capacidad, vergüenza).
Discriminación	Comportamiento en respuesta al prejuicio (rechazo hacia ese grupo).	Comportamiento en respuesta al prejuicio (falta de aprovechamiento de oportunidades de empleo, rechazo a buscar ayuda).

Un aspecto importante del autoestigma es que puede hacer que la persona anticipe el rechazo, incluso cuando éste aún no se ha producido. Los estereotipos acerca de la enfermedad mental son asimilados por las personas afectadas y por sus familias antes de la aparición de la enfermedad, y cobran relevancia en el momento en que surgen los primeros síntomas. Esta anticipación del rechazo se denomina estigma percibido o anticipado. Este tipo de estigma se diferencia del estigma experimentado, es decir, de las experiencias estigmatizadoras vividas del rechazo, la discriminación, etc. ⁽¹⁰⁾.

La sociedad en general, infiere que una persona tiene una enfermedad mental a partir de cuatro tipos de signos y tiende a reaccionar de forma estigmatizadora ante ellos (Corrigan, 2000):

Tabla 7: Signos de la enfermedad mental que hacen que los pacientes sean estigmatizados ⁽¹⁰⁾.

Síntomas psiquiátricos	Déficits en habilidades sociales	Apariencia física	Etiquetas
Comportamientos extraños. Irregularidad en el lenguaje.	Déficit en el contacto visual. Dificultad para relacionarse con otras personas.	Higiene personal descuidada.	Las personas diagnosticadas de una enfermedad mental son víctimas del estigma asociado a la enfermedad mental.

Los tres primeros tipos de signos de enfermedad mental (*síntomas psiquiátricos, déficits en habilidades sociales y apariencia física*) pueden conducir a falsos negativos. Es decir, si la persona afectada es capaz de esconderlos, nadie sabe que tiene una enfermedad mental. Por ello, el concepto clave es el último; las etiquetas pueden obtenerse por asignación por parte de otros (diagnóstico psiquiátrico), por autodesignación o por asociación (ej.: ver a una persona salir de una consulta de psiquiatría)⁽¹⁰⁾.

Es importante tener en cuenta que el estigma no sólo afecta a las personas con una enfermedad mental, sino también a aquellos que se encuentran estrechamente relacionados con ella. A este fenómeno se le denomina estigma por asociación, que afecta fundamentalmente a las familias⁽¹⁰⁾.

4.1.4 Tipos de estigma

Estigma físico

El estigma físico puede comprender desde el aislamiento hasta la violencia hacia la persona afectada. Puede ocurrir en diversos lugares, como el domicilio familiar, trabajo, escuela, contexto sanitario, etc. ⁽⁸⁾.

Estigma verbal

En el estigma verbal se incluyen las expresiones de cotilleos, especulaciones, comentarios negativos hacia la persona como insultos, burlas, expresiones de vergüenza, culpabilidad, etc. ⁽⁸⁾.

Estigma social

Tal y como se ha mencionado anteriormente, las personas con algún tipo de enfermedad mental sufre las continuas estigmatizaciones de la sociedad. Entre ellos, se encuentra el aislamiento social, que implica las reducciones en las interacciones diarias con la familia y la comunidad, exclusión y evitación de eventos familiares y comunitarios o pérdida de redes sociales (grupo de amigos por ejemplo) ⁽⁸⁾.

Así mismo, el estigma social hace que se dé una pérdida de identidad y de rol, ya que la visión que la sociedad tiene de ellos es de personas sin futuro, de considerarles miembros no productivos de la sociedad, como “desviados sociales”, así como la pérdida de los derechos a tomar decisiones sobre sus vidas o de la pérdida de oportunidades de casarse y formar una familia⁽⁸⁾.

Estigma institucional

El estigma institucional se refiere a la pérdida del empleo, dificultades de acceso a la vivienda, trato discriminatorio en el ámbito sanitario, mensajes en los medios de comunicación que denigran y alimentan una imagen negativa, etc. ⁽⁸⁾.

¿Qué sucede cuando una persona admite que padece o padeció esquizofrenia, o incluso que todavía está en tratamiento? Habitualmente, la gente se retrae; una alarma interior se activa. En ese momento es cuando surgen todos los prejuicios y reservas asociados a la palabra “esquizofrenia”: ser impredecible, peligrosidad, agresividad, desconfianza, pensamiento confuso, etc. ⁽¹³⁾.

“Soy esquizofrénico; busco trabajo”. ¿Y qué ocurre cuando una persona con esquizofrenia solicita un puesto de trabajo? Si oculta el diagnóstico, comete fraude contractual, y si posteriormente se descubre, puede costarle el trabajo. Pero si menciona su diagnóstico, con toda probabilidad no llegará a obtener el *trabajo*⁽¹³⁾.

Para los pacientes con enfermedades mentales, encontrar gente fuera del reducido círculo familiar en quien poder confiar sin miedo a abusos o rechazos se convierte en uno de los retos sociales más difíciles ⁽¹³⁾.

4.1.5 ¿Cómo se crea el estigma?

El estigma en salud mental se crea a partir de los diferentes colectivos de la sociedad.

Por un lado, se encuentra el **estigma familiar**, es decir, cuando la estigmatización que se asocia con la enfermedad mental procede de los familiares, quienes a su vez la reciben de la sociedad: *“Nos da vergüenza que lo vean los vecinos”, “Nos da vergüenza que la gente nos vea con él/ella”*⁽¹⁴⁾.

Los trastornos mentales graves, a menudo generan una importante carga familiar. La persona cuidadora puede padecer sentimientos de pérdida, restricciones sustanciales de su vida social y pérdida de oportunidades laborales. Además, la culpabilidad con la que cargan algunos padres es el resultado de un concepto erróneo por el que se cree que la enfermedad mental es el resultado de una mala educación ⁽¹⁴⁾.

De todos es conocido el gran poder que ejercen los **medios de comunicación** para influir en la percepción de la realidad de toda la sociedad, en su forma de ver e interpretar el mundo que nos rodea. Por esto es importante analizar la imagen que los medios transmiten de la salud mental y en particular de las personas afectadas por un trastorno mental⁽⁴⁾.

Titulares como *“Un esquizofrénico desata el terror en una escuela al asesinar a puñaladas a ocho niños”* o *“Un guardia civil reduce a tiros a un enfermo de esquizofrenia”* son muy frecuentes en la sociedad actual. Es por ello que los medios de comunicación, de forma “inconsciente” y como parte de la realidad que son, poseen una gran influencia en cuanto a la estigmatización de los enfermos mentales, ya que a menudo perpetúan las falsas creencias y los estereotipos, que a su vez actúan directamente sobre las personas con enfermedad mental y sus familiares, y refuerzan las concepciones negativas que tiene la sociedad sobre ellos.

La omisión de cierta información hace que la noticia esté sesgada, con lo que se mantienen los prejuicios. Por ejemplo, no se suele profundizar en el estado de la persona con enfermedad mental (si estaba siguiendo algún tratamiento, o cuál era su situación personal)⁽⁴⁾.

Este tipo de noticias hace que perduren ideas como que las personas con enfermedad mental son violentas, agresivas y peligrosas, y que actúan de forma irracional ⁽⁴⁾.

En otros casos se confunden las causas reales de una agresión o conducta violenta relegándola a un problema psiquiátrico, cuando puede deberse a problemas socioeconómicos, violencia de género, educacionales, etc. ⁽⁴⁾.

4.1.6 ¿Por qué se crea el estigma?

Entre las causas que se consideran que provocan la situación de estigma social destacan las siguientes:

- La falta de información sobre lo que es la enfermedad mental.
- Nuestra tendencia como sociedad, para señalar con el dedo a quien parece “inicialmente diferente a la mayoría dominante”.
- El miedo: el desconocimiento de la enfermedad mental, junto con la percepción de que las personas que la padecen son peligrosas e impredecibles.

4.1.7 Cine y literatura

Novelas y películas contribuyen a configurar la percepción sobre las personas con enfermedad mental. En algunos casos son negativas al caer en estereotipos y tópicos cargados de prejuicios. Pero en muchos otros reflejan con realismo la enfermedad mental y pueden ayudar a reducir el estigma⁽¹⁴⁾.

A continuación se mencionan algunas de las películas en las cuales los protagonistas padecen una enfermedad mental: “La locura del Rey Jorge”, “El lado bueno de las cosas”, “Una mente maravillosa”⁽¹⁴⁾ y “People say I’m crazy” (ver Anexo 10).

La actual serie de Telecinco “La que se avecina” se ha convertido en un claro ejemplo de medio de comunicación que alimenta el estigma que sufren cada día estas personas. La Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Enfermos Mentales (FEAFES) afirma que se han repetido constantemente las escenas en las que se ha llevado hasta el extremo y el ridículo las situaciones protagonizadas por el personaje, diagnosticado con una enfermedad mental. Situaciones en las que comete actos violentos, se autolesiona, se ofrece sexualmente a cualquier persona, insulta, etc. Unas escenas que no hacen más que potenciar una visión distorsionada y denigrante de las personas con enfermedad mental⁽¹⁵⁾.

FEAFES insiste en que la serie ofrece una imagen cruel e injusta que se proyecta de las personas que tienen una enfermedad mental, e insiste que a través de la serie, hacen ver que se trata de personas perturbadas, peligrosas, impredecibles, temidos por el resto y que se convierten en un blanco fácil para la burla y la discriminación⁽¹⁵⁾.

Finalmente, mencionar que incluso los propios profesionales de salud, a menudo muestran actitudes similares hacia los pacientes, atendiendo a la patología y no a la persona que la presenta: “Este paciente es esquizofrénico”, en lugar de decir “Este paciente tiene esquizofrenia”. Por tanto, nosotros, como profesionales de salud, debemos comenzar a combatir este tema desde dentro, evitando términos como “esquizofrénico”, “maníaco”, “loco” o “depresivo”, puesto que se trata de una etiquetación en la que se anula a la propia persona.

4.1.8 Adolescencia y estigma

Los problemas de salud mental aquejan a una parte importante de población adolescente y sin embargo, un porcentaje cada vez mayor no recibe la atención adecuada. Esto se debe principalmente a la conciencia del estigma ligado a la enfermedad mental y al miedo al rechazo de su grupo de iguales. Por tanto, podemos decir que las actitudes negativas hacia la enfermedad mental son ya visibles en la etapa adolescente, incluso en la infancia⁽¹⁴⁾.

Diversos estudios en los últimos años muestran que la población adolescente encuentran a las personas con algún tipo de enfermedad mental menos atractivas que otras personas con otras discapacidades, y muestran una mayor distancia social hacia ellas. A menudo las consideran indeseables y que deben ser evitadas, describiéndolas con características más negativas que otros colectivos⁽¹⁴⁾.

Los estudios realizados hasta ahora, muestran que las mujeres tienen actitudes menos estigmatizantes que los hombres, y que las creencias sobre peligrosidad e impredecibilidad aumentan con la edad⁽¹⁴⁾.

4.1.9 Conclusiones sacadas de las investigaciones realizadas acerca del estigma en las enfermedades mentales

El estudio sobre el estigma en familiares de personas con enfermedad mental (Magliano, De Rosa, Fiorillo, Malangone, Guarneri et al., 2004), muestra que el 56% de los familiares creían que las personas con esquizofrenia eran igual de capaz que el resto de las personas para trabajar. Un 43% opinaba que se podía hacer poco por estos pacientes, y el 35% creía que estas personas eran impredecibles⁽⁹⁾.

Y en relación a los derechos civiles, los porcentajes sacados del estudio son alarmantes: el 32% de los familiares consideraba que las personas con esquizofrenia no deberían votar, el 71% que no deberían casarse y el 49% que no deberían tener hijos⁽⁹⁾.

Este estudio es un claro ejemplo sobre cómo la sociedad percibe a las personas con un trastorno mental, por lo que conviene actuar rápidamente en este ámbito, para intentar solventar esta situación.

La Federación de Euskadi de Asociaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEDEAFES), realizó un estudio en el año 2013 sobre la realidad del estigma social entre las personas con enfermedad mental en Euskadi. El objetivo de este estudio basado en la reflexión de cerca de 200 personas, entre afectados y profesionales de diversos sectores, es avanzar en la inclusión social y participación normalizada en la comunidad de las personas con problemas de salud mental. Se trata de un estudio dirigido a evidenciar las consecuencias e implicaciones que el estigma social tiene en la vida diaria de las personas con enfermedad mental y sus familias, en sus distintas dimensiones de calidad de vida y en todos los ámbitos de participación y desarrollo en la comunidad, aportando propuestas de actuación para superar esta situación⁽¹¹⁾.

4.2 ¿QUÉ SUPONE PARA LAS PERSONAS EL ESTIGMA EN SU DÍA A DÍA?

Tabla 8: Sentimientos que provoca el estigma en los diferentes ámbitos de la vida de las personas ⁽¹¹⁾.

Para la propia PERSONA con enfermedad mental	Para la FAMILIA	En la VIDA RELACIONAL-AFECTIVA
<ul style="list-style-type: none"> • Soledad • Sufrimiento • Tristeza • No poder desempeñar lo que uno quiere por el estigma de la sociedad y por el propio autoestigma • Autovaloración negativa • Vergüenza • Marginación 	<ul style="list-style-type: none"> • Sufrimiento <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>“Me ha dicho la vecina ¿tú ya sabes que ese hijo te puede matar?” (familiar).</i> ▪ <i>“Con mi hijo hay gente que no quiere subir en el ascensor” (familiar).</i> • Rechazo <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>“Mi marido, después de 20 años, aún sigue sin aceptar lo que le pasa a su hijo, no viene a la Asociación” (familiar).</i> • Culpabilidad <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>“Me ha costado mucho darme cuenta y asumir que yo no tengo la culpa de la enfermedad de mi hijo” (familiar).</i> • Vergüenza 	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultad para encontrar pareja • Dificultad para mantener los amigos <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>“Yo me he quedado sin amigos” (persona con enfermedad mental).</i>
En el ámbito de la SALUD	En el ámbito del EMPLEO	En la SOCIEDAD en general
<ul style="list-style-type: none"> • Se achacan las dolencias de la persona a la enfermedad mental <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>“Mi hija ha ido al médico por una tortícolis y no le han hecho caso por la enfermedad y esto le ha hecho mucho daño”. (familiar)</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultades para mantener el empleo <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>“Los medicamentos, por los efectos secundarios, nos hacen difícil también trabajar” (persona con enfermedad mental).</i> • Dificultades para encontrar trabajo <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>“Yo en una entrevista de trabajo no lo diría” (persona con enfermedad mental).</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Desconocimiento • Miedo • Rechazo

En los MEDIOS DE COMUNICACIÓN

- *“Los medios de comunicación resaltan que es esquizofrénico el que ha hecho algo, como justificando que es por eso” (persona con enfermedad mental).*
- *“Se van aclarando mensajes, pero “en la letra pequeña”, no en titulares, que es lo que suele leer la mayoría de la gente” (familiar).*

4.3 ¿QUÉ PODEMOS HACER PARA HACER FRENTE AL ESTIGMA HACIA LAS PERSONAS CON ENFERMEDADES MENTALES?

Existen distintas estrategias para hacer frente al estigma:

4.3.1 Actividades de protesta

Consisten en acciones de protesta dirigidas hacia cualquier suceso estigmatizante, como por ejemplo series de televisión en las que exageran la imagen del enfermo mental y el modo de redactar las noticias cuando una persona con un trastorno mental está implicada ⁽¹⁶⁾.

Se ha observado que este tipo de acciones puede provocar una disminución de las actitudes negativas asociadas a los trastornos mentales y de la imagen pública negativa que de éstos se tienen. Por el contrario, no parece que tenga un efecto significativo en la promoción de actitudes positivas contra el estigma ⁽¹⁶⁾.

Estas actividades de protesta se dirigen a la supresión de los pensamientos estereotipados y las conductas discriminatorias. Pero, como ocurriría con cualquier otro comportamiento reprimido, cuando trata de ser suprimida conscientemente, tiende a reaparecer con el tiempo, incluso con una mayor frecuencia e intensidad que antes ⁽¹⁶⁾.

A modo de conclusión, se puede decir que la protesta parece ser una forma útil de reducir las imágenes públicas estigmatizadoras de la enfermedad mental, pero, puedes ser menos apropiada para cambiar los prejuicios de las personas.

Como ejemplo de protesta, se mencionan las diversas cartas enviadas a los diferentes periódicos, tanto regionales como nacionales, por la Asociación Vasco Navarra de Salud Mental OME-AEN, como protesta a los mensajes que contiene la película española “Skizo”, estrenada en el año 2006 ⁽¹⁷⁾.

“La recientemente estrenada película 'Skizo', prescindiendo de su posible calidad cinematográfica y del talento con el que se desenvuelvan sus actores, es un ejemplo del desafortunado y morboso concepto que transmiten algunos medios de comunicación en relación con la enfermedad mental. Las notas de prensa divulgadas con carácter previo no dejan lugar a dudas, frases como 'el camino a la locura tiene un atajo', '¿qué ocurre cuando un loco se enfrenta a otro loco?', cristalizan en la directa asociación entre enfermedad y violencia y aún más equivocadamente, con delincuencia. Se cierra así el círculo macabro en

el que otra vez **el enfermo mental es dibujado como un ser imprevisible y violento**, incluso en palabras del propio protagonista: «Un tío odioso sin educación ni respeto», caracterización que no hace más que añadir leña al estigma asociado al enfermo mental. La película podrá ser cualquier cosa, pero nunca un 'tratado sobre la locura' como se ha publicado. De lo que sí podemos estar seguros es de que miles de enfermos mentales y sus familiares no verán más allá que el aumento del dolor y el aislamiento que les genera la enfermedad. Nos resulta igualmente escandaloso que **la película se haya realizado con el apoyo económico tanto del Ministerio de Cultura como de TVE**, a quienes recordamos la todavía reciente campaña antiestigma promovida desde el Ministerio de Sanidad y divulgada a través de la pequeña pantalla y otros medios de comunicación”.⁽¹⁸⁾

4.3.2 Educación

Una aproximación muy extendida en la lucha contra el estigma consiste en dar información o argumentos que contradigan los estereotipos y prejuicios asociados a los trastornos mentales. Para ello, se han utilizado diferentes medios, como por ejemplo vídeos, libros, charlas, talleres o programas de enseñanza estructurada ⁽¹⁶⁾.

La investigación ha mostrado que aquellas personas que tienen una mayor comprensión de los trastornos mentales serían menos propensas a apoyar o favorecer el estigma y la discriminación. No obstante, parece que las campañas educativas solo son efectivas en aquellas personas que están previamente de acuerdo con el mensaje. Tal y como menciona un enfermo de esquizofrenia: “*Mi consejo a los pacientes y sus familias es conocer el tema al máximo...Cuanta más información se tiene, mejor puede acotarse la enfermedad*” ⁽¹⁹⁾. Además, investigaciones sobre las campañas educativas indican que los cambios de comportamiento a menudo no se evalúan, por lo que no se sabe si tras unos años lo interiorizado mediante la educación persiste o no.

Un aspecto importante a tener en cuenta es aclarar no solo qué estrategias son válidas, sino también sobre qué poblaciones son efectivas aplicarlas y en qué grado. En este sentido, los programas educativos son más eficaces en participantes: ⁽²⁰⁾

- Con mayor conocimiento previo de los trastornos mentales.
- Que ya tenían contacto con personas con enfermedad mental.

Una nueva propuesta educativa en la lucha contra el estigma que aún se encuentra en fase de desarrollo proviene del grupo que dirige el Dr. Adolfo Cangas, la cual se dirige a la creación de un videojuego de ordenador llamado “*Estigma-Stop*”, que tratará de reducir el estigma existente entre los jóvenes⁽¹⁶⁾.

En este sentido, el videojuego sumergirá al joven en una historia en la que se relacionará con distintos personajes de su edad que presentan trastornos mentales. Las distintas interacciones serán utilizadas no solo para tratar de mostrar al joven algunas de las peculiaridades comportamentales y emotivas más destacadas de los diferentes trastornos mentales, sino también para mostrar las capacidades que, como cualquier otra persona, aquellos que presentan un trastorno mental también tienen para resolver tareas o problemas de la vida diaria ⁽¹⁶⁾.

4.3.3 Contacto

El contacto con personas con trastorno mental también se ha mostrado como una estrategia eficaz en la lucha contra el estigma.

Las intervenciones que incluyesen conjuntamente estrategias de contacto junto con las de educación podrían ser claves en el proceso de cambio de actitudes estigmatizantes, ya que el cambio parece producirse cuando ambas estrategias son utilizadas conjuntamente, frente a un menor efecto observado cuando las estrategias de educación son aplicadas aisladamente sin la existencia de contacto.

Según refieren los profesionales que han participado en el estudio realizado por FEDEAFES, *“El contacto directo con las personas es lo que más hace por romper el estigma”* ⁽¹¹⁾.

A continuación se muestra una tabla (tabla 9) con varias propuestas para comenzar a vencer el estigma social en relación a las enfermedades mentales.

Tabla 9: Propuestas para vencer el estigma en relación a las enfermedades mentales (4).

SÍ, POR FAVOR	NO, GRACIAS
SÍ Referirse a una persona diagnosticada con un trastorno mental como: Persona con enfermedad mental / con problemas de salud mental.	NO Términos ofensivos, inexactos y anticuados que perpetúan la ignorancia y conducen al estigma: enfermo mental, trastornado, perturbado, psicópata, loco.
SÍ Referirse a una persona diagnosticada con un trastorno mental específico como: Persona con/que tiene esquizofrenia, depresión, etc.	NO Términos que etiquetan a los individuos sustantivando su condición: esquizofrénico, depresivo, maniaco, anoréxico, psicótico.
SÍ Referirse a los centros de atención: Centro de salud mental / centro de día / centro de rehabilitación.	NO Términos anticuados u ofensivos: manicomio, psiquiátrico.
SÍ Referirse a los ingresos psiquiátricos como: Ingreso hospitalario en...	NO Términos inadecuados que contribuyen al estigma y la discriminación: reclusión, internamiento, encierro...
SÍ Contenidos que muestren los logros y las capacidades del colectivo : convivencia familiar, relaciones sociales, empleo, proyectos personales, etc.	NO Incluir sólo noticias sobre salud mental en relación a problemas, actos violentos , y buscando titulares morbosos y extravagantes.
SÍ Mencionar los problemas de salud mental en la noticia solamente cuando sea necesario para entender correctamente el hecho , especialmente cuando éstos puedan relacionarse con un hecho negativo.	NO Mencionar los problemas de salud mental si éstos no son relevantes para la correcta comprensión del hecho noticioso.
SÍ En noticias relacionadas con sucesos violentos limitarse a describir los hechos directamente observables (sin aventurarse a prejuizar la causa del hecho a una enfermedad mental) o bien llegar a mostrar las posibles causas y circunstancias, sin destacar la enfermedad como único factor.	NO Omitir información o proporcionar información sesgada que perpetúe falsos vínculos entre enfermedad mental y conductas violentas o ilegales.
SÍ Señalar la falta de recursos y el derecho de las personas con enfermedad mental a recibir una atención adecuada, con la que es posible la recuperación.	NO Dar por hecho que la enfermedad mental es incurable y obviar la falta de recursos actual para que se produzca la recuperación.
SÍ Ilustrar las informaciones sobre salud mental con el material gráfico adecuado: la mayoría de estas enfermedades son invisibles.	NO Imágenes que transmitan aislamiento social, improductividad o que despierten compasión o rechazo. Imágenes de otro tipo de discapacidades.
SÍ Fuera del contexto de salud , describir situaciones, cosas o personas con adjetivos como: caótico, irracional, extravagante, apasionado , espectacular, triste, etc.	NO Usar términos de ámbito médico como adjetivos en otros contextos: esquizofrénico, paranoico, depresivo, anoréxico, etc.
SÍ Contar con la opinión de los afectados, principalmente de las personas con enfermedad mental y familiares. Favoreciendo la presencia de mujeres, migrantes y otros colectivos en situación de exclusión social con enfermedad mental.	NO Infravalorar el testimonio de las propias personas con enfermedad mental como fuente de información imprescindible en cuestiones de salud mental.

En la siguiente tabla (tabla 10) se muestran algunas ideas que se han recogido del estudio realizado por FEDEAFES:

Tabla 10: Propuestas de actuación en función de los diferentes grupos de la sociedad ⁽¹¹⁾.

Área familiar	Profesionales	Medios de comunicación
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>“Los padres somos los primeros que nos tenemos que implicar, los padres antes que nadie”.</i> (familiar). ▪ <i>“Si con nuestra actitud lo tratamos con naturalidad, los demás lo pueden tomar también con más naturalidad”</i> (familiar). ▪ <i>“Si nosotros nos concienciamos y decimos persona con enfermedad, y no enfermos, tarados... el granito de arena cada uno de nosotros, es de todos. También depende de cada uno de nosotros como familiares”</i> (familiar). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Incorporar la lucha contra el estigma dentro de nuestro trabajo.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Denunciar todas las situaciones en las que los medios de comunicación contribuyen de forma negativa al estigma y conseguir que sean aliados en acciones de comunicación positiva.</i> ▪ <i>Que se oiga más la voz de las propias personas: que sean ellas quienes hablen en los medios.</i>
Salud	Empleo	Cuerpo de policía
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Trabajar en los distintos niveles educativos el conocimiento de la enfermedad mental y valores de solidaridad y aceptación de la diversidad.</i> ▪ <i>Elaboración de guías y protocolos de actuación para profesionales del Sistema de Salud.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Apostar por políticas que favorezcan la contratación de personas con enfermedad mental, así como el mantenimiento del puesto de trabajo, que favorezcan el apoyo a estas personas mediante programas de empleo con apoyo y otras posibilidades.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Contar con profesionales especializados que traten de manera adecuada las contenciones.</i> ▪ <i>Contar con protocolos adecuados de actuación.</i>

Según este estudio, las **propuestas de actuación** para la reducción del estigma en salud mental abarcan diferentes áreas:

Tabla 11: Propuestas de actuación para reducir el estigma en relación a la Salud Mental ⁽¹¹⁾.

Para las personas con enfermedad mental	Para la familia
<ul style="list-style-type: none"> • Trabajar, con el apoyo de las asociaciones en: <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Aceptar su enfermedad y seguir su tratamiento médico.</i> ▪ <i>Superar sentimientos de culpabilidad, vergüenza y no aceptación, superando el auto-estigma.</i> ▪ <i>Mejorar su autoestima e inclusión social.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Implicarse y participar en las actividades de las Asociaciones. • Aceptar la ayuda y los apoyos que les brindan (entre otros) las Asociaciones, para: <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Superar sentimientos de culpabilidad, vergüenza y no aceptación.</i> ▪ <i>Acompañar el máximo desarrollo de las capacidades y potencialidades de sus familiares con enfermedad mental.</i>
Para los medios de comunicación	
<ul style="list-style-type: none"> • Colaborar con las entidades sociales para trasladar a la sociedad una imagen real y cercana de la enfermedad mental. • Salir de la información sensacionalista sobre todo lo que implica enfermedad mental, así como erradicar cualquier vinculación sensacionalista de la enfermedad mental con episodios de violencia y potenciarla información sobre la normalidad que puede manejar un enfermo, ya sea físico o mental, con un soporte social y sanitario adecuado. 	

FEDEAFES celebra todos los años el Día Mundial de la Salud Mental (10 de Octubre), invitando a la sociedad a promover una mejora de la salud mental entre la población, con actos institucionales y múltiples actividades dirigidas a la participación de toda la ciudadanía.

Figura 8: Cartel elaborado por FEDEAFES en colaboración con Eusko Jaurlaritzza del Día Mundial de la Salud Mental⁽¹¹⁾.



Así mismo, en Navarra, existe una asociación llamada ANASAPS (Asociación Navarra para la Salud Mental), que está integrada por personas con enfermedad mental, así como familiares y todas aquellas personas interesadas en colaborar con el tema de la salud mental. La sede central se ubica en Pamplona, contando con cuatro delegaciones en Tudela, Estella, Tafalla y Santesteban-Donetztebe. ANASAPS pertenece a la Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Enfermos Mentales (FEAFES); y a su vez, FEAFES es miembro de la Federación Europea de Asociaciones de Familiares de Enfermos Mentales (EUFAMI), de la Asociación Mundial de Esquizofrenia (WSF) y de la Federación Mundial de la Salud Mental (WHMF)⁽²¹⁾.

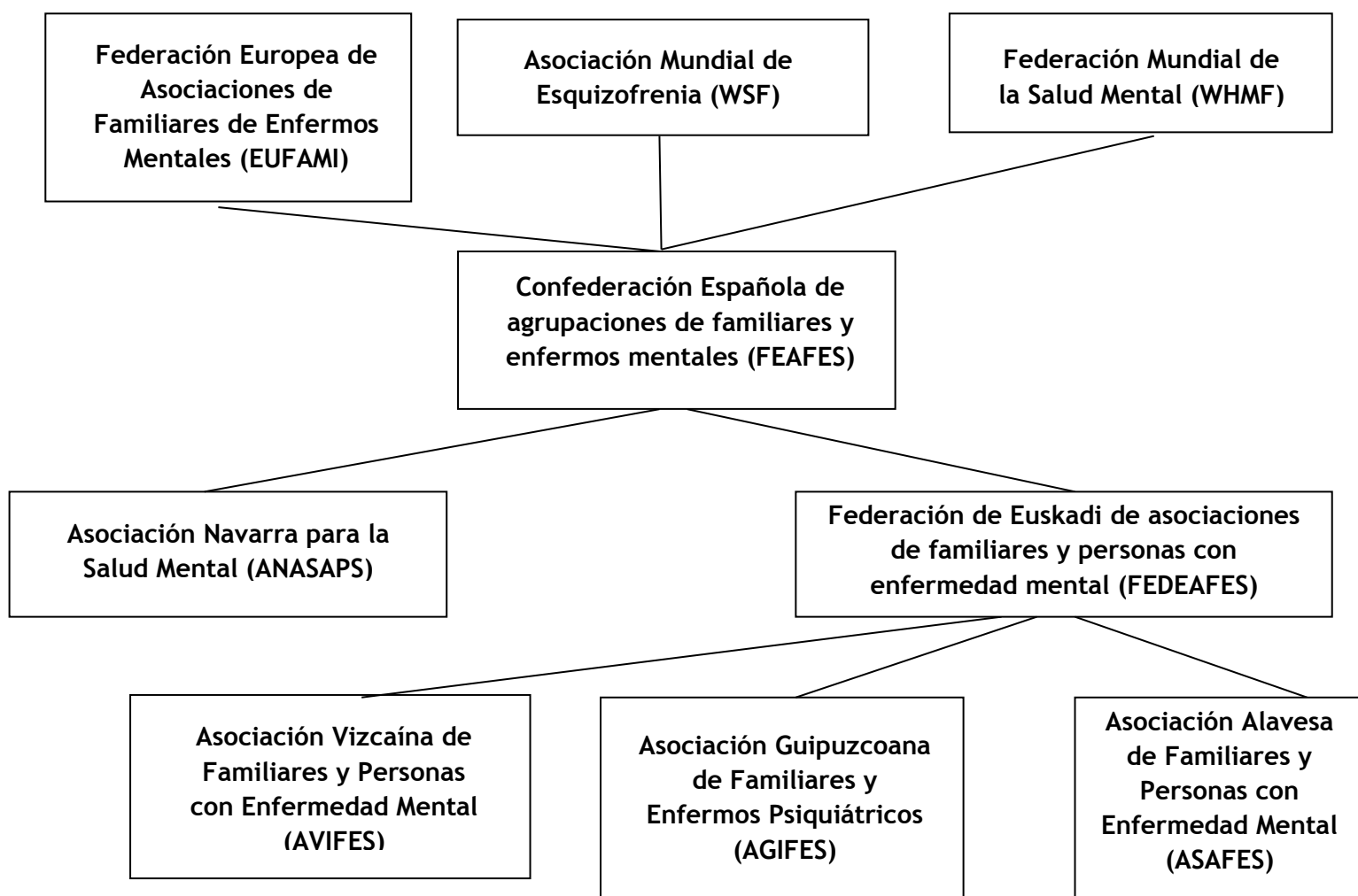


Gráfico 6: Diferentes asociaciones tanto a nivel de Comunidades Autónomas, como a nivel estatal e internacional.
Fuente: Elaboración propia.

La misión de esta asociación es atender en el ámbito de Navarra las necesidades de las personas con enfermedad mental, sus familiares y su entorno, asumiendo su representación mediante el movimiento asociativo, velando por que reciban una atención integral y de calidad, ofreciendo servicios enfocados a mejorar su calidad de vida y sensibilizando al conjunto de la sociedad para que desarrolle actitudes positivas hacia la enfermedad mental⁽²¹⁾.

ANASAPS ofrece una amplia gama de servicios y actividades, algunas dirigidas a personas con enfermedad mental, otras a sus familiares o cuidadores y otras dirigidas a la sociedad en general. Entre estas actividades se encuentra el “Programa de Psicoeducación y Promoción de la Salud”, en la cual la psicoeducación y las intervenciones de carácter psicosocial ayudan a las personas con enfermedad mental y a sus familiares a manejar el trastorno de manera más efectiva, a reducir los factores de riesgo y a adquirir herramientas y hábitos que redunden en una mejor evolución de la enfermedad y una mayor autonomía y calidad de vida. Los servicios que se prestan dentro de este programa son, entre otros, talleres psicoeducativos para familiares, para personas con enfermedad mental, talleres de afrontamiento del estrés y fomento de la calidad de vida, etc. ⁽²¹⁾.

Otros de los programas que ofrece la asociación son la de “Promoción de la Autonomía y Programa de Ocio, Tiempo libre y Cultura”. Dentro de estos dos programas se ha llevado a cabo un Taller de Actividades de la Vida Diaria para este grupo de población, así como diversas actividades entre semana y fines de semana (café tertulia, cine, cocina, informática, manualidades, etc.)⁽²¹⁾.

A nivel estatal se están organizando diversas actividades contra el estigma en salud mental. La Universidad de Almería por ejemplo, para los días 9, 10 y 11 de Abril del 2014, organizó la II. Edición del Congreso Nacional de Sensibilización al Estigma en Salud Mental y el III. Congreso Internacional de Actividad Física y Deporte Adaptado. El objetivo de estas jornadas es dar a conocer la realidad de este tipo de problemas, eliminando muchas de las concepciones erróneas comúnmente asociadas a la enfermedad mental.

FEAFES Huelva también organizó la IV. Carrera “Salud Mental con el Deporte” que tuvo lugar el 9 de Marzo de 2014 ⁽²²⁾.



Figura 9: Cartel de la IV. Carrera Popular celebrada en Huelva en el año 2014 a favor de la Salud Mental ⁽²²⁾.

El vídeo adjuntado en el siguiente enlace (http://www.youtube.com/watch?v=PaA_RcMRvCM)⁽²⁸⁾ muestra los prejuicios existentes de la población general sobre las enfermedades mentales en relación al trabajo, las relaciones y las capacidades personales.

Algunas de las respuestas que se obtuvieron en la entrevista fueron las siguientes: “una tristeza”, “una enfermedad muy rara”, “no tienen las mismas capacidades”. Los entrevistados ignoraban que los entrevistadores formaban parte del colectivo de personas con enfermedad mental.

De este modo, se ofrece a la sociedad una imagen más real y menos estereotipada de las personas con problemas de salud mental. Lo ideal para dar un paso más en la lucha contra la estigmatización y discriminación hacia estas personas es que vídeos como este se propaguen a través de los medios de comunicación ⁽²²⁾.



Figura 10: Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental (FAISEM) ⁽²⁹⁾

4.4 PROPUESTA DE MEJORA: TALLERES EDUCATIVOS

Una vez obtenidos los conocimientos suficientes sobre el tema, se ha desarrollado un plan de Educación para la Salud, que está previsto ponerlo en marcha en el mes de Septiembre del 2014.

4.4.1 Taller individual: “Afrontando el estigma”

INTRODUCCIÓN/JUSTIFICACIÓN

Son muchas las personas afectadas por el estigma que hoy en día existe en la sociedad en relación a las enfermedades mentales como es la esquizofrenia, y esto hace que dichas personas se sientan rechazadas y discriminadas por el resto.

Mediante este taller lo que se pretende es que los pacientes no caigan en el autoestigma y que sepan identificar y expresar los sentimientos que les produce esta condición, para poder hacerle frente. Así mismo, también se pretende manejar el estrés que eso les produce para que se sientan bien consigo mismos.

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN

El taller está dirigido a hombres y a mujeres de cualquier edad diagnosticados de esquizofrenia, que se encuentren en la fase estable de la enfermedad y que pertenezcan a la zona básica de salud en la que se encuentra el Centro de Salud Mental del Casco Viejo de Pamplona.

FACTORES RELACIONADOS CON EL ESTIGMA

Tabla 12: Factores relacionados con el estigma. Fuente: Elaboración propia.

Factores ambientales	Entorno próximo: <ul style="list-style-type: none">▪ Comunicación con el entorno próximo (familia, amigos).▪ Autoestigma.	Entorno social: <ul style="list-style-type: none">▪ Desconocimiento▪ Tema “tabú”▪ Miedo▪ Incertidumbre	
Factores personales	Área emocional: <ul style="list-style-type: none">▪ Creencias sobre la enfermedad mental.▪ Expectativa de resultado: ¿Soy capaz de lograrlo?	Área cognitiva: <ul style="list-style-type: none">▪ Causas del estigma en salud mental.▪ Conocimiento del estigma.▪ Medidas para hacer frente al estigma.	Área de habilidades: <ul style="list-style-type: none">▪ Habilidades para expresar los sentimientos.▪ Habilidades para combatir el estrés.

OBJETIVOS Y CONTENIDO

Objetivo general: Evitar el autoestigma y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Objetivos específicos: Que los pacientes:

- Logren expresar sus sentimientos y preocupaciones en torno al estigma existente hacia ellos.
- Desarrollen habilidades para hacer frente al estigma.
- Desarrollen habilidades para combatir el estrés.

METODOLOGÍA

Tabla 13: Desarrollo de las actividades del taller individual. Fuente: Elaboración propia.

Contenidos	Método/Técnicas	Habilidades de comunicación	Agrupación	Tiempo
Acogida	Acoger al paciente y preguntarle por su estado.	Escucha activa	Individual	5 min
El estigma	<u>Exposición</u>	Capacidad de síntesis	Individual	15 min
Experiencias en relación al estigma	<u>Método de expresión:</u> para que la persona tenga la oportunidad de expresar sus experiencias, vivencias preconceptos, creencias, etc. <u>Técnicas:</u> Preguntas abiertas cerradas, escucha activa, repetición.	Escucha activa Empatía	Individual	20 min
Manejo de los sentimientos	<u>Método de análisis:</u> analizar y reflexionar sobre las causas, el área emocional, es decir, cómo hace sentir el estigma a estas personas. <u>Técnicas:</u> resumir y ordenar; focalizar.	Escucha activa Empatía Autocontrol emocional Asertividad	Individual	20 min

Afrontar el estigma	<u>Método de desarrollo de habilidades</u> Técnica: Ayuda a la toma racional de decisiones (ver Anexo 3)	Escucha activa	Individual	20 min
Combatir el estrés	<u>Método de desarrollo de habilidades</u> : breve exposición sobre cómo afrontar las situaciones de la vida y descargar la tensión física.	Capacidad de síntesis	Individual	20 min
Entrega de folleto	Entrega de folleto informativo sobre el estrés (ver Anexo 4)	-----	Individual	1 min
Despedida		-----	Individual	5 min

FECHAS

Los talleres se llevarán a cabo durante el mes de Septiembre del 2014.

HORARIO

Los talleres individuales se abordarán en horario de mañana (cada paciente tendrá una hora asignada; máximo 1 hora por cada paciente). La sesión se realizará en dos días, trabajando el primer día el estigma, las experiencias vividas en relación al estigma y el manejo de los sentimientos; y en el segundo día cómo afrontar el estigma y combatir el estrés.

LUGAR

El programa de Educación para la Salud se realizará en el Centro de Salud del Casco Viejo de Pamplona, C/Compañía, 8.

Las sesiones individuales se realizarán en las consultas de la enfermera especializada en salud mental (2º piso).

RECURSOS HUMANOS

La sesión individual estará dirigida por la enfermera especialista en salud mental y un psicólogo (en caso de que la situación lo requiera).

RECURSOS MATERIALES Y FINANCIEROS

Entre los recursos materiales que se van a utilizar durante la sesión individual son los siguientes:

- Consulta de enfermería
- Sillas
- Cuaderno
- Bolígrafo
- Folleto sobre el estrés

En relación a los recursos financieros decir que van a ser aportados por la propia institución pública, por lo que el desarrollo del programa no va a suponer ningún coste adicional.

4.4.2 Taller grupal: “Conociendo la salud mental”

INTRODUCCIÓN/JUSTIFICACIÓN

La esquizofrenia afecta aproximadamente al 1% de la población. Cabe mencionar que en Navarra aparecen cada año unos 70 nuevos casos graves de esquizofrenia.

El estigma social hacia las personas con trastorno mental grave tiene consecuencias a muchos niveles: personal, familiar e incluso sobre los propios servicios y profesionales de salud mental. Y todo ello, nos conduce a una discriminación hacia estas personas como consecuencia directa del estigma; en diversas sociedades se constata la discriminación en el acceso a la vivienda, al empleo, así como a distintos tipos de relaciones sociales significativas: pareja, redes sociales, etc.

La esquizofrenia ocasiona un impacto económico considerable sobre el paciente, su familia y la sociedad en general, por la importante cantidad de costes que genera en términos de recursos sanitarios necesarios para el tratamiento, cuidado y pérdidas de productividad. Además, el estigma social hace que el estado de salud de estas personas empeore, aumentando así los gastos sanitarios.

Se plantea realizar este taller, dado que mediante la educación para la salud es posible reducir el estigma existente en torno a las enfermedades mentales y de esta manera mejorar el bienestar psicológico de las personas afectadas.

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN

Las sesiones grupales están dirigidas a personas diagnosticadas de esquizofrenia, que se encuentren en la fase estable de la misma, a sus familias y amigos, pertenecientes a la misma zona básica anteriormente mencionada.

Tabla 14: Factores relacionados con el conocimiento de la salud mental. Fuente: Elaboración propia.

Factores ambientales		Entorno social: <ul style="list-style-type: none">▪ Marco histórico del “enfermo mental”.▪ Influencia de los medios de comunicación.	
Factores personales	Área cognitiva: <ul style="list-style-type: none">▪ Conocimiento sobre la salud mental: causas, sintomatología, tratamiento.	Área emocional: <ul style="list-style-type: none">▪ Creencias en relación a la enfermedad mental.	Área habilidades: <ul style="list-style-type: none">▪ Habilidades para hacer frente al estigma.

OBJETIVOS Y CONTENIDO

Objetivo general: Contribuir en la disminución del estigma social existente en relación a la enfermedad mental.

Objetivos específicos: Que las personas participantes:

- Expresen sus pensamientos/sentimientos respecto a la salud mental.
- Analicen casos concretos y planteen posibles soluciones.
- Que familiares y amigos tengan un contacto más directo con las personas diagnosticadas de esquizofrenia.

METODOLOGÍA

Tabla 15: Desarrollo de las actividades del taller grupal. Fuente: Elaboración propia.

Contenidos	Método/técnica	Habilidades de comunicación	Agrupación	Tiempo
Presentación y contrato	Tanto los profesionales que dirigen el taller como los participantes, se presentarán al resto del grupo.	Escucha activa	Individual/ Grupal	10 min
Esquizofrenia y estigma	<u>Método de investigación</u> <u>Técnicas:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Philips 66 (ver Anexo 5) • Rejilla (ver Anexo 6) 	Capacidad de resumir Conducir grupos	Grupal	20-30 min
Manejo del estigma	<u>Método de análisis</u> <u>Técnica:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Caso: presentación de un caso y reflexionar sobre ello (ver Anexo 7). 	Manejar discusiones Conducir grupos	Grupal	40 min
Entrega de folletos, preguntas	Entrega de folleto informativo a los participantes sobre la salud mental y estigma(ver Anexo 8). Preguntas orientadas a aclarar dudas y proposiciones.	Escucha activa	Grupal	15 min
Evaluación	Cuestionario de satisfacción(ver Anexo 9).	-----	Individual	10 min
Despedida	Agradecimiento por haber acudido al taller y mostrar disponibilidad para cualquier necesidad que pueda surgir.	-----	Grupal	5 min

EVALUACIÓN

Se evaluará el grado de satisfacción de los participantes mediante un cuestionario de preguntas abiertas y cerradas.

FECHAS

El taller grupal se impartirá el jueves día 11 de Septiembre del 2014 y el viernes día 12 (en función de la demanda).

HORARIO

El taller se realizará por la mañana, en horario de 11:00 a 13:00 horas. Máximo de personas por grupo: 15-20.

LUGAR

El programa de Educación para la Salud se realizará en el Centro de Salud del Casco Viejo de Pamplona, C/Compañía, 8.

Las sesiones grupales se realizarán en el aula multiusos (1º piso).

RECURSOS HUMANOS

La sesión grupal será impartida por dos enfermeras especialistas en salud mental.

RECURSOS MATERIALES Y FINANCIEROS

Entre los recursos materiales que se necesitan para llevar a cabo el taller grupal son los siguientes:

- Aula multiusos del Centro de Salud del Casco Viejo.
- Ordenador portátil.
- Cañón.
- Pendrive.
- Sillas.
- Mesas.
- Pantalla.
- Bolígrafos.
- Material de trabajo: Philips 66, rejilla, caso, folleto sobre la esquizofrenia y el estigma, cuestionario final.

En relación a los recursos financieros, mencionar que al igual que en los talleres individuales, van a ser aportados por la institución pública, por lo que el desarrollo del programa no va a suponer ningún coste adicional.

5. DISCUSIÓN

5.1 MATRIZ DAFO

Como ya se ha mencionado a lo largo del trabajo, la visión que tiene la sociedad en torno a la enfermedad mental está influenciada tanto por factores internos como externos.

En la siguiente tabla (*tabla 16*) se muestra la Matriz DAFO, en el cual se reflejan aquellos factores mencionado anteriormente.

Por un lado y en relación a la **visión interna** del objeto de estudio, podemos mencionar las debilidades como el déficit de programas de promoción y prevención en salud mental, la ausencia de protocolos de atención en función del diagnóstico de cada paciente, y la falta de coordinación entre Atención Primaria y Atención Especializada a la hora de prestar los cuidados. A pesar de que en los últimos años se haya avanzado en torno a las enfermedades mentales, aún hay mucho que trabajar en este aspecto, tanto a nivel de la sociedad como a nivel de los propios profesionales de la salud.

Por otro lado, existen una serie de amenazas relacionadas con la **visión externa**, entre las cuales destacan el hecho de considerar la salud mental como “tema tabú”, la escasa información de la sociedad sobre los trastornos mentales, la influencia de los medios de comunicación y la continua discriminación a las que las personas afectadas por una enfermedad mental están sometidas.

Sin embargo, también se han identificado puntos positivos, los cuales permiten conocer más aspectos sobre la salud mental y ofrecer una atención integral y eficaz.

Tabla 16: Matriz DAFO. Fuente: Plan Estratégico 2012-2016 de Salud Mental de Navarra y Elaboración propia.

VISIÓN EXTERNA-ENTORNO	
Amenazas	Oportunidades
<ul style="list-style-type: none"> • Falta de reconocimiento sobre la importancia de la salud mental. • La salud mental como “tema tabú” en la actualidad. • Escasa información de la población general sobre las enfermedades mentales. • La continua estigmatización y discriminación hacia las personas con enfermedades mentales. • Influencia de los medios de comunicación, los cuales fomentan el estigma social hacia estas personas. • Aumento de la demanda de los trastornos mentales. • La actual crisis económica del país. 	<ul style="list-style-type: none"> • Posibilidad de conocer más acerca de las enfermedades mentales mediante charlas informativas, contacto directo con personas afectadas por alguna enfermedad mental, etc. • Diversas asociaciones que ayudan a las personas con enfermedades mentales (Asociación Navarra para la Salud Mental, Confederación Española de agrupaciones de familiares y enfermos mentales, etc.) • Cine y literatura sobre la enfermedad mental.
VISIÓN INTERNA	
Debilidades	Fortalezas
<ul style="list-style-type: none"> • Déficit de programas de promoción y prevención en salud mental. • Ausencia de protocolos de atención, dependiendo del diagnóstico de cada persona. • Falta de coordinación entre Atención Primaria y Atención Especializada a la hora de prestar cuidados a estos pacientes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Amplios centros de atención para las personas con enfermedad mental (Centros de Salud Mental, Centros de Día, Unidades de Hospitalización Psiquiátrica, tanto de corta, media y larga estancia). • Equipos multidisciplinares (psiquiatra, enfermera de psiquiatría, psicóloga, trabajadora social). • Personal especializado y cualificado para proporcionar una atención integral a las personas con enfermedad mental.

5.2 ALGUNOS ESTUDIOS

5.2.1 Estudio realizado en el año 2001 en Leipzig (Alemania)

En la *tabla 17* se muestran los estereotipos en relación a la esquizofrenia, en un estudio realizado con alumnos de educación secundaria, antes y después de participar en un programa educativo. En la tabla se han marcado algunos datos significativos.

Tabla 17: Resultados obtenidos del estudio realizado en Alemania sobre los estereotipos en torno a la esquizofrenia. ⁽²³⁾

Table 17: Stereotypes held by secondary school students before and after the project week (t_0-t_1)

Items	Project group ($n = 90$)		
	Agree	Disagree	Unsure
<i>Ability to cope with stress</i>			
Someone who has had schizophrenia cannot cope with stress before exams			
t_0	15 (16.7)	14 (15.6)	60 (66.7)
t_1	30 (33.7)	17 (19.1)	42 (47.2)
<i>Social background</i>			
Mostly, someone who has had schizophrenia comes from a family with little money			
t_0	1 (1.1)	66 (73.3)	28 (31.1)
t_1	3 (3.3)	77 (85.6)	10 (11.1)
<i>Untreatability</i>			
Someone who has had schizophrenia cannot be helped by the doctors			
t_0	6 (6.7)	42 (46.7)	42 (46.7)
t_1	2 (2.2)	64 (71.1)	24 (26.7)
<i>Dangerousness</i>			
When meeting someone with schizophrenia, one should better watch out			
t_0	14 (15.6)	52 (57.8)	29 (32.2)
t_1	7 (7.9)	61 (68.5)	21 (23.6)
<i>Intelligence</i>			
Someone who has had schizophrenia can be good at school			
t_0	45 (50.0)	5 (5.6)	39 (43.3)
t_1	51 (56.7)	8 (8.9)	31 (34.4)
<i>Unpredictability</i>			
Someone who has had schizophrenia blows his/her top for the slightest reason			
t_0	9 (10.0)	32 (35.6)	49 (54.4)
t_1	7 (7.9)	51 (57.3)	31 (34.8)
<i>Creativity</i>			
Students who have had schizophrenia are particularly good at music or art			
t_0	12 (13.3)	10 (11.1)	68 (75.65)
t_1	22 (24.4)	17 (18.9)	51 (56.7)

Percentage values are given in parentheses.

Se observa que en los ítem 3 “Una persona con esquizofrenia no puede ser ayudado por los médicos”, en el 4 “Cuando te juntas con alguien que tiene esquizofrenia, tienes que andar con cuidado” y en el 6 “Alguien con esquizofrenia puede ponerse furioso por una tontería”, ha habido una notable mejoría en cuanto a los estereotipos que tenía los alumnos hacia las personas con esquizofrenia.

En la siguiente tabla (*tabla 18*), se muestra la distancia social percibida en el mismo grupo anterior, en el cual también se refleja una mejoría tras la realización del programa educativo. No obstante, tal y como se observa en el ítem 18 “Una persona con esquizofrenia no debe trabajar en aquellos trabajos que supongan cuidar a personas mayores o a niños”, persiste un 14,4% que dice estar de acuerdo con la frase.

Tabla 18: Resultados obtenidos del estudio realizado en Alemania sobre la distancia social percibida hacia los enfermos de esquizofrenia⁽²³⁾.

Table 3. Social distance of secondary school students before and after the project week (t_0-t_1)

Items	Project group ($n = 90$)		
	Agree	Disagree	Unsure
I would be afraid to talk to someone who has had schizophrenia*			
t_0	5 (5.6)	57 (63.3)	28 (31.1)
t_1	1 (1.1)	72 (80.0)	17 (18.9)
I would not be upset or disturbed to be in the same class with someone who has had schizophrenia*			
t_0	57 (63.3)	13 (14.4)	19 (21.1)
t_1	64 (71.15)	15 (16.7)	11 (12.2)
I could imagine making friends with someone who has had schizophrenia*			
t_0	53 (58.9)	12 (13.3)	25 (27.8)
t_1	61 (67.8)	8 (8.9)	21 (23.3)
I would feel embarrassed or ashamed if my friends knew that someone in my family had schizophrenia*			
t_0	10 (11.1)	56 (62.2)	24 (26.7)
t_1	14 (15.5)	58 (64.4)	17 (18.9)
If the person sitting next to me in class developed schizophrenia, I would rather sit somewhere else			
t_0	6 (6.7)	63 (70.0)	21 (23.3)
t_1	6 (6.7)	67 (74.4)	17 (18.9)
If one of my friends developed schizophrenia, I would go and see him/her at the hospital			
t_0	80 (88.9)	6 (6.7)	4 (4.4)
t_1	84 (93.3)	4 (4.4)	2 (2.2)
I would not invite someone who has had schizophrenia to my birthday party			
t_0	9 (10.0)	57 (63.3)	24 (26.7)
t_1	6 (6.7)	62 (69.7)	21 (23.6)

I would not bring along someone who has had schizophrenia when I meet my friends			
t_0	9 (10.0)	47 (52.2)	32 (35.6)
t_1	9 (10.0)	59 (65.6)	22 (24.4)
When going on a class outing, someone who has had schizophrenia should rather stay at home			
t_0	8 (8.9)	44 (48.9)	37 (41.1)
t_1	7 (7.8)	53 (58.9)	30 (33.3)
I would never fall in love with someone who has had schizophrenia			
t_0	16 (17.8)	20 (22.2)	54 (60.0)
t_1	15 (16.7)	31 (34.4)	44 (48.9)
★	Someone who has had schizophrenia should not work in jobs that involve taking care of children or young people		
t_0	19 (21.1)	36 (40.0)	34 (37.8)
t_1	13 (14.4)	52 (57.8)	25 (27.8)
Someone who has had schizophrenia should not go to regular school			
t_0	9 (10.0)	52 (57.8)	29 (32.2)
t_1	7 (7.8)	64 (71.1)	19 (21.1)

Percentage values are given in parentheses.

RESULTADOS OBTENIDOS DEL ESTUDIO

El estudio muestra unos resultados positivos en cuanto a la reducción de los estereotipos hacia las personas con esquizofrenia, al igual que una mejora en cuanto a la distancia social percibida. Pero sin embargo, parece que el hecho de entablar una relación de amistad con personas diagnosticadas de esquizofrenia, es un proceso más a largo plazo⁽²³⁾.

Además, el estudio menciona la ventaja de realizar este tipo de intervención entre los más pequeños, para así facilitar que en un futuro tengan un mayor conocimiento sobre las enfermedades mentales, puedan aceptar la salud mental más abiertamente y puedan mantener una relación de amistad con estas personas de manera más tolerante y entendida⁽²³⁾.

5.2.2 Estudio realizado por la universidad de Almería en el año 2012

En el estudio llevado a cabo por la Universidad de Almería (2012), se comparan los resultados obtenidos a través de la Terapia de Aceptación y Compromiso y a través de la psicoeducación en relación a las enfermedades mentales. El estudio se realizó con 73 estudiantes de 4º ESO procedentes de dos colegios de la provincia de Almería ⁽²⁴⁾.

El material que se ha utilizado para llevar a cabo la investigación, han sido obtenidas del estudio citado anteriormente (*Schulze et al. 2003*): Cuestionario sobre los estereotipos sobre la esquizofrenia y el cuestionario sobre la distancia social ⁽²⁴⁾.

Uno de los programas que se ha llevado a cabo está basado en la psicoeducación, la cual ha sido impartida por una asociación de Almería, donde se dan charlas sobre qué son las enfermedades mentales, su etiología y los efectos que éstos tienen en los pacientes ⁽²⁴⁾.

El otro programa, que está basado en la Terapia de Aceptación y Compromiso, se refiere a la capacidad humana de experimentar las sensaciones, emociones, pensamientos, etc., y el compromiso de llevar a cabo acciones en función a los valores personales ⁽²⁴⁾.

RESULTADOS OBTENIDOS DEL ESTUDIO

1) Programa basado en la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)

En el *gráfico 6* se muestran las diferencias encontradas en cada uno de los ítems en el programa antiestigma basado en ACT en las fases pre y post.

Los ítems seleccionados son los que corresponden al cuestionario realizado en Alemania (*ver tabla 17*), sobre las actitudes de los estudiantes hacia la esquizofrenia: estereotipos sobre la esquizofrenia.

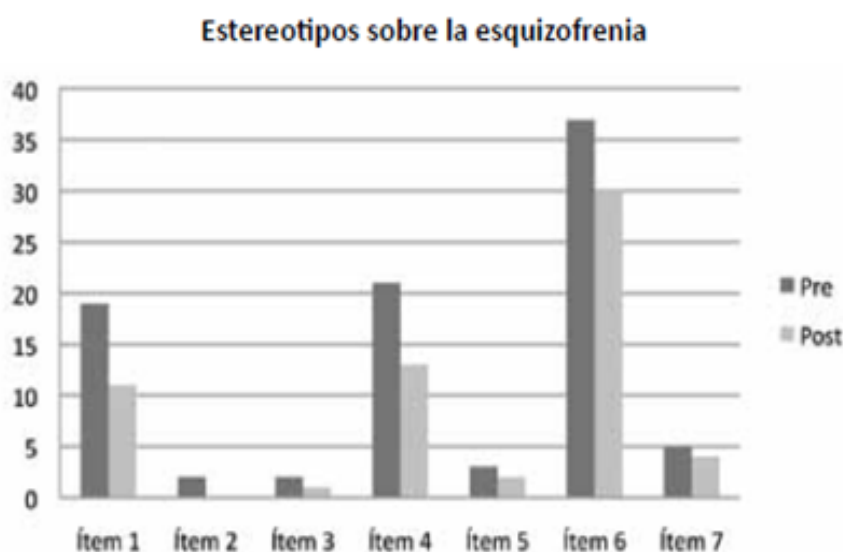


Gráfico 6: Frecuencias en el programa antiestigma basado en ACT. Estereotipos sobre la esquizofrenia ⁽²⁴⁾.

Como se puede observar en el *gráfico 6*, los ítems 4 (“Cuando te juntas con alguien que tiene esquizofrenia, tienes que andar con cuidado”) y 6 (“Alguien con esquizofrenia puede ponerse furioso por una tontería”) son los que con mayor frecuencia eran puntuados a favor. En todos los ítems se produjo una reducción de puntuaciones a favor tras el programa. La mayor diferencia se observa en los ítems 1 (“Alguien con esquizofrenia no puede sobrellevar el estrés ante los exámenes”), 4 y 6. Estos dos últimos reflejan claramente que este tipo de programas puede ser útil a la hora de reducir el estigma.

En cuanto a la distancia social percibida por los alumnos de dos colegios de Almería en relación a pacientes con esquizofrenia, en el *gráfico 7* se observa que a pesar de que en la mayoría de los ítems el porcentaje a favor haya disminuido, en algunos de ellos este porcentaje ha aumentado. Éste es el caso de los ítems 8 (“Tendría miedo de hablar con una persona que tiene esquizofrenia”) y 10 (“Podría imaginar hacer amigo de una persona con esquizofrenia”).

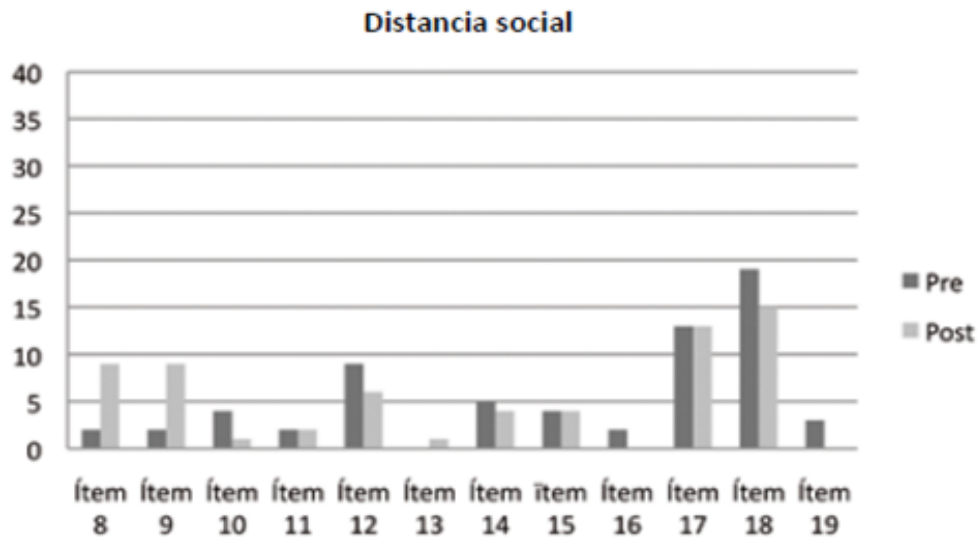


Gráfico 7: Frecuencias en el programa antiestigma basado en ACT. Distancia social en la esquizofrenia ⁽²⁴⁾.

En conclusión, se puede decir que la mayoría de los cambios se producen en relación a los ítems que corresponden a “estereotipos sobre la esquizofrenia”.

2) Programa basado en la psicoeducación

En el *gráfico 8* se muestran las diferencias encontradas en cada uno de los ítems en el programa antiestigma basado en la psicoeducación en las fases pre y post.

Se observa que en la mayoría de los ítems los porcentajes después de haber realizado el programa muestran que no ha habido mejoras en cuanto a los estereotipos sobre la esquizofrenia.

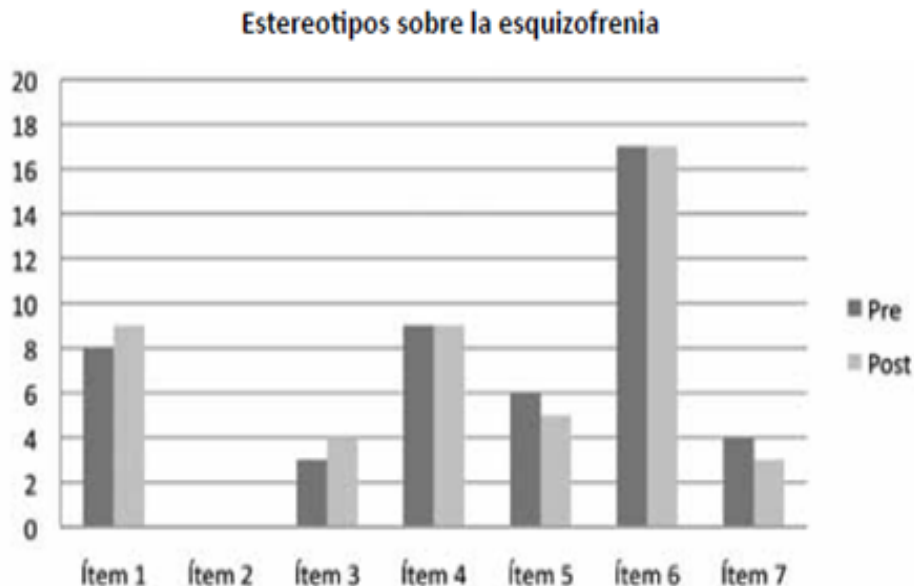


Gráfico 8: Frecuencias en el programa antiestigma basado en la psicoeducación. Estereotipos sobre la esquizofrenia (24).

En relación a la distancia social tras la realización de la psicoeducación, se observa que en la mayoría de los ítems las frecuencias han aumentado considerablemente.

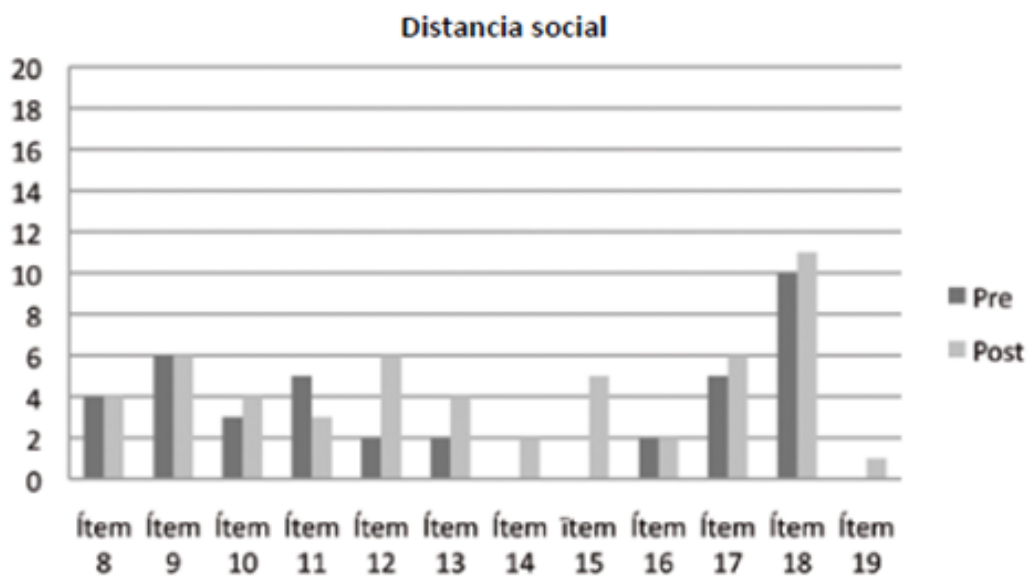


Gráfico 9: Frecuencias en el programa antiestigma basado en la psicoeducación. Distancia social en la esquizofrenia (24).

A modo de conclusión, se puede decir que comparando los dos programas se ve que en el caso de la Terapia de Aceptación y Compromiso se produce una disminución significativa del estigma. Por el contrario, en el programa basado en la psicoeducación no se han producido diferencias. Por tanto, este estudio menciona que no se trata únicamente de proporcionar información y resalta la importancia del contacto directo con las personas diagnosticadas de algún trastorno mental.

Finalmente, decir que no se ha podido realizar un seguimiento en el tiempo para poder comparar los resultados.

5.2.3 Estudio realizado en Navarra

En el estudio han participado un total de 546 alumnos de 3º de la ESO de cuatro Institutos públicos de Enseñanza Secundaria Obligatoria de Navarra ⁽²⁵⁾.

La intervención realizada consta de dos sesiones de 55 minutos cada una. La primera es una intervención dirigida a trabajar con los alumnos cuestiones generales relativas a tópicos relacionados con la salud mental, estructurada en forma de dinámicas de grupos, con ejercicios dirigidos. Se basa en el programa “*Lo Hablamos*”, validado por la Escuela de Salud Pública de Andalucía en el marco del Plan Integral de Salud Mental de Andalucía. En la segunda sesión, se abordarán cuestiones relacionadas con la enfermedad mental, facilitando el contacto directo con personas que han vivido la experiencia y pueden transmitir un mensaje de empoderamiento y recuperación ⁽²⁵⁾.

RESULTADOS OBTENIDOS DEL ESTUDIO

La intervención se muestra eficaz en la reducción de prejuicios, estereotipos y en la propensión a mostrar conductas discriminatorias hacia las personas con enfermedad mental inmediatamente después de la intervención. No obstante, es necesario evaluar la persistencia de los efectos a medio y largo plazo.

Los estudios disponibles hasta la fecha no han detectado evidencias de la manutención de los cambios, lo que orientaría hacia la necesidad de integrar programas de sensibilización dentro del currículo de los centros ⁽²⁵⁾.

6. CONCLUSIONES

1.- La prevalencia de los trastornos mentales es en la actualidad del 9%, excluyendo los trastornos por adicción de sustancias.

2.- Cada vez más personas van a ser diagnosticadas de algún trastorno mental, según muestran los estudios realizados.

3.- Las personas con enfermedad mental tienen una doble lucha: la que corresponde a su enfermedad, y la que proviene del estigma social y los actos discriminatorios a los que están sometidos.

4.- El estigma existente en torno a la salud mental afecta a diferentes aspectos de la vida de las personas, llegando a degradarlas como tales.

5.- Los medios de comunicación ejercen una gran influencia en cuanto a la discriminación y exclusión social hacia las personas con trastorno mental.

6.- Existe la necesidad de trabajar en el campo de la salud mental, ya que hoy en día sigue siendo un tema muy desconocido para la población.

7.- Los estudios realizados a lo largo de los años muestran la efectividad de los programas educativos en relación a la reducción de los prejuicios y estereotipos relacionados con las enfermedades mentales.

8.- Importancia de realizar campañas y talleres educativos junto con el contacto directo con las personas afectadas.

7. AGRADECIMIENTOS

Quisiera agradecer en primer lugar la atención recibida por parte de la directora del Trabajo Fin de Grado, la Dra. Miren Arantzazu Zabala Jauregialtzo, por haberme guiado y orientado a la hora de elaborar este trabajo.

Y también me gustaría dar las gracias a mi familia, que ha estado a mi lado en los momentos difíciles y en aquellos momentos de estrés, en los que me costaba avanzar con el proyecto.

8. BIBLIOGRAFÍA

- (1) Plan Estratégico 2012-2016 de Salud Mental de Navarra. Dirección de Salud Mental. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. Pamplona. Julio 2012. Pág. 7-13. Disponible en:
<http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/1E91CE27-0775-4CBE-B5DF-5F39FCE78DD5/266163/PlandeSaludMental1.pdf>
- (2) Plan Estratégico de Salud Mental de Navarra 2012-2016. Dossier de Prensa. Pág. 4-6, 8. Disponible en:
http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/6A6E64AE-3376-4E55-B865-FCBB4C7C531D/230853/DOSSIERDEPRENSA_PlanSaludMental.pdf
- (3) Página Web del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. Memoria del año 2013. Pág. 81. Disponible en:
<http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/47F22173-ACA8-4B14-953F-D6146B813D19/282343/Memoria2013Navegabledefinitiva.pdf>
- (4) Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES). Salud Mental y Medios de Comunicación. Guía de estilo. Edición 2008. Pág. 23, 24, 29. Disponible en:
<http://feafes.org/wp-content/uploads/2011/01/GUIA-DE-ESTILO-SEGUNDA-EDICION.pdf>
- (5) Elgie E, Amerongen APV, Byrne P, Arienza S, Hickey C, Lambert M, McCrae J, Sappia S. Descubre un nuevo camino. Apoyo y consejos para personas con esquizofrenia. 2008.
- (6) Shiloh R, Stuyjer R, Weizman A, Nutt D. Atlas de farmacoterapia psiquiátrica. Esteve. 2ª edición. 2006.
- (7) Página Web de la Clínica de Psicoterapia y Personalidad. Terapia cognitivo-conductual. Disponible en:
<http://psicologosoviedo.com/problemas-que-tratamos/cognitivo-conductual>
- (8) Apuntes de la asignatura Salud Mental. Adulto y Anciano II. 3º curso. 6º semestre del Grado en Enfermería. Universidad Pública de Navarra.

- (9) Muñoz M, Pérez Santos E, Crespo M, Guillén A.I. Estigma y enfermedad mental. Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental. Editorial Complutense.2009.Pág. 22-50. Disponible en:
<http://biblioteca.ucm.es/ecsa/9788474919806.pdf>
- (10) López M, Laviana M, Fernández L, López A, Rodríguez A.Mª, Aparicio A. La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. 2008. Pág. 7-10.
- (11) Federación de Euskadi de asociaciones de familiares y personas con enfermedad mental. Disponible en:
<http://www.fedeafes.org/>
- (12) Díaz del Peral D. El estigma de la enfermedad mental. Mayo del 2007. Artículo del periódico “El país”. Disponible en:
http://elpais.com/diario/2007/05/15/salud/1179180005_850215.html
- (13) Katschnig H, Freeman H, Sartorius N. Calidad de vida en los trastornos mentales. Masson. 2000.
- (14) Página Web de la Campaña antiestigma de la Junta de Andalucía. Disponible en:
www.1decada4.es
- (15) Noticia de la prensa “El Norte de Castilla” sobre la actual serie de televisión “La que se avecina” y su influencia sobre el estigma en salud mental. 2014. Disponible en:
<http://ocio.elnortedecastilla.es/famosos/feafes-critica-la-vision-distorsionada-que-ofrece-la-serie-la-que-se-avecina-de-07022014.html>
- (16) Cangas A.J, Gallego J, Navarro N. II. Congreso Nacional de Sensibilización al Estigma Social en Salud Mental y III. Congreso Internacional de Actividad Física y Deporte Adaptado. Libro de Actas. Volumen I: estigma, deporte y salud mental. Artículo 15. Carmona J.A, Cangas A.J. Universidad de Almería. Recursos contra el estigma asociado a los trastornos mentales. Pág. 65-71. Disponible en:
http://www.alboran-editores.com/pdf/congreso_sensibilizacion_estigma_social_parte1.pdf#page=64

- (17) Uriarte J.J, Arnaiz A. Estigma y enfermedad mental. Hospital de Zamudio. Osakidetza-Servicio Vasco de Salud. Pág. 56-58. Disponible en:
<http://documentacion.aen.es/pdf/revista-norte/volumen-vi/revista-26/049-estigma-y-enfermedad-mental.pdf>
- (18) Crítica publicada en el periódico “El Correo” realizada por el presidente de OME en relación a la película “Skizo”. Disponible en:
<http://es.scribd.com/doc/127342879/Boletin-OME-19>
- (19) Fuller Torrey E. Superar la Esquizofrenia. Editorial Planeta. 2006. Pág.351.
- (20) Guillén Andrés A.I. La lucha contra el estigma en el trastorno mental. Universidad Complutense de Madrid. Pág. 6-8. Disponible en:
http://www.incorporasaludmental.org/images/doc/D_CAS_ENT_DOCU_SUPO_0322_Lucha_Estigma_Trast_Mental.pdf
- (21) Página Web de la Asociación Navarra para la Salud Mental (ANASAPS). Disponible en:
www.anasaps.org
- (22) Federación Andaluza de Familiares y Personas con Enfermedad Mental. Disponible en:
<http://www.feafesandalucia.org>
- (23) Schulze B, Richter-Werling M, Matschinger H, Angermeyer M.C. Crazy? So what! Effects of a school project on students’ attitudes towards people with Schizophrenia. Pág. 5-6. Disponible en:
http://www.mentalhealthpromotion.net/resources/schulze_et_al_2003_.pdf
- (24) Cangas A.J, Navarro N. I. Congreso Nacional de Sensibilización al Estigma Social en Salud Mental. Libro de Actas. Universidad de Almería. 2012. Artículo 4. Fernández I, Cangas A.J, Carmona J.A. Comparación del efecto de un programa basado en la Terapia de Aceptación y Compromiso y otro basado en Psicoducción sobre el estigma asociado a los trastornos mentales. Pág. 27-33. Disponible en:
<http://www.alboran-editores.com/pdf/actas-congreso-salud-mental.pdf>

- (25) Cangas A.J, Gallego J, Navarro N. II. Congreso Nacional de Sensibilización al Estigma Social en Salud Mental y III. Congreso Internacional de Actividad Física y Deporte Adaptado. Libro de Actas. Volumen I: estigma, deporte y salud mental. Artículo 13. De Simón-Alonso L, García-Aguajo C, Madoz-Gúrpide A. Centro de Salud Mental de Burlada (Navarra) y Centro de Salud Mental San Blas. Hospital Ramón y Cajal (Madrid). ¿Y quién no? Presentación de un programa de reducción del estigma asociado a la enfermedad mental para estudiantes de institutos de enseñanza secundaria obligatoria. Pág. 51-54. Disponible en:
http://www.alboran-editores.com/pdf/congreso_sensibilizacion_estigma_social_parte1.pdf#page=64
- (26) Pérez Jarauta M^ªJ, Echauri Ozcoidi M, Salcedo Miqueleiz M^ªA. El Estrés. Diciembre 2013. Gobierno de Navarra.
- (27) Página Web de la película “People say I’m crazy”. Disponible en:
<http://www.peoplesayimcrazy.org>
- (28) FEAFES Ceifem. ¿Qué pensarías si tu hija saliera con una persona con trastorno bipolar? Vídeo encontrado en Youtube. Disponible en:
http://www.youtube.com/watch?v=PaA_RcMRvCM
- (29) Página Web de la Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental (FAISEM). Disponible en:
<http://www.faisem.es/>

9. ANEXOS

9.1 Anexo 1

CARTEL INFORMATIVO

JUNTOS CON LA SALUD MENTAL



**TALLERES EDUCATIVOS: Estigma y
Salud Mental**

***Centro de Salud Mental Casco Viejo
(Pamplona)***

**Talleres individuales y
grupales. ¡ANÍMATE!**

**INFÓRMATE llamando al: 948 02
54 68 o preguntando en el CSM.**

9.2 Anexo 2

ANUNCIO PERIÓDICO

En el lateral se muestra el anuncio que se publicará en la prensa local.

TALLERES EDUCATIVOS: Estigma y Salud Mental

Durante el mes de septiembre del 2014 se van a impartir unas sesiones educativas en relación al estigma que sufren las personas diagnosticadas de esquizofrenia, dirigidas tanto a pacientes como a su entorno más próximo (familia y amigos).

- ¿Dónde? **Centro de Salud Casco Viejo** (Pamplona).
C/Compañía, 8
- ¿Cuándo?
 - Talleres grupales de entre 15-20 personas: **11 y 12 de septiembre**, de **11:00 a 13:00h.**

Aquellas personas interesadas en acudir, deben contactar con el Centro de Salud Mental, llamando al siguiente número de teléfono (948 02 54 68) o bien acudiendo personalmente.

9.3 Anexo 3

AYUDA A LA TOMA RACIONAL DE DECISIONES – AFRONTANDO EL ESTIGMA

Con el objetivo de que el paciente afronte el estigma, en la sesión individual se trabajarán algunos aspectos en relación a la experiencia que ha tenido el propio paciente, para dar con la mejor solución.

A continuación se muestran las preguntas que se realizarán en la sesión:

- ¿Cómo me he sentido ante una situación concreta? Maneras de afrontar dicha situación.
- ¿Qué cosas puedo hacer para sentirme mejor conmigo mismo?
- ¿Qué dificultades tendría para ello?
- ¿Qué ayudas tendría para ello?

Fuente: Elaboración propia.

9.4 Anexo 4

FOLLETO INFORMATIVO SOBRE EL ESTRÉS ⁽²⁶⁾

A continuación se adjunta el folleto informativo sobre el estrés, que se repartirá a los pacientes en las sesiones individuales.

EL ESTRÉS

¿QUÉ ES EL ESTRÉS?

El estrés es una reacción normal y sana de nuestro cuerpo para afrontar los pequeños retos cotidianos y las situaciones difíciles de la vida. Nuestro cuerpo “se acelera” para tener energía y la fuerza necesaria en un preciso momento.

¿CUÁLES SON LAS FUENTES DE ESTRÉS?

- La sociedad en que vivimos puede ser una fuente de estrés.
- Situaciones difíciles de la vida:
 - Fallecimiento de un ser querido.
 - Divorcio o separación.
 - Despido
 - Jubilación

- Cambios en la economía
- Enfermedad
- ...
- Pero en ocasiones, la fuente de estrés está dentro de la persona, en las formas de pensar y sentir, y no descargar la tensión física.

¿CÓMO ESTAMOS DE ESTRÉS?

- Señales de malestar emocional:
 - Ansiedad
 - Tristeza
 - Verlo todo negativo
 - Apreciarse poco
 - Insomnio
- Señales de tensión física:
 - Nudo en el estómago
 - Tensión muscular
 - Sudoración



¿CÓMO AFRONTAR EL ESTRÉS?

1. Descargar la tensión física

- Respiración
- Masaje
- Técnicas de relajación

2. Afrontar las situaciones de la vida

- Analizar la situación
- Ver diferentes alternativas y tomar decisiones
- Plantearnos un plan de acción

3. Pensar distinto y sentirse mejor

- Apreciarnos más: Aceptarse y quererse.
- No generalizar las cosas: las cosas no son siempre blancas o negras.

- Disminuir las expresiones de inflexibilidad: "debo, debería, tengo que...".

4. Apoyarnos en la gente

- Contar lo que nos pasa y pedir ayuda a las personas de confianza es una de las mejores maneras de aliviar el estrés.



5. Una vida saludable

- Alimentarse bien
- Descansar suficiente
- Realizar ejercicio físico

¡MANEJAR EL ESTRÉS ES POSIBLE Y MERECE LA PENA PARA TU SALUD Y PARA SENTIRTE BIEN!

9.5 Anexo 5

PHILIPS 66

Los participantes de los talleres educativos reflexionarán en un primer momento sobre los sentimientos, emociones que les producen la “esquizofrenia” y el “estigma”. Para ello, en grupos de 6 personas se hará un listado durante 6 minutos, que posteriormente se pondrá en común.

A continuación se muestran las preguntas que se formularán a los participantes:

- ¿Qué os viene a la cabeza cuando escucháis esquizofrenia?
- Cuando escucháis estigma en salud mental, ¿qué os viene a la cabeza?

Fuente: Elaboración propia.

9.6 Anexo 6

REJILLA

Para la realización de la rejilla, el grupo se dividirá en subgrupos de 5 personas. Cada uno de los participantes expondrá al resto de su equipo sus sentimientos, emociones y vivencias en diferentes situaciones. Después se hará una puesta en común, destacando los aspectos más relevantes.

A continuación se muestra el ejemplo de la rejilla que se utiliza en el taller grupal:

El diagnóstico de una enfermedad mental supone un gran desconocimiento tanto para la persona diagnosticada como para su entorno más próximo. Y este desconocimiento a menudo crea una cierta ansiedad y provoca reacciones como tristeza, rabia, incertidumbre, etc.

A continuación vamos a reflexionar sobre nuestra experiencia en relación a la enfermedad mental, comentando al resto del grupo nuestros sentimientos, emociones en cada una de las siguientes situaciones:

- Momento del diagnóstico de la esquizofrenia.
- Nuestra relación con la familia.
- Nuestra relación con los amigos.

Fuente: Elaboración propia.

9.7 Anexo 7

PRESENTACIÓN DE UN CASO

Lea el siguiente fragmento en el que se refleja la historia de Miguel y reflexione acerca de las siguientes preguntas, en grupos de 3-4 personas.

Miguel, un joven de 35 años de edad diagnosticado de esquizofrenia a los 21 años. A pesar de ser un magnífico estudiante, se vio obligado a dejar sus estudios de lado debido al rechazo y a la continua discriminación que sentía por parte de sus amigos.

Actualmente, Miguel apenas mantiene relaciones sociales y tiene problemas para encontrar trabajo por padecer esquizofrenia.

- ¿Qué sentimientos/emociones le produce?
- ¿Se siente identificado con la historia de Miguel?
- ¿Qué podemos hacer para hacer frente a esta situación?

Fuente: Elaboración propia.

9.8 Anexo 8

FOLLETO INFORMATIVO SOBRE LA ESQUIZOFRENIA Y EL ESTIGMA^(5,8,11)

A continuación se adjunta el folleto informativo titulado “Conociendo la Salud Mental” que se repartirá a los asistentes al taller grupal. En él se proporciona algunos aspectos de interés sobre la esquizofrenia.

CONOCIENDO LA SALUD MENTAL

¿QUÉ ES LA ESQUIZOFRENIA?

La esquizofrenia es una enfermedad mental que afecta a importantes funciones mentales como: pensamiento, percepción, emociones y conducta.

¿CUÁLES SON LOS SÍNTOMAS DE UNA PERSONA CON ESQUIZOFRENIA?

- Alucinaciones
- Delirios
- Ideas paranoides
- Lenguaje pobre
- Falta de interés
- Dificultad para disfrutar de las cosas con las que antes disfrutaba
- Aislamiento social

¿QUÉ TRATAMIENTO SIGUE UNA PERSONA CON ESQUIZOFRENIA?

- Tratamiento farmacológico: fármacos antipsicóticos.
- Psicoterapia
- Imprescindible el apoyo de su entorno próximo

“TODOS SOMOS PARTE DEL TRATAMIENTO” Ministerio de Sanidad

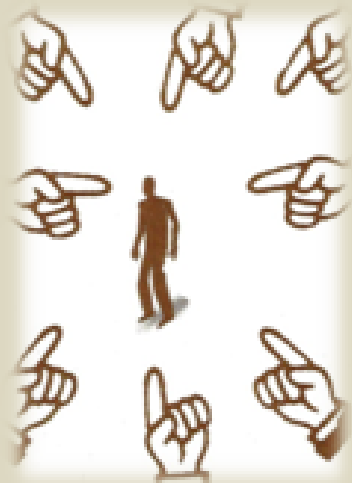


¿UNA PERSONA CON ESQUIZOFRENIA PUEDE HACER UNA VIDA NORMAL?

Sin lugar a dudas, una persona diagnosticada de esquizofrenia puede hacer vida normal, es decir, mantener su puesto de trabajo, ocuparse de las tareas del hogar, ocuparse de los hijos, etc.

¿QUÉ ES EL ESTIGMA?

El estigma es un atributo negativo que se coloca a las personas, que hace que éstas sean valoradas negativamente por la sociedad.



Marca negativa

Rechazo

Discriminación

¿QUÉ SUPONE EL ESTIGMA PARA LAS PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL?

- Para la propia persona:
 - Soledad
 - Sufrimiento
 - Tristeza
 - Vergüenza
 - Marginación
- Para la familia:
 - Sufrimiento
 - Rechazo
 - Culpabilidad

¿QUÉ PODEMOS HACER PARA CONSEGUIR QUE ESTAS PERSONAS SE SIENTAN MEJOR?

- Fuera los prejuicios.
- No discriminar.
- Aceptarlos con su enfermedad.

ASOCIACIONES PARA PERSONAS Y FAMILIARES

- ANASAPS: Asociación Navarra para la Salud Mental.
- FEAFES: Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Enfermos Mentales.
- FEDEAFES: Federación de Euskadi de Asociaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental.

9.9 Anexo 9

CUESTIONARIO SOBRE EL GRADO DE SATISFACCIÓN DEL PROGRAMA
(Marque con una X la respuesta que considere más oportuna en cada una de las preguntas, en una escala del 1 al 5, siendo 1 nada satisfactorio y el 5 satisfacción total)

1. Profesionalidad de los agentes de salud

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2. Temas trabajados

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

3. Metodología utilizada

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

4. Lugar donde se ha impartido el taller

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

5. Horario

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

6. Grado de satisfacción

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Para mejorar la calidad del programa, agradeceríamos que indicaran:

- **3 cosas que le han gustado:**

—
—
—

- **3 cosas que añadiría o cambiaría:**

—
—
—

Fuente: Elaboración propia.

9.10 Anexo 10

PELÍCULA “PEOPLE SAY I’M CRAZY”

“People say I’m crazy” (2003), una película dirigida y protagonizada por John Cadigan, diagnosticado de esquizofrenia, cuenta cómo es su día a día y cómo la enfermedad va afectando en los diferentes aspectos de su vida. De igual forma, dice que la película le ayudó a entender el impacto que la enfermedad tenía en su familia:

“The project became therapeutic. At first it helped me understand my symptoms. Bringing the camera into all parts of my life also helped me understand the impact of my illness on my family” ⁽²⁷⁾.

“Our society needs more empathy and understanding. I hope my film can help. We are not alone. There is hope!” ⁽²⁷⁾.

En ésta última frase el protagonista dice que la sociedad necesita empatizar y entender a estas personas, y cree que su película puede ayudar a lograrlo.

“I made the film to help the world know that, with a lot of help, we can build a fulfilling life for ourselves while living with the disease – just like anyone else can do when they have other brain diseases like Parkinson’s or multiple sclerosis or epilepsy”. ⁽²⁴⁾

El autor dice haber hecho esta película para hacer entender al mundo que las personas diagnosticadas de esquizofrenia pueden llevar una vida normal, al igual que personas diagnosticadas de Parkinson, Esclerosis Múltiple o Epilepsia.

“I have learned to live with my illness-thanks to good treatments and lots of help from my family and doctors: I have been living independently since the film was finished; I work regularly at my art; my symptoms continue to evolve, but are generally manageable, and I have a girlfriend” ⁽²⁷⁾.

Para finalizar, John dice que ha aprendido a convivir con su enfermedad, gracias al adecuado tratamiento médico y al apoyo recibido por parte de su familia. También refiere que ha estado viviendo solo, que ha seguido trabajando en temas relacionados con el arte, y que a pesar de que los síntomas aparezcan de vez en cuando, son totalmente manejables.

He aquí un claro ejemplo de una persona con esquizofrenia, totalmente independiente y capaz de sobrellevar su enfermedad de una manera muy gloriosa.

