



Universidad Pública de Navarra
Nafarroako Unibertsitate Publikoa

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS, SOCIALES Y DE LA
EDUCACIÓN

GIZA, GIZARTE ETA HEZKUNTZA ZIENTZIEN FAKULTATEA

Grado en Trabajo Social

Gizarte Langintzako Gradua

Trabajo Fin de Grado

Gradu Bukaerako Lana

Giza-bazterketak gaixotasun mental larriak dituzten pertsonen bizi- kalitatean dituen ondorioen azterketa

Alumno/Ikaslea: Jon Belza Lapuente

Tutor/Tutorea: Alberto Isaba Lacabe

Departamento/Saila: Soziologia eta Gizarte Lana saila

Campo/Arloa: Osasun mentala

Maiatza, 2023

Giza-bazterketak gaixotasun mental larriak dituzten pertsonen bizi-kalitatean dituen ondorioen azterketa

Laburpena

Azken urteotan aurrerapen handia egin da gaixotasun mental larrien ulermenean eta horiek pertsonen bizi-kalitatean duten eraginean. Hala ere, pertsona horiek erronka ugari dituzte oraindik ere, eta horien artean daude komunitatearen babesik eta ulermenik eza eta estigma soziala, besteak beste; izan ere, askotan gizarte-bazterketa eragiten dute, esparru sozial, ekonomiko, emozional, hezitzaile, laboral, politiko eta erlijiosoetan islatuta.

Lan honen helburua buruko nahasmendu larria duten pertsonen bizi-kalitatean gizarte-bazterketaren konekuentziak ezagutzea eta aztertzea da. Horretarako, alde batetik, buruko nahasmendu larria duen pertsona bati, gaur egun osasun mentalaren arloan lan egiten duen gizarte-langile bati eta buru-nahasmendu larria duen pertsona baten senide bati egindako elkarrizketa erdiegituratuetan oinarritutako metodologia kualitatiboa erabili da, eta, bestetik, Félix Garrido CRPSko erabiltzaileek egindako bizi-kalitatearen eskalak neurtzeko metodologia kuantitatiboa. Ondorioztatzen denez, gizarte-bazterketa nahasmendu mental larria duten pertsonen arlo eta alderdi desberdinetan dago, eta horrek, aldi berean, gaixotasuna okertzea eta pertsona horien bizi-kalitatea murriztea eragin dezake.

Hitz gakoak: Osasun mentala; Bizi kalitatea; Giza-bazterketa; Estigma; Diskriminazioa

Resumen

En los últimos años se ha producido un gran avance en la comprensión de las enfermedades mentales graves y su repercusión en la calidad de vida de las personas. Sin embargo, estas personas siguen teniendo numerosos retos, entre los que se pueden encontrar la falta de apoyo y comprensión de la comunidad y el estigma social, entre otras, llegando causar en muchas ocasiones exclusión social, reflejado en los ámbitos social, económico, emocional, educativo, laboral, político y religioso.

Este trabajo tiene por objetivo conocer y analizar las consecuencias de la exclusión social en la calidad de vida de las personas con trastorno mental grave. Para ello, se han empleado, por un lado, la metodología cualitativa basada en entrevistas semiestructuradas a una persona con trastorno mental grave, a un trabajador social que actualmente trabaja en el campo de la salud mental y a un familiar de una persona con trastorno mental grave, y por otro lado, la metodología cuantitativa mediante las escalas de calidad de vida realizadas por las personas usuarias del CRPS Félix Garrido. Se concluye que, la exclusión social existe en diferentes áreas y aspectos de las personas con trastorno mental grave, lo que a su vez puede provocar un empeoramiento de su enfermedad y mermar la calidad de vida de estas personas.

Palabras clave: Salud mental; Calidad de vida; Exclusión social; Estigma; Discriminación.

Abstract

In recent years there has been great progress in the understanding of severe mental illness and its impact on people's quality of life. However, these people continue to face numerous challenges, including a lack of support and understanding from the community and social stigma, among others, often leading to social exclusion, reflected in the social, economic, emotional, educational, occupational, political and religious spheres.

The aim of this work is to find out and analyse the consequences of social exclusion on the quality of life of people with severe mental disorders. For this purpose, we have used, on the one hand, the qualitative methodology based on semi-structured interviews with a person with severe mental disorder, a social worker currently working in the field of mental health and a relative of a person with severe mental disorder, and on the other hand, the quantitative methodology through the scales of quality of life made by the users of the CRPS Félix Garrido. It is concluded that social exclusion exists in different areas and aspects of people with severe mental disorder, which in turn can lead to a worsening of their illness and reduce the quality of life of these people.

Key words: Mental health; Quality of life; Social exclusion; Stigma; Discrimination.

Aurkibidea

SARRERA.....	5
1. HELBURU ETA HIPOTESIAK.....	6
1.1 Helburu orokor eta espezifikoak.....	6
1.2 Hipotesiak.....	7
2. MARKO TEORIKOA.....	8
2.1 Giza-bazterketa.....	8
2.1.1. Terminoaren garapen historikoa.....	9
2.1.2. Bazterketa bultzatzen duten faktore eta esparruak.....	12
2.1.3 Giza bazterketa gaur egun Espainian.....	15
2.2 Gaixotasun mental larria.....	17
2.2.1 Kontzeptualizazioa.....	17
2.2.2. Osasun mentalaren egoera.....	19
2.2.3 Tratamendu posibleak.....	20
2.2.4 Errekurtso eta baliabideak.....	24
2.3 Giza-bazterketa eta gaixotasun mental larria.....	27
2.3.1 Estigma osasun mentalean.....	28
2.3.2 Osasun mental arazoak dituzten pertsonen bazterketa eremuak.....	30
2.3.3 Bazterketatik inklusiorako bidea.....	33
3. METODOLOGIA.....	35
3.1 Metodologia kualitatiboa.....	35
3.2 Metodologia kuantitatiboa.....	35
3.3 Erabilitako teknikak.....	36
3.3.1. Bibliografia- eta dokumentu-berrikuspena.....	36
3.3.2. Teknika kualitatiboak.....	36
3.3.3 Teknika kuantitatiboak.....	37
3.4 Tekniken eta helburuen arteko lotura.....	38
3.5 Hautatutako profilak.....	39
3.6 Elkarrizketen gidoia egitea.....	40
4. EMAITZEN ANALISIA.....	42
4.1 Komunitatean integratzeko zailtasunak eta gizarte-isolamendua.....	42
4.2 Baliabideak eta zerbitzuak eskuratzeko oztopoak.....	45
4.3 Indarkeria- eta abusu-esperientziak.....	46
4.4 Laguntza- eta akonpainamendu-premiak.....	47
4.4.1. Medikazioa.....	47
4.4.2. Familia, gizarte-laguntzako sarea eta komunitateraren garrantzia.....	49
4.5 Estigmatizazioa eta diskriminazioa.....	53
4.5.1 Autoestimuan eta identitatean duen eragina.....	55
ONDORIOAK ETA HOBETZEKO PROPOSAMENAK.....	59
BIBLIOGRAFIA.....	64
ERANSKINAK.....	71
I. Eranskina. Nahasmendu mental larria duen pertsonaren elkarrizketan erabilitako gidoia.....	71
II. Eranskina. Gizarte langintzako profesionalaren elkarrizketan erabilitako gidoia.....	73
III. Eranskina. Nahasmendu mental larria duen pertsonaren familiaren galdetegia.....	75
IV. Eranskina. Bizi-kalitatearen WHOQOL-BREF eskala.....	76
V. Eranskina. WHOQOL-BREF bizi kalitate eskalen laburpena.....	80
VI. Eranskina. Parte hartzeko eta datu pertsonalak babesteko baimena.....	81

SARRERA

La enfermedad mental grave afecta a muchas personas en todo el mundo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que alrededor del 15% de la población mundial padece algún tipo de enfermedad mental y que alrededor del 25% de la población sufrirá algún trastorno mental grave a lo largo de su vida, como señala la fundación Adecco en colaboración con Johnson & Johnson (Vázquez, 2022). La situación de estas personas se agrava aún más cuando tienen discapacidad intelectual, por lo que la atención, el apoyo y los cuidados deben ser aún mayores. En el caso de las personas con enfermedad mental grave, su impacto en la calidad de vida es muy alto. Estas personas tienen una pérdida de autonomía, una incapacidad para participar en la vida social y se enfrentan también a situaciones de exclusión social. Esto conlleva pérdida de autoestima, baja motivación y aislamiento.

En los últimos años se ha producido un gran avance en la comprensión de las enfermedades mentales graves y su repercusión en la calidad de vida de las personas. Sin embargo, estas personas siguen teniendo numerosos retos. Algunos de estos retos son la falta de apoyo y comprensión de la comunidad, el estigma social y la falta de recursos para atender, lo que genera exclusión social. La exclusión social corresponde al proceso en el que la sociedad deja de reconocer a un individuo como miembro, limitando el acceso a los recursos y oportunidades disponibles para otros miembros. Esta exclusión se refleja en los ámbitos social, económico, emocional, educativo, laboral, político y religioso. Esto significa que los pacientes con trastorno mental grave no tienen la misma opción que el resto de la población para participar en la vida pública. Sin embargo, los efectos de la exclusión social van más allá de la mera marginación. La exclusión social puede tener un impacto significativo en la calidad de vida de la persona con trastorno mental grave. Entre estas consecuencias pueden estar el aislamiento emocional, los sentimientos de desesperación y la baja autoestima, así como una mayor sensibilidad a la soledad, la ansiedad y la depresión. Estos sentimientos pueden desencadenar comportamientos de riesgo como el consumo de drogas y el suicidio.

En este sentido, se pretende analizar las consecuencias que la exclusión social de las personas con enfermedad mental grave tiene en su calidad de vida, junto con el problema de exclusión social y la desprotección en la perspectiva social, para poder entender mejor los problemas a los que se enfrentan estas personas y desarrollar estrategias de protección e inclusión social. En este trabajo se abordan cuestiones como la definición del trastorno mental grave y su repercusión en la vida de las personas afectadas, los problemas de exclusión social a los que se enfrentan y las posibles soluciones para ayudarlas y contribuir a mejorar su calidad de vida. También se analizan las principales perspectivas de los programas de apoyo y programas existentes para hacer frente al problema de la exclusión social de las personas con trastorno mental grave. Estas cuestiones se abordan mediante 2 entrevistas, a una persona con trastorno mental grave y un trabajador social que actualmente trabaja en el ámbito de la salud mental, un

Giza-bazterketak gaixotasun mental larriak dituzten pertsonen bizi-kalitatean dituen ondorioen azterketa

cuestionario a un familiar de una persona con trastorno mental grave y escalas de calidad de vida realizadas por las personas usuarias del Centro de Rehabilitación Psicosocial Félix Garrido. Posteriormente se realiza un análisis de los resultados conseguidos de la investigación con las consecuentes conclusiones.

Este trabajo de fin de grado es una oportunidad para ayudar a mejorar la calidad de vida de las personas con enfermedad mental grave. Con ello se espera una mayor comprensión del contexto social de estas personas y el desarrollo de estrategias para abordar el problema de la exclusión social y contribuir a su integración social. Por eso, el trabajo se fundamenta en los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la ONU, específicamente en los objetivos de salud y bienestar (ODS 3) y reducción de las desigualdades (ODS 10). Al analizar las consecuencias de la exclusión social en la calidad de vida de las personas con trastorno mental grave, se busca promover la salud mental y el bienestar, así como reducir las desigualdades en el acceso a los servicios de salud mental y en la participación social de estas personas. Al abordar estos objetivos, se busca contribuir a un mundo más equitativo y sostenible para todos.

1. HELBURU ETA HIPOTESIAK

Lehen atal honetan, lan honen helburuak deskribatzen dira, bai eta hasierako hipotesiak ere. Lehenik eta behin, helburu orokorrak eta helburu orokor bakoitza lortzeko helburu espezifikoak planteatzen dira. Ondoren, emaitzei buruzko hipotesiak planteatzen dira, helburuei dagokienez, landa-lanaren aurretik.

1.1 Helburu orokor eta espezifikoak

1. Gizarte-bazterketak gaixotasun mental larria duten pertsonen ongizatean eta bizi-kalitatean duen magnitudea eta eragina aztertzea.

1.1 Gaixotasun mental larriak dituzten pertsonen erronkak hobeto ulertzea, haien bizi kalitatea hobetzeko programa eta esku hartze espezifikoak garatu ahal izateko.

1.2. Haiekin egiten den esku-hartzeari buruz adierazten diren pertzepzioa, sentsazioak eta sentimenduak ezagutzea.

1.3 Gizarte-bazterketak gaixotasun mental larria duten pertsonen ongizate psikosozialean duen eragina aztertzea.

1.4 Gizarte-bazterketaren eta gaixotasun mental larrien sintomen larritasun-mailaren arteko lotura ikertzea.

1.5 Gaixotasun mental larriak dituzten pertsonak gizartetik baztertzen laguntzen duten faktoreak identifikatzea.

1.6 Gaixotasun mental larriak dituzten pertsonen gizarte-bazterketa murrizteko esku-hartzeen ondorioak aztertzea.

1.7 Gizarte-bazterketak gaixotasun mental larriak dituzten pertsonen bizi-kalitatean duen eragina ebaluatzea.

1.2 Hipotesiak

Aurrez deskribatutako ikerketa-helburuen arabera, honako hipotesi hauek sortzen dira:

1. Gizarte-bazterketak nahasmendu mental larriak dituzten pertsonen bizi-kalitateari eragiten dio, eta horiek okerrera egitea eragin dezake.
2. Gizarte-inguruneak eta jasotako laguntzak zeregin garrantzitsua dute Buruko Nahasmendu Larria duten pertsonen bizi-kalitatean eta gizarte-bazterketaren murrizketan.
3. Arreta medikoak eta eskuragarri dauden baliabideek eragina dute bizi-balioasuna hobetzeko eta gizarte-bazterketa murrizteko.
4. Baliabiderik ez izateak eta arreta egokia jasotzeak gaixotasun mental larria duten pertsonak gizartetik baztertzen laguntzen du.
5. Osasun mentaleko zerbitzu egokirik ez izateak eta finantza-laguntzarik ez izateak gaixotasun mental larria duten pertsonak gizartetik baztertzen laguntzen dute.
6. Gaixotasun mental larriak dituzten pertsonen gizarte-bazterketa murrizteko esku-hartzeek eragin positiboa izango dute haien ongizate psikosozialean.
7. Gizarte-bazterketak arazo psikologiko berriak sorraraz ditzake.
8. Gizarte-bazterkeriaren tasak handiagoak dira gaixotasun mental larria duten pertsonen artean biztanleria osoaren artean baino.
9. Enplegurako, etxebizitzarako edo babes juridikorik ez izateko oztopoek gaixotasun mental larria duten pertsonen bizi-kalitatea kaltetzen dute.

2. MARKO TEORIKOA

Atal hau hiru multzotan banatzen da: Alde batetik, gizarte-bazterkeriari buruzko hurbilketa teorikoa, horrek dakarrenaren terminoaren azalpenarekin, bultzatzen duten faktore esta esparruekin eta gaur egungo espainiako egoerarekin. Beste alde batetik, gaixotasun mental larriaren hurbilketa teorikoa, haren kontzeptualizazioarekin, espainiar estatuak aurkeztutako datuekin, gaixotasun mental larriak lantzeko tratamendu posibleekin eta Espainian dauden errekurtso eta baliabide ezberdinekin. Azkenik, gizarte-bazterkeriaren eta buru-nahaste larriaren fenomenoari buruzko ikuspegi teorikoa ematen da. Honetan, estigmak duen eragina pertsona hauetan, dauden bazterketa eremuak eta pertsona hauen gizarteratzea gauzatzeko zereginei buruz hitz egiten da.

2.1 Giza-bazterketa

Gizarte bazterketa hainbat alditan definitu den terminoa izan da historian zehar, erakunde, elkarte eta pertsona asko saiatu dira definitzen forma oso ezberdinetan. Castells-ek (2001), adibidez, honela definitzen du: "Zenbait gizabanakori eta talderi sistematikoki galarazten zaie testuinguru jakin batean erakundeek eta balioek zehaztutako maila sozialen barruan biziraupen autonomia ahalbidetuko lieketen posizioak eskuratzea". Baina ez da termino honi erreferentzia egin dion autore bakarra, Tezanos eta Tezanos-ek (2005) ere haien iritzia eman zuten gaiari buruz: "'Gizarte-bazterketa' terminoa gaur egungo gizarteetan erabateko gizarte-herritartasuna definitzen duten bizi-aukeretatik kanpo dauden pertsona guztiak aipatzeko erabiltzen da. Kontzeptu horren esanahia zentzu negatiboan definitzen da, zer falta den eta zer "baztertuta" geratzen den kontuan hartuta". Hala ere, esan genezake gizarte-bazterkeriaren kontzeptua gizabanakoaren garapen integrala zailtzen edo eragozten duten barneko (sexua, adina, arraza...) eta kanpoko (klase soziala, kulturala, ekonomikoa...) faktore batzuk biltzen dituen fenomeno gisa definitzen dela, eta egiturazko arrazoiek (sozializazio-prozesuetan, lan-merkatuaren funtzionamenduan... eragiten duten kultura-jarraibideak) eragindako gizarte-desabantailako egoerak aipatzen dituela. Izan ere, prozesu erlatiboa da, aldatu egiten baita hainbat gizarte eta une historikoren arabera, dinamikoa da (integrazio-eremuan dagoen pertsona bazterkeriarantz igaro daiteke eta bazterkerian dagoen bat integrazio eremura ere) eta dimentsio anitzekoa, hainbat dimentsiotan eragin baitezake, hala nola ekonomikoan, sozialean eta politikoan. Izan ere, kontzeptua dimentsio ekonomikoaren berezko desberdintasun-alderdiak biltzeaz arduratzen da, baina baita beste asko ere, hala nola lan-prekarietatea edo osasun-baldintzak, harreman sozial egonkor eta funtzionalik eza, prestakuntza eskasa, etxebizitza duinik ez izatea edo ez izatea, familia-loturarik ez izatea... (Subirats et al., 2004).

2.1.1. *Terminoaren garapen historikoa*

Gizarte-bazterketaren bilakaera aldatuz joan da azken urteetan, eta ñabardura eta esanahi desberdinekin erabili da. Hasieran, terminoa baldintza pertsonal edo sozialetan zeuden pertsonetara mugatzen zen, eta ezin zuten gizartean integratu herritar ertain baten baldintza berberetan, hau da, lan bat egiten zuen edo erretiroagatiko prestazio egoki bat jasotzen zuen norbaiten baldintza berberetan. Nazioarteko Lankidetzeta eta Garapenari buruzko Ikasketa Institutuak eta Euskal Herriko Unibertsitateak (d.g.) elkarrekin daukaten Ekintza Humanitarioaren eta Garapenerako Lankidetzaren Hiztegian terminoaren garapen historikoa aurki daiteke, non ikus daiteke gizarte-bazterkeriaren kontzeptua 70eko hamarkadan sortu zela Frantzian (aspalditik erabiltzen zen bazterketa), gizarte-loturen haustura gisa ulertuta, eta horrek eragina zuen integrazio nazionalaren eta gizarte-elkartasunaren tradizio frantsesean. René Lenoirrek sortu zuen, garai hartan Chirac-en gobernuan Gizarte Ekintzako Estatu Idazkaria zenak, 1974an argitaratutako *Les exclus: un Français sur Dix* liburuarekin. Liburu horretan, enpleguan oinarritutako gizarte-segurantza publikoko saretik kanpo bizi ziren frantziar biztanleen % 10 aipatzen zen (ezinduak, zaharrak, abusuak jasaten dituzten haurrak, toxikomanoak, etab.). Silverman-ek (1994) terminoaren bilakaerari buruzko deskribapen nahiko sailkatzailea berregiten du. Argudiatzen duenez, bazterketaren diskurtsoa 1960ko hamarkadan hasi zen eztabaidatzen Frantzian, behartsuei buruzko erreferentzia lauso eta ideologikoak birformulatzeko, baztertuei buruz hitz eginez, eta bazterkeriaren kontzeptua ez zen zabaldu, ez zelako krisi ekonomikorik egon. Beste aldetik, garai hartako kontzeptuaren hedadura mugatuak, antza denez, fenomenoak Frantzian zuen hondar-izaerari erantzuten dio, non pobrezia gaindi zitekeen arazotzat jotzen zen, gizarte-gorputz osoarentzat mehatxu izan behar ez zuena (Paugam, 1996).

Kontzeptua Frantzian hedatu zen 80ko hamarkadan, maila akademikoan, politikoan eta sozialean, gizarte-arazo berriek (langabezia, ghettoak, familia-egituran izandako aldaketak) kaltetutako sektore behartsuei erreferentzia egiteko, ongizate-estatuaren politika zaharrek ez baitzieten erantzun egokirik ematen sektore horiei. Horrela, gizabanakoak, familiak eta taldeak gizarteratzeko gizarte-politika eta -programa berriak sortu ziren, eta horien artean honako hauek nabarmendu ziren: Gizarteratzeko Gutxieneko Diru-sarrerara, iraupen luzeko langabeei prestakuntza eta lana eskaintzera bideratua (700.000 onuradun baino gehiagorekin 90eko hamarkadaren erdialdean); hezkuntza eremu marjinaletan; delinkuentziaren prebentzioa gazteentzako zentroen bidez; eta auzoen gizarte-garapena (etxebizitzak, lan komunitarioa, zerbitzuak) (De Haan, 1998:11). Kontzeptua azkar hedatu zen Iparraldeko beste herrialde batzuetan, bereziki Europar Batasuneko hainbat programa eta organismoen bitartez. Europan eta AEBetan gero eta garrantzi akademiko eta politiko handiagoa izan du, batez ere 80ko hamarkadaz geroztik pobrezia gora egin duelako Europan eta 90eko hamarkadaz geroztik herrialde sozialista zaharretan. Gero, herrialde garatuetan sortutako

Giza-bazterketak gaixotasun mental larriak dituzten pertsonen bizi-kalitatean dituen ondorioen azterketa

kontzeptu hori hirugarren munduko herrialdeetara ere hedatu da, eta garapen-arazoei aplikatu zaie (Euskal Herriko Unibertsitatea & Nazioarteko Lankidetzeta eta Garapenari buruzko Ikasketa Institutua. D.g.).

Azken urteetan, Tezanosek (1999) adierazi du gizarte-bazterkeria esamoldea erabili dela "nolabait, gaur egungo gizarteetan erabateko gizarte-herritartasuna definitzen duten bizi-aukeretatik kanpo dauden pertsoneri" erreferentzia egiteko. Kontzeptu hori, funtsean, gabeziaren terminoetan definitzen da. Beraz, zentzu negatiboa du, eta beste kontzeptu bati dagokionez bakarrik uler daiteke: gizarteratzeari dagokionez. Horrela, bazterketak gizartearen irudi duala aipatzen du (barrualdea-kanpoaldea), bai eta gizartearen barruan berezko ezaugarriak dituen modua ere (integratua/baztertua). Gizarte-bazterkeriaren logikak, lehenik eta behin, une jakin batean gizabanakoen eta gizarte-taldeen kokapena inklusioaren eta bazterketaren ildoaren alde batera edo bestera zehazten duen oro adierazten digu. Beraz, baztertuak gizarte-herritartasunarekin lotutako prozesuetatik kanpo daude, hau da, pertsonaren ongizatearekin zerikusia duten herritarren eskubide eta betebeharretatik kanpo (lana, osasuna, hezkuntza, prestakuntza, etxebizitza, bizi-kalitatea...). Joan Subiratsek eta beste batzuek (2004) ideia horien alde egiten dute, eta argudiatzen dute mendebaldeko eta industria-osteko gizartean erabateko gizarteratzea lortzeko pertsonak oinarritzeko hiru ardatzetan parte hartu behar dutela: merkatua eta/edo pertsona bakoitzak emandako gizarte-onura, trukerako eta balioa sortzeko ekarpen kolektiboari lotzeko mekanismo gisa; birbanaketa, funtsean botere eta administrazio publikoek gauzatzen dutena; eta, azkenik, familiaren eta gizarte-sareen esparruan hedatzen diren elkarrekikotasun-harremanak.

Gaur egungo bazterketa osatuko luketen elementu ohikoenen sailkapenatariko bat García Rocarena da (1998). Egile honek gizarte-bazterkeriaren hiru dimentsio edo prozesu ezartzen ditu, eta horiei hiru integrazio-eremu eta tarteko edo kalteberatasuneko hiru eremu dagozkie, multidimensionalak direnak, guztiak lotutak daudenak. Bazterketaren dimentsioak honako hauek dira:

- a) Egiturazko dimentsio edo dimentsio ekonomiko bat, biziraupenari eragiten dion baliabide materialen gabeziari buruzkoa, lan-merkatutik kanpo uztearen ondorioz.
- b) Testuinguruaren edo gizartearen dimentsioa, honako ezaugarri hauek dituena: gizarte-loturen disoziazioa, desafilazioa eta harreman-egituraren hauskortasuna; bestela esanda, familia-bizitzan eta dagokion komunitatean integrazioerik ez izatea.
- c) Dimentsio subjektiboa edo pertsonala, komunikazioaren haustura, esanahiaren ahultasuna eta bizi-dinamismoen higadura (konfiantza, identitatea, elkarrekikotasuna, etab.) ezaugarri dituena.

Ikuspegi horretatik, bazterketa haustura hirukoitz baten emaitza da. Beraz, bazterkeriari aurre egiteko eta integrazioan aurrera egiteko, partaidetzara, laneratzera, ahalduntzera, esanahi pertsonalera eta

beste jarduera batzuetara bideratutako estrategiak behar dira, pertsona bere komunitatean indartzea eta integratzea ahalbidetuko dutenak. Bazterketaren arrazoiak askotarikoak eta elkarri lotuak direnez, erantzunek ere integralak izan behar dute, eta elkar indartu behar dute. Hala eta guztiz ere, hainbat autorek beste dimentsio bat ere nabarmentzen dute, gabezia politikoaren dimentsioa. Dimentsio horrek zerikusia du botere-gabeziarekin, erabaki publikoetan parte hartzeko zailtasunarekin edo ezintasunarekin (adibidez, AEBetan egiaztatu da familien maila sozioekonomikoa zenbat eta txikiagoa izan, orduan eta txikiagoa dela parte-hartze politikoa) (Faro democrático, 2020).

Horrela, aipatutako gizarte-bazterkeriaren dinamikaren barruan, bazterkeriaren ibilbidea hiru eremuetan banatu daiteke: alde batetik, integrazio- edo kohesio-eremua; bigarrenik, kalteberatasun- edo prekariedade-eremua; bestetik, asistentzia eremua eta azkenik bazterketa-eremua (Tezanos, 2001; Castel, 1995).

- Integrazio-eremuan ardatz desberdinekiko loturak sendoak eta egonkorak dira. Hau da, eremu horretan lan egonkorra eta harreman-inskripzio sendoa dutenak, gizarte-ondasunak kontsumitu ditzaketenak eta beren gizarte-inguruneko kultura-balioetan parte hartzen dutenak egongo liriateke.
- Prekariedade eremuan lan- eta harreman-ardatzen ezegonkortasunak "subjektu hauskorak" ezaugarritzen ditu, eta integrazio-eremura edo gizarte-bazterketako eremura eramanez daitezke. Lan-ardatzean hainbat egoera sartzen dira, hala nola lan-prekariedadea, langabezia, okupazio-intermitentzia eta ezkutuko ekonomia; harreman-ardatzean, berriz, hauskortasuna dago familia-harremanetan eta -euskarrietan eta euskarri soziokomunitarioetan.
- Asistentzia-eremua gizarte-eremu bat da, non hainbat arrazoiengatik gizartean erabat integratzea lortzen ez duten eta prekariedade-eremuan dauden pertsonen sufrimendua eta pobrezia arintzeko neurriak eta politikak aplikatzen diren.
- Bazterketa-eremuan sistematikoki gizartean erabat parte hartzetik kanpo geratzen diren gizabanakoak edo taldeak agertzen dira. Arrazoi ekonomiko, politiko, sozial, kultural edo psikologikoengatik baztertuak diren gizabanakoek osatzen dute. Eremu horren barruan muturreko pobrezia, langabezia kronikoa, gaixotasun mentalak, adikzioak, ezintasunak... dituzten pertsonak daude.

Tezanosek (1999) Castelek definitutako lau zonetako bakoitzaren analisia planteatzen du, lan-, ekonomia-, kultura-, gizarte- eta banakako aldagai multzo bat erabiliz, gizarteratze-prozesuak aztertzeko metodo bat emanez. Tezanosen ustez, aldagai horien artean ezarritako harremanek baldintzatzen dute gizarte-bazterkeriatik integratzearako balizko trantsizioa.

Giza-bazterketak gaixotasun mental larriak dituzten pertsonen bizi-kalitatean dituen ondorioen azterketa

1. Taula.

"Bazterketa-inklusioren" faktoreak eta eremuak

	<i>Zona de integración</i>	<i>Zona de vulnerabilidad</i>	<i>Zona de asistencia</i>	<i>Zona de exclusión</i>
Situación laboral	<i>Empleo estable o fijo</i>	<i>Empleo precario o inestable</i>	<i>Desempleo</i>	<i>Inempleabilidad</i>
Ámbito económico	<i>Empresas y actividades estables y con futuro</i>	<i>Empresas y actividades económicas inestables o en crisis, Economía desregulada o sumergida.</i>	<i>Aportaciones públicas reglamentadas o beneficencia</i>	<i>Aleatoriedad de ingresos</i>
Situación relacional	<i>Fuertes redes familiares y sociales</i>	<i>Fragilidad relacional. Individualismo.</i>	<i>Carencias relacionales compensadas por iniciativas asistidas de inserción</i>	<i>Aislamiento social</i>
Sentimientos	<i>Seguridad, confianza en el futuro</i>	<i>Miedos, incertidumbres.</i>	<i>Fatalismo, falta de perspectivas</i>	<i>Desesperación anomia</i>
Actitudes básicas	<i>Conformismo, emulación</i>	<i>Desconfianza, inseguridad.</i>	<i>Protesta, resignación.</i>	<i>Desviación, pasividad, violencia, rebeldía</i>
Factores de riesgo	<i>Inestabilidad económica, enfermedades, incertidumbres ante la vida etc.</i>	<i>Crisis familiares, ruptura de solidaridad de grupo, fracaso escolar, inadaptación cultural, minusvalías, etc.</i>	<i>Alcoholismo, drogadicción, depresión, aislamiento, clausura social</i>	<i>Enfermedades, accidentes, delitos, suicidios, etc.</i>

Iturria: Lasheras eta Yoldi (2020) Tezanostik (1999:51) abiatuta

2.1.2. Bazterketa bultzatzen duten faktore eta esparruak

Lehen azaldu dugun bezala, gizarte-bazterketa fenomeno estrukturala eta dimentsio anitzekoa da, eta horren ondorioz, gizabanako eta talde batzuk ezin dira jo gizarateko eskubide osoko kide izan. Gizartetik kanpo dagoen pertsona batek errekonozimendu falta edo eskubide sozialen gabezia jasaten du eta ez du aukerarik bere bizi-proiektua gauzatzeko. Gizarte-estatusa galtzeko arriskua dakar, eta pertsona hori gizarte-

zerbitzuetara jotzera edo gizarte-zerbitzuen mende egotera eramaten du eta estigmatizazioa gerta daiteke, pertsonari ez ezik, bizikidetzaren inguruerik zabalenera ere eragin diezaiokiena. Esku hartzeko, gai izan behar dugu ulertzeko zeintzuk diren bazterkeria-logikak, zein diren pertsonen eragiten dieten arrisku-faktoreak eta zein diren babes-faktoreak.

Hori oinarri hartuta, bazterkeria eragiten duten faktore nagusiak identifikatzea izango litzateke hurrengoa. Zehazki, Subiratsek (2005) Espainiako bazterkeriaren magnitudearen eta egituraren funtsezko mugatzaile gisa jarduten duten hiru mekanismo aztertzea proposatzen du:

1. Gizartearen hiru dimentsioko zatiketa: Laburbilduz, gaur egungo gizarte-egitura iraganekoa baino konplexuagoa eta zatikatuagoa da, etorkinen kolektibo askori eragiten dien etnia-dibertsifikazioarekin, biztanleria gero eta zaharragoarekin eta familia-bizikidetzaren modu anitzekin. Gainera, haur-hezkuntzako eta zahartzaroa zaintzeko politika egokirik ez izateak eta familia- eta lan-bizitza orekatzeko zailtasunak, eredu patriarkalaren higadurarekin batera, arrisku sozialeko dinamika berriak eragiten ari dira emakumeengan.
2. Ekonomia postindustrialaren eragina enpleguan: Bigarrenik, garrantzitsua da kontuan hartzea informazio-ekonomiarako trantsizioak lan-merkatuan eta lan-harremanetan duen eragina. Aldaketa horrek aukera berriak sortu ditu gizarteko sektore batzuentzat, baina galtzaile historikoak ere sortu ditu, hala nola gazteen langabezia, kalitate txikiko lanak eta lan-babesik gabeko soldata txikiak. Horren ondorioz, gizarte-bazterketako gune berriak sortu dira, batez ere prestakuntza-gabeziak dituzten gazteentzat eta familia-kargak dituzten helduentzat. Gainera, produkzio-prozesuen malgutasunak lanaren deserregulazio-prozesuak eta gizarte-babesaren eskemen higadura eragin ditu, eta horrek gizarte-bazterketa handiagoa eragin du.
3. Ongizate Estatuaren inklusibitate-defizita: Ongizate-estatuaren inklusibitate-defizitak funtsezko eragina du bi arlo nagusitan. Lehenik eta behin, ongizate-politika klasikoek, hala nola Gizarte Segurantzak eta irakaskuntza publikoak, haustura eragin dute herritarrengan, haien diseinua ez delako oso inklusiboa, eta, batzuetan, inplementazioak porrot egin duelako. Adibidez, mekanismo kontributiboarekiko lotura eskasa duten taldeak edo eskola-porrotaren aurrean kalteberak diren sektoreak baztertuta daude. Bigarrenik, presentzia publiko ahuleko ongizate-merkatuak, hala nola lurzorukoak eta higiezinak, beren bereizketa-izaera handitzen ari dira, eta, horren ondorioz, gizarte-talde zabal batzuk etxebizitza eskuratzetik kanpo geratzen ari dira, eta lurraldean haustura sozialaren ereduak areagotzen ari dira. Arazo horiek elkarri lotuta daude, eta askotan elkar indartzen dute. Gizarte-bazterkeriako dinamikak harreman horien itzalpean garatzen dira, eta zenbait kolektibok, hala nola etorkinek, bereziki pairatzen dute gizarte-babeseko sistemetara sartzeko

Giza-bazterketak gaixotasun mental larriak dituzten pertsonen bizi-kalitatean dituen ondorioen azterketa

oztopoak eta etxebizitza-merkatuko diskriminazioa. Gainera, mendeko biztanleria-sektoreek eta auzo periferikoetan bizi diren komunitateek ere bazterkeria jasaten dute.

Beste egile batzuek, hala nola Jiménez Ramirezek (2008), gizarte-bazterketako prozesu horiek osatzen dituzten faktore edo ardatz batzuk nabarmentzen dituzte, hala nola: laneratzeko zailtasuna, enplegua edo langabezia galtzea; pobrezia, diru-sarreraren mailari soilik erreferentzia eginez; hezkuntza eta hezkuntzako gutxieneko batzuk lortzeko zailtasuna; etxebizitzarik eza; familia-desegituraketa; teknologia berriak eskuratzeko eta ikasteko zailtasunak, eta abar. Hala ere, badago beste iritzi batzuk dituzten erakundeak, hala nola, Europako Erkidegoen Batzordearen Komunikazioaren arabera (2000), "Enplegua da gizarteratzeko eta gizarteratzeko mekanismo nagusia: langabezia da bazterkeria-faktore nagusia, batez ere, gero eta sarriago gertatzen den bezala, etxe bateko kide guztiei eragiten dienean" (p.6). Hala ere, zehaztu dute gizarte-bazterketa desokupazioaren eta lan-merkatuan sartzeko ezintasunaren ondorio bat baino gehiago dela. Hainbat motatako gabezien eta oztopoen bitartez adierazten da, eta horiek, modu isolatuan edo batera, hezkuntza, osasuna, ingurumena, etxebizitza, kultura, eskubideak baliatzea edo familia-laguntzak, prestakuntza eta enplegu-aukerak bezalako eremuetan erabateko parte-hartzea eragozten dute. Gainera, diskriminazioak eta xenofobiak gizarte-bazterkeria areagotu dezakete, bereziki etorkinen kasuan.

Azaldutako eremuez gain, gizarte-bazterketa ulertzeko, garrantzitsua da gizarte-desberdintasunari laguntzen dioten lau faktore nagusi kontuan hartzea: adina, generoa, jatorri etnikoa eta klasea. Faktore horiek gizarteratze- eta baztertze-dinamikak indartu ditzakete, eta bakoitzak gizarte-bazterkeriari eragiten dioten ezaugarri eta elementu propioak ditu. Gainera, desberdintasun-faktore horiek beste bazterkeria-faktore batzuekin konbinatzen dira, gizarte-bazterketako egoera zehatz ugari sortzeko. Gizarte-bazterketaren aurrean ahulenak emakumeak, gazteak, adinekoak, etorkinak eta herrialde pobreetatik datozenak dira, haien administrazio-egoera edozein dela ere. Gainera, gizarte-talde horietako kide diren eta krisi-egoerei edo familia-hausturei aurre egin behar dieten pertsonak ere gizarteratze-parametro orokorretatik kanpo gera daitezke. Dinamika horiek Laparra eta Pérez-en (2008) azterlaneko taula batean zehazten dira, non bazterketaren ardatzak, dimentsioak eta indikatzaileak agertzen diren:

2. Taula

Bazterketaren ardatz eta dimentsio nagusiak

Ejes de exclusión	Dimensiones	Aspectos	Nº	Indicadores	%	
Económico	Participación en la producción	Empleo	1	Hogares cuyo sustentador principal está en paro desde hace un año o más	1,0	
			2	Hogares cuyo sustentador principal tiene un empleo de exclusión: vendedor a domicilio, venta ambulante apoyo, venta ambulante marginal, empleadas hogar no cualificadas, peones agrícolas eventuales temporeros, recogedores de cartón, reparto propaganda, mendicidad	2,7	
			3	Hogares cuyo sustentador principal tiene un empleo de exclusión: que no tiene cobertura de la seguridad social (empleo irregular)	3,5	
			4	Hogares sin ocupados, ni pensionistas contributivos, ni de baja, ni con prestaciones contributivas por desempleo del INEM	1,5	
			5	Hogares con personas en paro y sin haber recibido formación ocupacional en el último año	7	
			6	Hogares con todos los activos en paro	2,9	
	Participación del producto social	Ingresos	7	Pobreza extrema: Ingresos inferiores al 30% de la renta familiar mediana equivalente (3.360 €/año)	3,4	
			8	Hogares que no cuentan con algún bien considerado básico por más del 95% de la sociedad (agua corriente, agua caliente, electricidad, evacuación de aguas residuales, baño completo, cocina, lavadora, frigorífico) por no poder permitírselo	6	
Político (ciudadanía)	Derechos políticos	Participación política	9	Derecho de elegir a tus representantes políticos y a ser elegido: hogares con alguna persona de 18 o más años, de nacionalidad extracomunitaria	6,6	
			10	Capacidad efectiva de ser considerado y de influir en el proceso de toma de decisiones colectivas: no participan en las elecciones por falta de interés y no son miembros de ninguna entidad ciudadana	4,4	
			11	Hogares con menores de 3 a 15 no escolarizados	0,2	
	Derechos sociales: acceso a los SPS	Educación	12	Hogares en los que nadie de 16 a 64 años tiene estudios: de 16 a 44, sin completar EGB, ESO o graduado escolar; de 45 a 64, menos de 5 años en la escuela	5	
			13	Hogares con alguna persona de 65 o más que no sabe leer y escribir	1	
			14	Infravivienda: chabola, bajera, barracón, prefabricado o similar	1,4	
		Vivienda	15	Deficiencias graves en la construcción, ruina, etc.	1,9	
			16	Humedades, suciedad y olores (insalubridad)	4,6	
			17	Hacinamiento grave (< 15 m ² /persona)	4,3	
			18	Tenencia en precario (facilitada gratuitamente por otras personas o instituciones, realquilada, ocupada ilegalmente)	3,2	
			19	Entorno muy degradado	1,2	
			20	Barreras arquitectónicas con discapacitados físicos en el hogar	2,6	
			21	Gastos excesivos de la vivienda (ingresos - gastos viv < umbral pobreza extrema)	4,7	
		Salud	22	Alguien sin cobertura sanitaria	0,5	
			23	Han pasado hambre en los 10 últimos años con frecuencia o la están pasando ahora	2,6	
	24		Todos los adultos con minusvalía, enfermedad crónica o problemas graves de salud que les generan limitaciones para las actividades de la vida diaria	2,5		
	25		Hogares con personas dependientes (que necesitan ayuda o cuidados de otras personas para realizar las actividades de la vida diaria) y que no la reciben	1,1		
	26		Hogares con enfermos, que no han usado los servicios sanitarios en un año	0,8		
	27		Hogares que han dejado de comprar medicinas, seguir tratamientos o dietas por problemas económicos	5,1		
	28		Alguien en el hogar ha recibido o recibe malos tratos físicos o psicológicos en los últimos 10 años	6,9		
	29		Hogares con relaciones muy malas, malas o más bien malas	1,5		
	Lazos sociales, relaciones sociales	Conflicto social, anomia	Conflictos familiares	30	Hogares con relaciones muy malas, malas o más bien malas	7,8
				31	Alguien ha sido o está a punto de ser madre adolescente sin pareja	2
				32	Hogares con personas que tienen o han tenido en los 10 últimos años problemas con la justicia (antecedentes penales)	2,4
		Aislamiento social	Conductas asociales	33	Personas sin relaciones en el hogar y que no cuentan con ningún apoyo para situaciones de enfermedad o de dificultad	5,9
34				Hogares con malas o muy malas relaciones con los vecinos	1,7	
Institucionalizados			35	Hogares con personas en Instituciones: hospitales y psiquiátricos, centros de drogodependencias, de menores, penitenciarios, para transeúntes o mujeres	0,2	

Iturria: Laparra eta Pérez-ek (2008)

2.1.3 Giza bazterketa gaur egun Espainian

Aurretik ikusi ahal izan dugun bezala, giza bazterketa aspalditik egondako zerbait izan da, ez da oraingo gauza, hala ere, ez duela asko definitu zen lehendabiziko aldiz. Historian zehar ikus daitekeen bezala, gizarte-bazterketa antzinean hasi zen, inperioak azaldu eta talde sozial eta etnia desberdinen arteko banaketak egiten hasi zirenean. Erdi Aroan, gizarte-bazterketa are nabarmenagoa izan zen erlijioaren presio

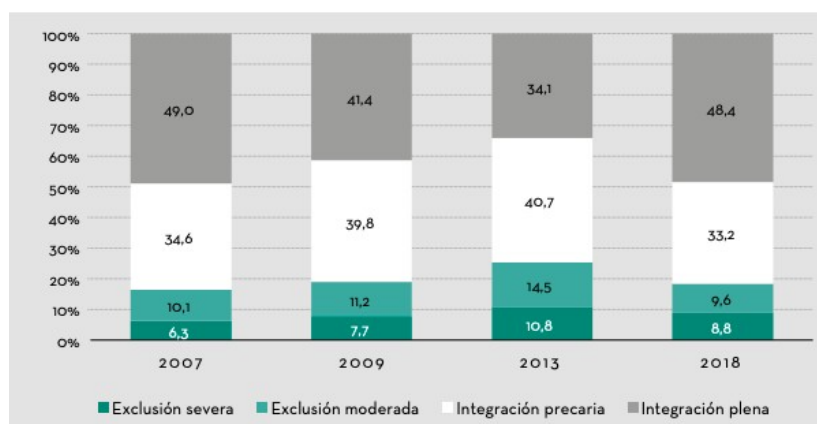
Giza-bazterketak gaixotasun mental larriak dituzten pertsonen bizi-kalitatean dituen ondorioen azterketa

handiaren eta desberdintasun ekonomikoaren ondorioz, beraz, praktika arrunta izan zen. Horren ondorioz, pertsona asko baztertuak izan ziren gizarte-klase egokikoak ez izateagatik, beren arrazagatik edo erlijioagatik. Talde marjinatuek, hala nola nekazariak, langile esklaboek eta pobreek, legeen eta gizarte-sistemen eragina jasan zuten, batez ere lurraren jabetzarekin eta eskuragarritasunarekin zerikusia zutenek. Horrek esan nahi zuen talde marjinatuek ez zutela talde pribilegiatuen (noblezia eta goi-klasea, adibidez) onura berberak eskuratzeko aukerarik. Aro modernoan, gizarte-bazterketa areagotu egin zen. Desberdintasun ekonomikoak eta sozialak larriagotu egin ziren, eta baztertutako taldeak txikiagotzat hartzen hasi ziren. Horren ondorioz, diskriminazioa eta arrazakeria gizarte-bazterketaren zati integral bihurtu dira.

Gaur egun, gizarte-bazterkeria oraindik ere arazo garrantzitsua da munduko leku askotan. Gobernuak ezarritako lege diskriminatzaileek mugatu egiten dute osasuna eta hezkuntza bezalako oinarrizko zerbitzuetarako sarbidea, eta baztertutako taldeak herritarren oinarrizko eskubideetatik kanpo geratzen dira. Talde marjinatuen artean aurkitu daitezke pobreak, baldinbiderik gabeko langileak, emakumeak, etnia edo arraza desberdineko pertsonak, LGBT pertsonak eta desgaitasuna duten pertsonak, besteak beste.

Espainiako kasuan, egia da gutxinaka egoera hobetzen dihoala baina oraindik asko falta da egiteko, izan ere, 2021ean, guztira 13,1 milioi pertsona, hau da, Espainiako biztanleriaren % 27,8, pobrezia eta/edo gizarte-bazterkeriako arriskuan zeuden (EAPN España, 2022). Horrek esan nahi du Espainian 13,1 milioi pertsonak baino gehiagok ezin dituztela oinarrizko eskubide batzuk eskuratu, etxebizitza egokia eskuratzeko, hezkuntza, osasuna, elikadura eta enplegua bezalakoak. Gainera, txostenean adierazten denez, pobrezia eta gizarte-bazterkeriak eragin handiagoa dute haurren artean, eta Espainiako haurren % 30 baino gehiago pobrezian edo gizarte-bazterkerian daude.

Foessaren 2021eko txostenaren arabera, 2008ko higiezinaren burbuilaren eztearen ondoren, giza bazterketa pixkanaka murrizten joan da urteen poderioz. Hala eta guztiz ere, egoera 2007koa baino okerragoa da oraindik, higiezinaren burbuila lehertu aurretik. Biztanleriaren gizarteratzearen bilakaera Espainian Foessak bere informean publikatutako hurrengo taulan ikus daiteke:

Taula 3.*Biztanleriaren gizarteratzearen bilakaera Espainian 2007-2018*

Iturria: Foessa informea (2021)

Argi dago gizarte-bazterketak ez diela berdin eragiten biztanleria-talde guztiei. Espainiako Caritasen txosten baten arabera, gazteak eta 65 urtetik gorakoak dira Espainian gizarte-bazterkeria jasateko arrisku handiena duten biztanle-taldeetako bi. Estatistikako Institutu Nazionalaren (INE) datuen arabera, 2021ean gazteen langabezia-tasa % 34,8ra iritsi zen Espainian, eta horrek esan nahi du Espainian hiru gaztetik batek baino gehiagok ez duela lanik. Gainera, 16 eta 29 urte bitarteko gazte espainiarren % 39 gizarte-bazterkeria jasateko arriskuan dago, Llaneras eta Andrinok (2021) adierazi zuten bezala. Adin-talde horrek gizarte-bazterkeria jasaten du bereziki, lan-esperientziarik ez duelako, lortzen dituzten lanak aldi baterakoak direlako eta etxebizitza duina lortzeko zailtasunak dituztelako. Beste aldetik, 65 urtetik gorako pertsonak. Pertsona hauek oztopoak izan ditzaketela zerbitzuetarako, enplegurako eta parte-hartze sozialerako sarbidean, eta horrek haien kalteberatasuna areagotu dezakete. HelpAge España (2021) dioenez, EAPNren Espainiako pobrezia larriaren mapa txostenaren arabera, erretiratuaren % 4,4 pobrezia larrian dago gure herrialdean. Haien diru-sarrerara guztiak jasotzen dituzten pentsioen diru-kopuruak zehazten ditu. Hau da, adinekoak pobrezia larrian daude beren kabuz aldatu ezin duten egiturazko arazo batengatik. ELGAK adierazten duen bezala (2019), 66-75 urte bitarteko pertsonen pobrezia-maila % 11 ingurukoa da, eta 75 urtetik gorakoena, berriz, % 15 ingurukoa.

2.2 Gaixotasun mental larria**2.2.1 Kontzeptualizazioa**

Nahasmendu Mental Larria (TMG) terminoak iraupen luzeko alterazio psikiatrikoei egiten die erreferentzia, desgaitasun eta disfuntzio sozialeko maila aldakorra dakartenei (Valentziako CREAP, d.g.). Termino honek osasun mentaleko afekzio-sorta zabal bati dagokio, aldarteari, pentsamenduari eta portaerari eragiten dieten nahasmenduei. Hau da, diagnostiko desberdinak hartzen dituzten nahasmenduen multzoa

Giza-bazterketak gaixotasun mental larriak dituzten pertsonen bizi-kalitatean dituen ondorioen azterketa

da (eskizofrenia, nahasmendu bipolarra, nortasun-nahasmenduak...). OMEk (2022) honela definitzen du: Buru-nahasmendu baten ezaugarria da kognizioaren alterazio kliniko esanguratsua, emozioen erregulazioa edo gizabanako baten portaera. Oro har, larritasunarekin edo desgaitasun funtzionalarekin lotuta dago beste eremu garrantzitsu batzuetan. Nahasmendu hauek, oro har, bi urte baino gehiagoko gaixotasun kronikoak dira (nahiz eta tratamendu egokiarekin, batzuetan, sintomak hobetu daitezkeen), eta ondorio batzuk dituzte: garuneko desordena larria eragiten dute, eta pertsonari bizitzako arlo guztietan eragiten dio, eguneroko jarduerak egiteko garaian gabezia handiak egon baitaitezke (Unitat per a la Integració de Persones amb Discapacitat, 2012).

Gaur egun, nahasmendu mentaletarako bi sailkapen diagnostiko mota aurki ditzakegu: CIE eta DSM. Puntu honetan, garrantzitsua da azpimarratzea CIE eta DSM garrantzitsuak direla, txostenak aurkezteko eta gaixotasunen jarraipena egiteko hizkuntza komuna ematen dutelako. Horri esker, munduak datuak modu sendo eta estandarrean alderatu eta partekatu ahal izango ditu. Alde batetik, Osasunaren Mundu Erakundeak (OME) garatutako CIE 10 dugu, honelako sailkapena duena:

- (F00-F09) Nahasmendu mental organikoak, nahasmendu sintomatikoak barne
- (F10-F19) Psikotropikoak kontsumitzearen ondoriozko buru-nahasteak eta portaera-nahasmenduak
- (F20-29) Eskizofrenia, nahasmendu eskizotipikoak eta eldarnio-nahasmenduak
- (F30-39) Gogo-aldartearen trastornoak, afektibitate-nahasmenduak
- (F40-49) Nahasmendu neurotikoak, estresarekin lotutako nahasmenduak eta nahasmendu somatomorfoak
- (F50-59) Alterazio fisiologikoekin eta faktore fisikoekin lotutako portaeraren sindromeak
- (F60-69) Nortasunaren eta portaeraren nahasmenduak helduengan
- (F70-79) Adimen-atzerapena
- (F80-89) Garapen psikologikoaren nahasmenduak
- (F90-F98) Haurtzaroan edo nerabezaroan agertu ohi diren nahasmendu emozionalak eta portaerarenak
- (F99) Zehaztu gabeko nahasmendu mentalak

Bestetik, DSM 5 dugu, Amerikako Psikiatria Elkarteak (APA) argitaratua 2015ean, honelako sailkapena aurkezten duena:

1. Neurogarapenaren trastornoak.
2. Eskizofreniaren espektroa eta beste nahasmendu psikotiko batzuk.
3. Nahasmendu bipolarra eta horrekin lotutako nahasmenduak.
4. Nahasmendu depresiboak.

5. Antsietate-nahasmenduak.
6. Nahasmendu obsesibo konpulsiboa eta horrekin lotutako nahasmenduak.
7. Trauma eta estres-faktoreekin lotutako beste nahasmendu batzuk.
8. Nahasmendu disoziatiboak.
9. Sintoma somatikoek eta horiekin lotutako nahasmenduek eragindako nahasmendua.
10. Janariaren trastornuak.
11. Lo-eta-bizian arazoak.
12. Sexu disfunzioak.
13. Genero disforia.
14. Bulkadak eta jokabide disruptiboak kontrolatzeko trastornoa.
15. Adikzio-substantziak eta -nahasmenduak erabiltzearen ondoriozko trastornoa.
16. Trastorno neurokognitiboak.
17. Trastorno parafilikoak.
18. Nortasun-nahasmendua.

Informe garrantzitsuenak aurkeztu ostean garrantzitsua da esatea kontuan izan behar dela erreferentziako bi eskuliburu desberdin direla, hainbat desberdintasun dituztenez gero, nahiz eta antzekotasun ugari izan eta barnean arazo psikiko/psikiatriko oso antzekoak izan. DSM-5en eta CIE-10en arteko elementu bereizgarriak aurki ditzakegun alderdi nagusietako bat da, Castillero Mimenzak (2019) dioen bezala, CIEa Gaixotasunen Nazioarteko Sailkapena dela, psikearen alterazioak ez ezik, gizakiarengan ager daitezkeen nahasmendu eta gaixotasun medikoen multzoa ere barnean hartzen dituen; DSM, berriz, erreferentziazko eskuliburua da, nahasmendu mentaletan zentratua. Gainera, DSMren helburua nahasmendu baten berezko irizpide diagnostikoen eta ezaugarrien deskribapen sistematikoa eta zehatza egitea da, eta sintomen deskribapenean ere zertxobait zehatzagoa da; CIEren helburua, berriz, nahasmenduaren ezaugarriak erregistratzea eta aztertzea da, nahiz eta biak diagnostikora bideratzen diren.

2.2.2. Osasun mentalaren egoera

Espanian osasun mentala historikoki izkutatua izan den gai bat izan da, gutxitan hitz egiten zen modu egoki batean gai hontaz. Ez da denbora asko pasa buruko gaitzen bat zuten pertsonak "zoro" hutsak izatetik pertsonak izatera igaro zirela. Egia da azkeen urteetan, Covid-19-ko pandemiaren ostean zehazki, pixkanaka, arreta osasun mentaleko arazoetan jarri dela; egoera hori normalizatuz joan da, baina ez da nahikoa. Izan ere, osasun mentaleko arazoak dituzten pertsona asko daude. OMEk publikatu zuen bezala,

Giza-bazterketak gaixotasun mental larriak dituzten pertsonen bizi-kalitatean dituen ondorioen azterketa

2019an, munduko zortzi pertsonatik batek (970 milioi pertsona) buru-nahasmendua zuen. Huetatik % 35 eta % 50 artean ez du inolako tratamendurik jasotzen edo jasotzen duena ez da egokia. Honi gehitu behar zaio, osasun-arazo guztien %12,5-a buru-nahasmenduei dagokiela, eta zifra horrek minbizia eta arazo kardiobaskularrak gainditzen dituela (*Las cifras de la salud mental en el mundo, 2021*). Garrantzi osoa heman behar zaio gain honi, izan ere, Espainiako Osasun Mentaleko Konfederazioak (d.g.) esan zuen bezala, Osasun mentaleko arazoak izango dira munduko desgaitasun-kausa nagusia 2030ean, izan ere, 4 pertsonetatik 1ek buruko nahasmendua izango du bizitza osoan.

Espainiaren kasua ez da munduaren erdikoa baino askoz hobe. Kalkuluen arabera, Espainian biztanleriaren % 19,5ek izan du nahasmendu mentalen bat bizitzan zehar, eta gaur egun espainiarren %9-ak osasun mentaleko arazoren bat du (RTVE.es / SERVIMEDIA, 2020). 2020ko erdialdean, 2,1 milioi pertsonak zuten depresio koadro bat, herrialde osoko 15 urtetik gorako biztanleriaren % 5,25ek, Europako Osasun Inkestaren arabera (Carpio, 2021). Aurretik aipatu den pandemiaren osteko gaiaren azaleratzeak, Osasun mentaleko eztabaida publikoan ia beti isildua dagoen gai bat berriro mahai gainean jarri du, suizidioarena. 2020an 3.941 heriotza gertatu ziren Espainian bere buruaz beste egiteagatik edo bere buruaz beste egindako lesioengatik, azken lau hamarkadetako kopururik handiena. Urtean 100.000 biztanleko 8,3 suizidio izan dira, iaz egunero bizia kendu zuten ia 11 pertsona, INEren datuen arabera (Carpio, 2021).

Azkenik, hauek dira Osasunaren Munduko Erakundeak (2022) erakusten dituen datu esaguratsuen batzuk:

- Gaixotasun mentalak dituzten pertsonen gehiengoa ez dute arreta eraginkorra jasotzeko aukerarik
- 2019an, 301 milioi pertsonak izan zuten antsietate-nahasmendua; horien artean, 58 milioi haur eta nerabek.
- 2019an, 280 milioi pertsonak pairatzen zuten depresioa, horien artean 23 milioi haur eta nerabe
- 2019an, 40 milioi pertsonak zuten nahasmendu bipolarra.

2.2.3 Tratamendu posibleak

Gaixotasun psikiatrikoak tratatzeko metodo gehienak 2 taldetan sailka daitezke: Alde batetik, tratamendu somatikoak, medikamentuak, terapia elektrokonbultsiboa eta garuna estimulatzen duten beste tratamendu batzuk barne hartzen dituztenak (esaterako, garezurreko estimulazio magnetikoa eta nerbio

lausoaren estimulazioa); eta, bestetik, psikoterapeutikoak, psikoterapia barne hartzen dutenak (banakakoa, taldekoa, familiakoa eta ezkontideena), jokabide-terapiako teknikak (adibidez, erlaxazio-teknikak edo esposizio-terapia), eta hipnoterapia (First, 2023).

2.2.3.1 Somatikoak

Medikamentu psikiatrikoak:

Martínek dioenez (2015), psikofarmakoak nahasmendu psikikoak eta mentalak dituzten pazienteei errezetatzen zaizkie, eta gomendatzen da aldizkako bisita bat egitea psikologoari medikazioaren jarraipena egiteko. Tratamendu horren bidez, garuneko neurotransmisoreen ondorioak aldatzen dira, horien kontzentrazioa murrizten da eta/edo eragiten duten hartzailak blokeatzen dira, pazientearen egoera psikotikoa hobetzeko.

Psikofarmakoek garun-azalean edo garun-funtzio konplexuenak (emozioak, oroitzapenak eta afektibitatea) kudeatzen dituzten egitura entzefaliko sakonenetan eragin dezakete. Kasu gehienetan, buruko nahasmenduen sintoma eta sindrome handiak kontrolatzen dituzte, baina batzuetan gaixotasuna sendatzea ere lor dezakete.

Lau psikofarmako mota daude, tratatu beharreko patologiarenean arabera:

- Neuroleptikoak edo antipsikotikoak: batez ere psikosi-tratamenduan, psikosi maniako-depresiboaren fase maniakoan eta psikosi toxikoetan erabiltzen dira.
- Antsiolitikoak eta lasaigarriak: antsietatea kontrolatzeko eta insomnia tratatzeko.
- Antidepresiboak: depresio mota guztiak tratatzeko.
- Errepikakortasun-contrakoak edo gogo-aldartearen egonkortzaileak: gogo-nahasmenduen tratamenduan erabiltzen dira, hala nola nahasmendu bipolarrean edo nortasunaren mugako nahasmenduan.

Terapia elektrokonbultsiboa (TEK):

Terapia elektrokonbultsiboa (TEK), Lamas Aguillarrek, Colín Pianak eta González Aguillarrek (2020) diotenez, gaixotasun psikiatrikoak tratatzeko erabil daitekeen modalitate terapeutikoetako bat da, hala nola depresioa, mania, eskizofrenia eta katatonia egoerak tratatzeko. TEC garun-estimulazioko terapia bat da, non erantzun terapeutikoa lortzen den estimulu elektriko bat sortuz, krisi konbultsibo entzefaliko kontrolatu bat sortzeko adinako intentsitatearekin, eta erantzun neurobiologiko eta neurokimiko positiboa lortzen da.

Aurreko autoreen ustez, haren gomendioa arriskuaren/onuraren analisi baten mende dago, eta bertan honako alderdi hauek hartzen dira kontuan: pazientearen diagnostikoa eta larritasuna, aurretiazko

Giza-bazterketak gaixotasun mental larriak dituzten pertsonen bizi-kalitatean dituen ondorioen azterketa

historia klinikoa, TEKaren aldez aurreko erabilera eta horri emandako erantzuna, ekintzaren azkartasuna eta eraginkortasuna, arrisku medikoak eta aurreikusitako ondorio kaltegarriak, eta beste aukera terapeutiko erabilgarri batzuk. Emandako ebidentziaren arabera, TEKa gomendatzen da gainerako aukera terapeutikoei erantzun ez dieten pazienteentzat, bai eta beste tratamendu batzuekiko intolerantzia edo ondorio kaltegarriak, suizida-arrisku handia edo pazientearen egoera psikiatrikoa eta fisikoa hondatzea arriskuan jartzen duten inanizio-egoerak dauden egoeretan ere. Zenbait pairamenetarako TEKa lehen edo bigarren mailako terapia gisa erabiltzea iradokitzeak oztupo nagusietako bat da, oraindik ere, terapia horri buruzko informazio orokorrik ez izatearen ondoriozko estigma, ematen dituen onurei buruzko ezagutzarik eza eta onura horiek espero diren albo-ondorioak – gehienetan autolimitatuak eta itzulgarriak – gainditzeko modua.

2. Estimulazio magnetiko transkraniala (EMT)

Malavera et al.-entzat (2014) estimulazio magnetiko transkraniala (EMT) garun-estimulazioko tresna ez-inbaditzailea da, garezurra eta meningeak sartzeko eta garun-ehunean despolarizazio neuronalak eragiten duen korrante elektriko sekundarioa sortzeko sortutako eremu magnetiko baten ahalmenean oinarritzen da. Teknika hau estimulu bakar batean aplikatu daiteke, tarteka bereizitako estimulu pareetan edo maiztasun desberdinetan errepikatutako estimulu trenetan. Ekintza zehatzaren mekanismoa ezezaguna bada ere, EMT errepikakorrak garun-azalaren kitzikagarritasuna modulatu dezake, eta, beraz, tresna diagnostiko eta terapeutiko posible gisa ikusi da neuropsikiatriaren arloan. Transkranio-estimulazio magnetiko errepikakorra eraginkorra bada, depresio-sintomak hobetu edo erabat desagertu daitezke. Sintomak arindu egin daitezke tratamenduan aste gutxi batzuk eman ondoren. Transkranio-estimulazio magnetiko errepikakorraren eraginkortasuna handitu egin daiteke ikertzaileek teknikei, behar diren estimuluen kopuruari eta garuna estimulatzeak leku onenei buruz gehiago ikasten duten heinean.

2.2.3.2 Psikoterapeutikoak

Terapia kognitibo-konduktuala (TCC):

Fullana et al. (2011) esaten zutenenez, TCC-a tratamendu psikologiko mota bat da, eta bere gain hartzen du buruko nahasmenduei lotutako ondoreza mantentzen (edo eragiten) duten kognizio desitxuratuak eta/edo jokabide disfuntzionalak daudela. TCCn, profesionalak helburu batzuk zehazten laguntzen dio erabiltzaileari, eta ondorez hori gutxitzen laguntzen duten teknika psikologikoak aplikatzen irakasten dio. Teknika horien adibide dira esposizio-teknikak, berregituratze kognitibokoak edo gizarte-trebetasunetan trebatzekoak. TCC, oro har, tratamendu laburra da, eta aldaketa sintomatikoa du helburuetako bat; hala ere, nahasmenduaren sintomak ezaba ditzakeen heinean, hura suntsiaraz dezake (eta ez soilik ondoreza kentzeko).

Tratamendu psikologikoko beste modu batzuekin alderatuta, TCCK honako ezaugarri hauek ditu: direktiboagoa da, helburuetara bideratuta dago, kognizioen eta jokabideen aldaketan zentratzen da, eta sarritan etxerako zereginak erabiltzen ditu, hau da, ikasitako trebetasunen praktika errepikatua. Beste aldetik, Puerta Polo eta Padilla Díaz-ek (2011) diotenez pazientearen ezaugarri biopsikosozialen ebaluazio sakona egin ondoren praktikan jartzen den esku-hartze talde batek osatzen du eredu hori, eta pazientearen eta haren gertuko oniritzia, konpromisoa eta lankidetzat hartzen ditu kontuan. Psikoterapia-eredu hori egituratua, aktiboa eta arazoan zentratua da. Tratamenduak, normalean, 10-20 saio irauten du, eta pazienteek, askotan, sintomak nabarmen murrizten dituzte tratamenduan 4 edo 6 aste igaro ondoren.

Terapia psikodinamikoa:

Orientazio psikodinamikoa, Psikoarganzuelaeren ustez (d.g.) ikuspegi terapeutiko bat da Psikologiaren barruan, psikoanaliaren printzipio teorikoetatik abiatzen dena, baina begirada integratzaileagoa, ez hain intentsiboa eta epe laburragokoa duena. Inkontzientea dena kontziente egiteko helburua du, hau da, pertsonari bere benetako gatazkez eta sentimenduez jabetzen laguntzen dio. Gatazka eta sentimendu horiek sakon errotuta egon ohi dira, eta ez dira ezagutzen, defentsa-mekanismo desberdinek eragotzi egiten baitute bere portaeren motibazio inkontzienteak eskuratzea. Egiten duguna zergatik egiten dugun ez konturatzeak gure gaitasuna murrizten du beste modu osasuntsuago batzuetan funtzionatzeko eta sufrimendu txikiagoa izateko. Ikuspegi hori pertsonaren sintomen jatorria eta ondoreza identifikatzea beharrezkoa dela dioen teoriatik abiatzen da, gatazkek konpondu ahal izateko edo defizitarioa dena eraiki ahal izateko, pertsonak aurrera egin eta hobetu ahal izan dezan. Prozesu horretan, pertsonari baliabideak ematen zaizkio, batez ere autoezagutzan oinarrituak, norberaren integrazio handiagoa bultzatuz eta gatazkek kudeatzeko estrategia osasuntsuagoak eta egokigarriagoak sortuz, bere buruarekin eta besteekin dituen harremanak hobetuz.

Terapia interpertsonala (TIP):

Lehen Mailako Arretarako pertsonen arteko terapia (TIP-AP) 6 esku-hartze psikoterapeutikoa da, bizigertakari estresagarriekin lotuta antsietate- edo depresio-sintomak dituzten eta buru-nahaste larririk ez duten pazienteentzat bereziki diseinaturia. Tratamendu laburra da (30 minutuko sei saio inguru), pazientearen egungo funtzionamendu psikosozialean zentratua, eta aurrez entrenatutako lehen mailako arretako profesionalek egin dezakete (medikuak, erizainak, gizarte-langileak). Bertan arreta handiena eskaintzen zaie pazientearen bizitzan azkenaldian izandako aldaketei, estres emozionaleko egoerei familian, lanean, etab.,

Giza-bazterketak gaixotasun mental larriak dituzten pertsonen bizi-kalitatean dituen ondorioen azterketa

eta pertsonen arteko harremanetan izaten diren zailtasunei. Gertakari horiek sintoma psikikoak eragiten edo mantentzen dituzten faktore gisa jarduten dutela hartzen da abiapuntutzat (Diéguez Porres, Rodríguez Vega, & Fernández Liria. 2001).

Laguntzako psikoterapia

Psikoterapia lagungarria da niaren defentsak berrezartzeko edo indartzeko baliabide batzuk erabiltzeko, pertzepzioko erreferentzia-esparrua gaizki integratuta duten pazienteen kasuan, beren arazo emozionaleri arrakastaz aurre egiten irakatsiko diena. Laguntzaren oinarrizko helburua pazienteak oreka emozionalera itzultzea da, antsietatea sortzen duten sintomak murriztuz. Teknikak zabalak eta hustuak dira, eta garrantzitsuenen artean honako hauek ditugu: Sentimenduen askapena; errealitatearen printzipioaren indartzea: benetako itxaropenaren sentimendua bultzatzea; sozializazioa bultzatzea; itxaropenaren segurtasuna ematea; pertzepzioaren berrantolaketa arazoitzen irakastea; pertsuazioa eta aholkua interpretatzea. Laguntza-terapia egokia da pazienteak antsietate-egoera handiak dituen edozein gaixotasun-motatarako (Grimaldo, d.g.).

2.2.4 Errekurtso eta baliabideak

Espainiar estatuan hainbat errekurtso erabilgarri daude gaixotasun mental larriak dituzten pertsonentzat, Yoldi-k (2018) 3 sektore edo eremu ezberdinetan banatzen direnak: alde batetik, egoitza-alternatiben programak. Programa horiek egoitza egokitua ematen dute, buru sendotasuna duen alderdikidearen karkatreistiketara egokitutako bizilekua emateko, egoitza- eta laguntza-jarraitutasuna bermatzeko eta autonomia maila suspertzeko. Bestalde, laneratzeko programetan, laneko eta laneratu aurreko trebetasunak lantzen dira, eta lanbide-heziketan aholkuak ematen dira, bai eta lan-errehabilitazioaren indibidualizazioa eta jarraipena ere. Eta, azkenik, mantentze estentsibo anbulatorioko programak, aisialdiko eta denbora libreko jarduerak garatuz eta elkartzeko eta autolaguntzarako guneak erabiliz gizarteratzeko eta integratzeko. Programa horietako bakoitzak ondoren ikusiko ditugun baliabideak sortzen ditu, Yoldi-ren "Trabajo Social psiquiátrico: reivindicación ética de la dimensión social en Salud Mental" lanetik aterata dagoena:

A) Errekurtso asistentzialak

1) Ospitale zerbitzuak

- I. Ospitale orokorra: Egonaldiak ahalik eta laburrena izan behar du, eta ezintasunaren arrazoiak terapia-arrazoiengatik izan behar dira beti. Ospitaleko arreta psikiatrikoa osasun mentaleko baliabideekin koordinatuta egongo da, eta arreta psikiatrikoa anbulatorioa izango da, eta behin-behineko baliabidea izango da.

- II. Ospitale psikiatrikoa: Ez lirateke existitu behar asistentzia psikiatrikoaren beste maila guztiak funtzionatzen badute. Eginkizun hauek ditu: mediko-asistentziala (pazienteak zainduz eta haiei tratamendua emanez), egoitzakoa (arazo sozial batzuek arduratuz) eta jagolea (denbora asko instituzionalizatuta daramaten pazienteekin).
- 2) Osasun mentaleko zentroak: Bigarren lerroko oinarrizko dispositiboak dira, eta bertan zentralizatzen dira asistentzia anbulatorio espezializatua eta lehen mailako eta ospitaleko dispositiboen arteko koordinazioa. Dispositibo horien bidez, osasun mentaleko osasun-sisteman sartzen da, eta osasun-planen ardatz artikulatzaile gisa funtzionatzen dute. Jarraipen anbulatorioko erreferentzia-unitate horiek oinarrizko eta etengabeko arreta ematen dute, eta honako funtzio hauek dituzte: lehen mailako arretako taldeei laguntza eta aholkularitza eskaintzea; deribazioaz arduratzea, osasun mentaleko sareko beste talde batzuekin koordinatuta; pazienteen diagnostikoa, jarraipena eta ebaluazioa egitea, eta programak garatzea.
 - 3) Egonaldi laburreko unitatea: Egunean 24 orduz artatzeko eta tratatzeko gailuak dira, epe laburrean, gaixotasunaren fase akutuetan. Zehazki, pazientearentzat eta/edo hirugarren pertsonentzat arriskutsuak diren kasuetan artatzen dute; gizarte- eta familia-ingurunearekiko hausturan, pazientearentzat kaltegarria delako edo ingurune horretan artatzea ezinezkoa delako; desintoxikazioan, diagnostikoa, ebaluazioan eta tratamenduan; tratamendu anbulatorioaren porrotean eta tratamendu psikofarmakologikoa doitzeko premian.
 - 4) Egonaldi ertaineko unitatea: Hemen ospitaleko errehabilitazio intentsiboko programak garatzen dira, errehabilitazio-ikuspegiarekin, 18 eta 60 urte bitarteko TMG duten pazienteentzat, baldin eta gainerako errehabilitazio-programek funtzionatu ez badute edo nahikoak ez badira. Banakako arreta eskaintzen da, plan terapeutikoen eta pazienteari deribatutako unitatearekin adostutako helburuen arabera. Erregimena lanaldi osoa (24 ordu) eta irekia da, diru-sarrerak borondatezkoak eta mugatuak dira (6 hilabete eta 2 urte artekoak). Bere funtzioak honako hauek dira: familiekin esku hartzea desabantaila-egoeren ebaluazioa egiteko jarraibideen koordinazioa eta orokortzea hobetzeko; jardunaldiaren, aisialdiaren eta denbora librearen antolaketa.
 - 5) Egonaldi luzeko unitatea: Epe luzerako arretarako eta tratamendurako gailuak dira, egoera mental larria duen pazienteak hala eskatzen duen arte (bi urte edo gehiagoko ospitaleratzeak), eta errehabilitazioa dute helburu. Batez ere, TMG duten 65 urtetik beherako pazienteei zuzendutako baliabideak dira, egokitze zailtasun larriak dituztenak, komunitatean mantentzeko zailtasunak dituztenak eta gizarteratzeko aurreko programa komunitarioetan porrot egin dutenak. Horietan,

Giza-bazterketak gaixotasun mental larriak dituzten pertsonen bizi-kalitatean dituen ondorioen azterketa

ospitaleko errehabilitazio estentsiboko programak garatzen dira, errehabilitazio-ikuspegiarekin eta beste programa batzuetara bideratzeko posibilitatearekin.

- 6) Eguneko zentroak, errehabilitazio psikosozialeko zentroak eta errehabilitazio intentsibo ambulatorioko unitateak: Errehabilitazio eta birgizarteratze komunitarioko programak gauzatzen dituzten dispositibo ambulatorioak dira (ospitaleratzerik gabeak eta ordutegi mugatua dutenak) Programa horien funtzioak dira jardunaldiaren antolaketan laguntzea, autonomia indibiduala areagotzea, bizi-kalitatea hobetzea eta ahal den neurrian narriadura murriztea. Programa horiek 18 eta 65 urte bitarteko TMG duten eta gaitasun funtzionalak nabarmen hondatzen dituzten pazienteei zuzenduta daude, baina egonkortuta daude eta nolabaiteko autonomia dute.
- 7) Eguneko ospitaleak: Trantsizioko gailu terapeutikoak dira, ospitaleratze osoaren eta osasun mentaleko zentroaren euskarri ambulatorioaren artekoak. Ospitaleratze osoa behar ez duten pazienteen tratamendu espezifikoa jasotzeko baliabideak dira, baina bai kanpoko ingurunera egokitzeko aldi bat. Horrelako gailuetan sakonki garatzen dira TMG duten pertsonentzako errehabilitazio-programak eta birgizarteratze psikosozialeko programak.
- 8) Gaueko ospitaleak: Interbentzio psikoterapeutikoen jarraipena eta egonkortasun psikopatologikoa bermatzen dituzte, eta zerbitzua eskaintzen dute arratsaldetik goizera, ordutegi malguan, pazienteen beharretara egokitzeko

B) Bizitoki- eta etxebizitza-baliabideak

Baliabide horien helburua da bizitegi-beharrak asetzea, arazo psikosozialak dituzten gaixotasun mentalak dituzten pertsonen parte-hartze aktiboa eta iraunkortasuna bermatzeko (gizarte-trebetasunak hondatzen dituztelako, arazo ekonomiko nahikorik ez dutelako, gizarte-diskriminazioa eragiten dutelako, etab.). Pazienteen autonomia-mailaren arabera, egoitza-baliabideak honela sailkatzen dira:

1) Autonomia-maila handiagoa duten pazienteentzako baliabideak:

- Tutoretzapeko etxebizitzak (pisu lagunduak, etxebizitza babestuak, etab.) autonomia maila onargarria duten pazienteentzat: solairu bakoitzeko paziente bat eta lau artean daude; gainbegiratze-maila minimoa da. Gaixoari gaixotasunean zehar galdutako gizarte- eta lan-trebetasunak eskuratzen laguntzen dioten jarduerak garatzen dira.
- Etxeko arreta, berariazko bizitokirik behar ez duten eta etxeko laguntza-zerbitzuak (ELZ) artatu ezin dituen pazienteentzat (autozaintzan eta bizikidetzan).

2) Autonomia-maila txikiagoa duten pazienteentzako baliabideak:

- Etxebizitza lagundua, D motako ezintasun maila txikia edo ertaina duten pazienteentzat: beste bizitoki batzuetara igarotzeko dispositibo bat da; gainbegiratze-maila ertaina eta jarraitua da.
- Eskola-pisuak, beste egoitza-dispositibo batzuetara igarotzeko entrenamendua (autozaintzan eta bizikidetzan) behar duten pazienteentzat: beste bizitoki batzuetara igarotzeko dispositibo bat da, ikuskapen-maila bitartekoa da eta aldi baterako arreta ematen da.

C) Baliabide okupazionalak eta soziolaboralak

Pazienteak lan-merkatuan integratzea ahalbidetzen duten baliabideak dira. Autonomia soziolaboralaren mailaren arabera, honako hauek daude:

- Zentro okupazionalak. Pazientea enplegu-zentro berezi batera joan ezin denean erabiltzen diren gailuak dira, bere egokitzapen pertsonala, soziala eta okupazionala bermatzen dutenak. Ildo horretan, ekoiztiko azken produktuak pertsonalki eta ekonomikoki sustatu behar du pazienteak.
- Lan aurreko tailerrak. Pazientea ordutegi-errutinara, lan-harremanetara (lankideekin eta lantegiko arduradunekin), produkzio-zereginetara egokitzeko eta jarrera egokia, arreta, ekimena eta inplikazioa izateko helburua duten gailuak dira. Iraupen mugatuko prestakuntza- eta okupazio-orientazioa dute.
- Enplegu-zentro bereziak. Desgaitasuna edo gaixotasun mentala duten pazienteak kontratatzen dituzten enpresak dira, ordutegi-errutina eta bizikidetzak egokia izateko gai direnak, eta agindutako zereginak jarrera egokiarekin, ekimenarekin eta inplikazioarekin egiteko gai direnak.

2.3 Giza-bazterketa eta gaixotasun mental larria

Argi dago gizarte-bazterketak eta buru-nahaste larriak harreman estua dutela. Ohikoa da arrisku sozialeko edo gizarte-bazterketako egoeran egotea, estigmatizazio bat jasaten dutenean, gero ikusiko dugun bezala, gaixo mentala erotuta dagoela, ezin dela espero edo bortitza dela uste baita. Balorazio horiek kalte emozionala egiten diete pertsona horiei, pixkanaka autoestimua galduz eta autokonfiantza murriztuz, izan ditzaketen ekimenak ezabatuz eta jarduerak murriztuz. Pertsona horiek, egunero, buruko minak eragindako sufrimenduari egin behar izaten diote aurre, eta gaixotasunaren ondoriozko muga etengabeekin borrokatzen dute. Horri, gainera, gizartearen diskriminazioa gehitzen zaio, gaixo mental baten errealitatea eta eguneroko inguruabarrak ez ezagutzeagatik. Europako Osasun Mentalari buruzko Liburu Berdeak (2005) aipatzen duen bezala, "Pertsona horiek besteen beldur eta aurreiritziarekin egiten dute topo, askotan buruko gaixotasuna

Giza-bazterketak gaixotasun mental larriak dituzten pertsonen bizi-kalitatean dituen ondorioen azterketa

zer den ulertzeko modu desitxuratu oinarrituta". Horrek sufrimendu pertsonala areagotzen du, eta horrek lana edo etxebizitza lortzea eragozten die; izan ere, haien bizimodua hobetu dezakete, baina horietako askok ez dute laguntzarik bilatzen besteek erreakzionatu dezaketen moduaren beldurratik. Gainera, askotan osasun mentaleko arazoak gizarte-bazterketaren kausa eta ondorio dira. Askotan, gaixotasun mentala duten pertsonak bizitza sozial, hezitzaile eta profesionalean ez parte hartzeak isolamendua, bakardadea, sufrimendua eta bazterketa eragiten ditu.

2.3.1 Estigma osasun mentalean

Nahaste mental larriak ohikoak diren arren eta mundu osoan milioika pertsonari eragiten dieten arren, gaixotasun mentalaren inguruko estigma arazo garrantzitsua da oraindik ere. Buru-nahasmenduak dituzten pertsonak jasaten duten diskriminazioaz eta aurreiritziaz ari gara, eta horrek gizarte-bazterketa, marjinazioa eta diskriminazioa ekar ditzake lantokian eta bizitzako beste esparru batzuetan. Greziarrek "estigma" terminoa sortu zuten gorputz-zeinuei erreferentzia egiteko, zeinekin aurkezten zituenaren status moralean (Goffman, 2013) ohikoa ez zen zerbait txarra erakusten saiatzen ziren. Normalean, zeinu horiek ohartarazten zuten pertsona esklabo bat, kriminal bat, pertsona ustel bat... zela, eta saihestu egin behar zirela. Erdi Aroan, estigma terminoak kriminal baten difamazioa eta akusazio publikoa esan nahi zuen (batzuetan, gizabanako bat burdin gori batekin markatzen zuen, edo hain erasokorrak ez ziren beste prozedura batzuekin, doilorkeriaren batengatik), denek ezagutu ahal izateko moduan (Muñoz, M., Pérez, E., Crespo, M., Guillen, A., 2009). Gaur egun, autore berak adierazten duen bezala, hitza jatorrizkoaren antzeko zentzuarekin erabiltzen da, baina horren bidez gaizkia bera izendatzen da nagusiki, eta ez haren gorputz-adierazpenak. Kontzeptu horrek balio azpiko gizarte-nortasun batekin du zerikusia, non talde minoritario batek nortasun sozial devaluatu bat adierazten duten hainbat ezaugarri edo ezaugarri dituen - edo uste da badituztela -. Estigma aldatu egiten da gizarte-testuinguruaren arabera.

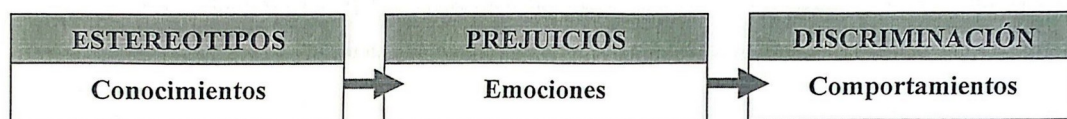
Goffmanek (2013) hiru estigma mota nabarmentzen ditu: Lehenik eta behin, gorputzaren higuinak, deformazio fisiko desberdinak. Gero, norbanakoaren izaeraren akatsak, nahimenik eza, grina tiraniko edo antinaturalak, sinesmen zorrotz eta faltsuak, deszintzotasuna bezala hautematen direnak. Horiek guztiak txosten ezagunetatik ondorioztatzen dira, hala nola buruko asaldurak, presoak, drogen mendekotasunak, alkoholismoa, homosexualitatea, langabezia, suizidio-saiakerak eta muturreko jokabide politikoak. Azkenik, arraza, nazio eta erlijioaren estigma tribalak daude, oinordetzaz transmititu eta familia bateko kide guztiak berdin kutsa ditzaketenak.

Beste aldetik, Espainiako Osasun Mentaleko Konfederazioak (2013) dio estigma 3 aspektu ezberdinetan adierazten dela: estereotipoak, aurreiritziak eta diskriminazioa. Estereotipoak sinesmen multzo bat dira, neurri handi batean okerrak, herritar gehienek pertsona-talde jakin bati dagokionez

dituztenak eta taldearen pertzepzioa eta balorazioa baldintzatzen dutenak. Osasun mentaleko arazoek kasu zehatzean, estereotipo ohikoenak arriskugarritasunarekin eta indarkeriarekin, bizitzako oinarrizko zereginak egiteko gaitasunik ezarekin eta gaitasunik ezarekin, harremanetarako zailtasunarekin eta kontrolik ezarekin lotzen dira, bai eta gertatzen zaienarekiko erantzukizun-esleipenaren maila aldakor batekin ere. Sinesmen horiek aurreiritziak ekar ditzakete. Horiek erakusten dute biztanleria orokorrak jarrera negatiboa duela normalean kolektibo estereotipatuko kideekiko, hori justifikatzen duen arrazoirik dagoen aztertu gabe. Osasun mentaleko arazoek beldur, arbuio eta mesfidantzazko erreakzio emozionalak eragiten dizkiete herritar guztiei, eta pertsona horiek isolatuz edo saihestuz erantzuten dute. Aurreiritziak herritar guztien jarrera negatiboen arazoa dira. Azkenik, aurreiritzien ondorio bereziki negatibo bat diskriminazioa da; horren ondorioz, kolektibo estereotipatu bateko kideek ez dituzte beren eskubideak. Osasun mentaleko arazoak dituzten pertsonen kasuan, honako hauetan islatzen da hori: bizimodu edo etxebizitza independente bat lortzeko zailtasunetan, gizarte-harremanak eta bikote-harremanak mugatzean, gizarte-eremua kolektibo bereko beste pertsona batzuei mugatzean, sistema judiziala eta osasun-sistema eskuratzeko zailtasunetan, etab. Diskriminazioa herritar guztien portaera negatiboko arazoa da.

Taula 3

Estigmaren prozesua



Iturria: Muñoz, M., Pérez, E., Crespo, M., Guillen, A. I., (2009).

Puntu honetan parte hartzen du aniztasun-, bereizketa- eta diskriminazio-prozesuak. Prozesu hori gizarte batek hartzen duen bideari dagokio, askotariko identitateak onartzetik hasi eta zenbait talde baztertzeraino. Aniztasuna da prozesu honen lehen urratsa, identitate-aniztasuna aitortzen duena. Horren barruan sartzen dira arrazaren, etniaren, kulturaren, erlijioaren, generoaren, klasearen, sexu-orientazioaren eta abarren aniztasuna. Nortasun horiek gizartearen zati gisa aitortzen dira eta gizartearen zati gisa onartzen dira. Bigarren etapan, gizarte batek taldeen arteko desberdintasunak ezartzen ditu, estereotipoak, aurreiritziak edo diskriminazioa erabiliz. Desberdintasun horiek desberdintasun sozialetik, intolerantziatik edo aurreiritzitik sor daitezke. Foucault-en arabera, desberdintasun hori erakundeek gizartean hierarkia bat ezartzeko eta mantentzeko erabiltzen duten mekanismo bat da. Horrek esan nahi du desberdinak direnek pribilegio eta erantzukizun handiagoak edo txikiagoak dituztela. Desberdintasun hori hainbat modutan ager daiteke, hala nola generoagatiko diskriminazioa, etnia, adina, klase soziala eta beste kategoria batzuk.

Giza-bazterketak gaixotasun mental larriak dituzten pertsonen bizi-kalitatean dituen ondorioen azterketa

Horrek desberdintasun bat sortzen du gizakien artean, batzuek besteek baino pribilegio gehiago baitituzte. Horrek ondorio negatiboak izan ditzake gizartearen garapenean, diskriminatutako taldeek zailtasun handiagoak izan baitituzakete hezkuntza, lana eta beste baliabide batzuk eskuratzeko. Foucault-ek argudiatu duenez, desberdintasuna ez da gauza naturala, eraikuntza soziala baizik. Horrek esan nahi du desberdintasuna historiaren bidez sortu dela, gizabanakoen eta taldeen erabaki eta ekintzetatik abiatuta. Erabaki eta ekintza horiek eragin handia izan dezakete gizarte-egituran, talde desberdinen arteko hierarkia ezartzen baitute. Hierarkia horrek, era berean, desberdintasunari eta diskriminazioari laguntzen die. Beraz, gizarte berdinzaleago bat sustatzeko, garrantzitsua da bereizketa-mekanismoak kritikatzeko eta zalantzan jartzea, diskriminazioa saihesteko. Azken etapan, baztertutako taldeak gizartetik kanporatzen dituzte. Horren barruan sar daiteke zenbait talde hezkuntzaren, enpleguaren, osasun-zerbitzuetarako sarbidearen eta beste oinarritzko zerbitzu batzuen arlotik kanpo geratzea. Etapa honetan sartzen dira, halaber, baztertutako taldeen aurkako indarkeria eta abusuak.

2.3.2 Osasun mental arazoak dituzten pertsonen bazterketa eremuak

Espainiako Osasun Mentaleko Konfederazioa (2013) 6 bazterketa eremu ezberdintzen ditu bere "osasun mentalean estigmaren aurka borrokatzeko estrategiak" informean: Lan-merkatua; Indarkeria eta abusua; Hezkuntza-aukerak; Osasun-zerbitzuetarako sarbidea; Gizarte- eta etxebizitza-zerbitzuetarako sarbidea; Funtsezko desgaitasuna eta heriotza goiztiarra.

1. Lan-merkatua

Laneratzea eta produkzio-merkatuan sartzea funtsezko elementutzat jotzen dira adimen-desgaitasuna duen pertsona erabat integratzeko. Erabiltzaileen lan-jarduerak, finantza-egoera hobetzeaz gain, eguneroko jardueren egituraketa ere ematen du, errutina zehatz eta esanguratsuekin. Enplegua duten erabiltzaileek ongizate-zentzu pertsonala, autoeraginkortasun-maila ona eta gizarte-nortasuna dute. Aipatutakoa gorabehera, gaur egun adimen-desgaitasuna duten pertsonak aukera gutxiago dituzte lana aurkitzeko, adimen-desgaitasuna ez duten beste baldintza batzuekin alderatuta. Horri dagokionez, pertsona horien lan-indarraren maila % 29ra baino ez da iristen, eta ehuneko hori nabarmen txikiagoa da desgaitasun fisikoa duten pertsonekin (% 49) eta, oro har, komunitatearekin (% 74) alderatuz gero. Egoera are okerragoa da nahasmendu psikotikoa duten pertsonentzat, 10etik bik bakarrik aurkitzen dute enplegu motaren bat. Egoera hori azaltzen duten faktoreetako batzuk aldagai indibidualetatik nahiz soziokulturaletatik datoz (Perdomo Delgado, 2015).

2. Indarkeria eta abusua

Gaixotasun mentala duten pertsonak indarkeria pairatzeko arriskuan dauden kolektiboak dira, kalteberatasun berezia dutenak eta defendatzeko desgaitasuna dutenak. Hala ere, kolektibo horri, askotan, biktima baino gehiago erasotzaile izaera eman zaio, eta tratu txarrak jasateko arriskua estigmatizatu eta ikusezin bihurtu da. Estatu Batuetako ikerketa baten arabera, biztanleria orokorrarekin alderatuta, 11 aldiz joera handiagoa zuten indarkeriazko delituen biktima izateko eta 140 aldiz joera handiagoa zuten lapurretaren biktima izateko (Espainiako Osasun Mentaleko Konfederazioa, 2013). Astrainek (2011) bere lanean erakusten duen bezala, gaixotasun mentalak dituzten biztanleen erdiak baino gehiagok tratu txarrak jasan dituzte edo jasaten ari dira, batez ere familia-eremuan. Azterlan horrek agerian uzten du kolektibo horren aurka indarkeria erabiltzeko modurik ohikoena tratu txar psikologikoa dela, nahiz eta hori beste indarkeria-mota eta -modu batzuekin konbinatu ohi den. Gainera, kolektibo horrek jasaten duen indarkeriaren ikusezintasunean eragin handia izan duen faktore bat arrastaka daramaten estigma da. Tradizionalki, pertsona bortitz, iragarrezinak eta beren burua kontrolatzeko gai ez direnak bezala ulertu izan dira. Gurea bezalako gizarte batean, arriskua gero eta gutxiago onartzen denean, errazagoa da baztertzea, arrisku-motaren bati lotutako estigma daramaten pertsonak sartzea baino.

3. Hezkuntza-aukerak

Laguntza egokirik ez dagoenez, osasun mentaleko arazoak dituzten haur eta gazteek errendimendu akademiko baxua izan dezakete, eta horrek eskola-porrota ekar dezake. Laguntzarik ez izateaz gain, askotan lankideen arbuioa eta mespretxua jasaten dute (Espainiako Osasun Mentaleko Konfederazioa, 2013). Buruko gaixotasunak eragindako ikasketak bertan behera uztea da arazo nagusietako bat herrialde gehienetan. Gaixotasun mentala duten ikasleek, normalean, ikastetxea edo unibertsitatea utzi behar izaten dute, hainbat faktoreren ondorioz: intolerantzia, beldurra/estigma, malgutasunik eza hezkuntza-programetan edo irakasleek horrelako patologiak tratatzeko duten esperientziarik eza. Horrez gain, herrialde gehienetan ez dago osasun mentaleko arazoak dituzten gazte eta helduentzako hezkuntza-politika espezifikorik (FEAFES, 2009).

4. Osasun-zerbitzuetarako sarbidea

Espainiako Osasun Mentaleko Konfederazioak (2013) txostenean adierazten duen bezala, osasun mentaleko arazoaren prebalentzia zabala izan arren, gaixoen proportzio handi batek ez du tratamendurik eta arretarik jasotzen. Kalkuluen arabera, osasun mentaleko nahasmendu larriak dituzten pertsonen % 35-50ek ez dute beharrezko tratamendua jasotzen herrialde garatuetan. Kolektibo horrek, halaber, joera txikiagoa du tratamendua jasotzeko osasun fisikoko arazoengatik.

Giza-bazterketak gaixotasun mental larriak dituzten pertsonen bizi-kalitatean dituen ondorioen azterketa

Oro har, mundu osoan, osasun mentaleko arazoengatik tratamendu-tasak oso txikiak dira osasun fisikokoekin alderatuta. Europar Batasunak egindako azterlan baten arabera, osasun mentaleko zerbitzuak behar dituzten pertsonen erdiak (% 48) baino ez du parte hartzen, diabetesa duten eta gaixotasunerako arreta egokia jaso duten pertsonen % 92ren aldean. Hori, askotan, ez da zerbitzu-gabeziagatik gertatzen, baizik eta aldez aurretiko diskriminazioa dela-eta zerbitzuekin harremanetan jartzeko mesfidantzagatik: pertsona asko diskriminatuak izateko beldur izan daitezke gaixo mental gisa etiketatzen badira.

5. Gizarte- eta etxebizitza-zerbitzuetarako sarbidea

Ongizatea eta osasun mentala ere oso lotuta daude ingurune fisikoarekin. Etxebizitza ez-seguruetan eta prekarioetan bizitzea, gainpopulazio eta zarata arazoekin, estres-iturri izan daiteke, baita gaixotasun fisiko eta mentala ere. Etxerik gabeko pertsonen osasun mentaleko arazoen indizea bereziki handia da. Etxerik gabeko pertsonen artean gaixotasun mentalaren modurik ohikoenak hauek dira: eskizofrenia, depresioa eta beste nahasmendu afektibo batzuk, alkoholismoa eta beste substantzia batzuekiko mendekotasuna. Buru-nahasmendua duten etxerik gabeko pertsonen herenak baino gutxiagok jasotzen du tratamendua. Adinekoentzat, gaixotasun mentala etxerik gabeko pertsonen kolektiborako sarrera bihur daiteke (FEAFES, 2009). Izan ere, osasun mentaleko nahasmenduak larriagotu egiten dira kalean, besteak beste, segurtasunik ezaren sentazioagatik, tratamendu psikiatrikorik ezagatik, gizarte-isolamenduagatik eta baliabide ekonomikorik eta bizikidetzeta-baliabiderik ez izateagatik. Pertsona horiek egoera oso ahulean daude, eta gehienek ez dute laguntza-sare sozial edo familiarrik (FACIAM, 2019).

6. Funtsezko desgaitasuna eta heriotza goiztiarra

Buru-nahasmenduak dituzten pertsonen desgaitasun- eta heriotza-tasa oso altuak dituzte, eta depresio handiagoa edo eskizofrenia dutenek biztanleria orokorrak baino % 40-60 handiagoa dute heriotza goiztiarra izateko probabilitatea⁶. Kalkuluen arabera, buru-nahasmenduak eta portaera-nahasmenduak erikortasun-karga osoaren % 12 dira; munduan desgaitasuna duten lehen 10 kausen artean, 4 buru-nahasmenduak dira⁵. Horiek eragin ekonomikoa dute gizarteetan eta gizabanakoen eta haien familien bizi-kalitatean, 4 familiarik batek, gutxi gorabehera, buru-nahasmendua edo portaera-nahasmendua baitu gutxienez (Grisales-Romero, 2020). Hainbat azterlanen arabera, gaixotasun mental larriek 7 eta 24 urte bitarteko pertsona baten bizitza murriztu dezakete, modu amorratuan erretzeak duen eraginaren antzekoa edo okerragoa. Ondorio horretara iritsi da 20 azterlanen metaanalisia, nahasmendu mentalen eta heriotza-tasen arteko loturari erreparatu diotenak. Ikerketek 1,7 milioi pertsona eta 250.000 hildako baino gehiago zekartzaten (Chesley et al., 2013).

2.3.3 Bazterketatik inklusiorako bidea

Nahasmendu mental larriak dituzten pertsonak sartzea denbora luzez fokuan egon den gai garrantzitsua da. Nahasmendu mental larriek, hala nola eskizofreniak, nahasmendu bipolarrak eta bestelako nahasmendu psikotikoek, eragin nabarmena izan dezakete nahasmendu horiek dituzten pertsonen bizitzan, eta horrek gizarte-bazterkeria eta diskriminazioa eragin ditzake, aurretik azaldu den bezala.

Buru-nahaste larriak dituzten pertsonak gizarteratzea giza eskubideen eta justizia sozialaren funtsezko alderdia da. Nahasmendu mental larriekin lotutako diskriminazioak eta estigmak eragindako pertsonen bizitza sozialean eta ekonomikoan parte hartzea eragotz dezakete, eta horrek epe luzerako bazterketa eragin dezake. Gainera, laguntza egokirik ez izateak gaixotasunaren sintomak areagotu eta gaixotasun mental kronikoa izateko arriskua areagotu dezake. Gizarteratze eraginkorra lortzeko, beharrezkoa da buru-nahaste larriak dituzten pertsonen aniztasuna aitortzea. Pertsona bakoitza bakarra da, eta nahasmendu mental larri bakoitza modu desberdinean agertzen da. Beraz, ikuspegi indibidualizatua behar da pertsona bakoitzaren premia eta kezka espezifikoei heltzeko.

Gizarteratzeak berekin dakar, halaber, oztopo estrukturalak eta sozialak ezabatzea, nahasmendu mental larriak dituzten pertsonen gizarteratzean parte-hartze aktiboa izatea eragotz baitezakete. Adibidez, arreta medikoa, etxebizitza, enplegua eta hezkuntza eskuratzea funtsezkoak dira buru-nahaste larriak dituzten pertsonak gizarteratzeko. Gainera, buru-nahaste larriak dituzten pertsonak gizarteratzeko, gizarteratzearen jarrera positiboa eta babesa behar dira. Buru-nahaste larriak dituzten pertsonen, askotan, estigma eta diskriminazioa izaten dituzte aurrez aurre, eta hori kaltegarria izan daiteke beren autoestimua erantzat eta ongizate emozionalarentzat. Garrantzitsua da gizarteratzeak, osotasun gisa, buru-nahasmendu larriak dituzten pertsonak onartzeko eta babesteko jarrera hartzea, eta horrek estigma eta diskriminazioa murrizten lagun dezake.

Guzti honi amaiera jartzeko, Europako herrialde guztietan, baita zirkulu hori hausteko ekimenak dauden herrialdeetan ere, laguntza-maila txikia agertzen da konponbideak abian jartzeko orduan. Arrazoi nagusiak honako hauek dira: maila eta sektore guztien artean dagoen komunikazioa eta elkarrekintza eskasa, aurrekonturik eza bereziki GKEentzat eta boluntariotzako erakundeentzat, horiek baitira zerbitzu gehienak ematen dituztenak, baina giza eta finantza-baliabide oso mugatuekin. Horri guztiari gehitu behar zaio eragindako pertsonak, hau da, buruko gaixotasuna duten pertsonak eta haien senideak, arlo horretako politiken diseinuan inplikatzeko errezeloa, eta horrek oztopatu egiten du interes politikotik ekintzara igarotzea Europa osoan (Espainiako Osasun Mentaleko Konfederazioa, 2013).

Laburbilduz, buru-nahaste larriak dituzten pertsonak gizarteratzea erronka garrantzitsua da, aukeraberdintasuna eta giza eskubideekiko errespetua bermatzeko, eta batez ere, pertsona bakoitzaren bizi-

Giza-bazterketak gaixotasun mental larriak dituzten pertsonen bizi-kalitatean dituen ondorioen azterketa

kalitatea hobetzeko, bizitza duina izateko helburuarekin. Estigma eta diskriminazioa ezabatzea, laguntza-zerbitzu egokiak eskuratzea eta egiturazko oztopoak ezabatzea funtsezko elementuak dira buru-nahaste larriak dituzten pertsonak gizarteratzea lortzeko. Garrantzitsua da gizarteak, oro har, buru-nahaste larriak dituzten pertsonakiko jarrera positiboa eta babesa izatea, eta horrek guztiontzako gizarte inklusiboagoa eta bidezkoagoa sortzen lagun dezake.

3. METODOLOGIA

Lanaren atal honetan, ikertzeko eta informazioa biltzeko prozesuan erabilitako metodologia kualitatibo, kuantitatibo eta tekniken erabilera justifikatu eta deskribatzen da. Era berean, elkarrizketatutako pertsonen hautaketa azaltzen da eta, azkenik, elkarrizketen gidioa.

3.1 Metodologia kualitatiboa

Ikerketa hau, batez ere, metodo hipotetiko-deduktibo baten bidezko metodologia kualitatiboan oinarritzen da. Lehenik eta behin, metodologia kualitatibo baten alde egin da; izan ere, proposatutako azterlanaren xedeak ez du kontabilitate-neurketarik, eta datuaren adierazpena ez zenbakizkoa, eta erabilitako hizkuntza diskurtsiboa eta argudiatzailea da (Verd eta Lozares, 2016, 38. or.). Azterketa kualitatiboari buruz hitz egitean, ez dugu datu kualitatiboen kuantifikazioa aipatzen, baizik eta interpretazio-prozesu ez-matematikoa, datu gordinetan kontzeptuak eta erlazioak aurkitzeko eta, ondoren, azalpen-eskema teoriko batean antolatzeko helburuarekin egindakoa (Strauss & Corbin, 2002). Horiek erabil daitezke gutxi edo asko ezagutzen diren baina ezagutza berri bat lortu nahi den eremu substantiboak aztertzeko (Stern, 1980). Zenbait fenomenori buruzko xehetasun konplexuak lortzeko erabil daitezke, hala nola sentimenduei, pentsamendu-prozesuei eta emozioei buruzkoak, ateratzeko edo atzemateko zailak direnak ikerketa-metodo konbentzionalagoekin (Strauss & Corbin, 2002). Horregatik, uste izan da metodologia kualitatiboa dela egokiena beharrezko informazioa lortzeko, pertsonen hitzetatik abiatuta datu deskribatzaileak sortzea baitu helburu (López eta Sandoval, 2016). eta bestetik, inguruko gertakariei buruz ikertuko diren pertsonen ikuspegia ulertzea bilatzen duelako, haien errealitatea nola ulertzen duten jakinda.

Bestalde, inplikazio kualitatibotik ateratako metodo hipotetiko deduktiboak, lehenik eta behin, egitate bat ikusten da, horren hipotesi bat sortuz, hori matematizatu egiten da eta horren ondoren enpirikoki egiaztatzen da zer gertatuko litzatekeen testuinguru eta kasu desberdinetan hipotesia egiazkoa balitz (Instituto nacional de tecnologías educativas y formación del profesorado, d.g.). Ondoren, landanaren bidez, hasieran planteatutako hipotesiak berresten edo baztertzen dira, gutxi gorabehera orokorrak diren teoriak finkatzeko balio duten bezala (Verd eta Lozares, 2016, 45. or.).

3.2 Metodologia kuantitatiboa

Beste aldetik, neurri txikiagoan, metodologia kuantitatiboa ere erabili da azterketa egiteko. Metodologia kuantitatiboa zientzia enpirikoetan erabili izan diren bi ikerketa-metodologietako bat da; izan ere, zenbakizko datuen azterketan eta neurketan oinarritzen den ikerketa-ikuspegia da, ondorioetara iristeko eta ebidentzia enpirikoan oinarritutako erabakiak hartzeko. Sanchez Floresek (2019) dioen bezala, ikuspegi

Giza-bazterketak gaixotasun mental larriak dituzten pertsonen bizi-kalitatean dituen ondorioen azterketa

kuantitatiboaren araberako ikerketari izen hori ematen zaio (...) jasotako datuak aztertzeko estatistika-teknikak erabiliz neur daitezkeen fenomenoekin lan egiten duelako, eta bere helburu nagusia da kausak deskribatzea, azaltzea, aurreikustea eta objektiboki kontrolatzea, bai eta kausak argituta horiek gertatuko direla iragartzea ere. Metodologia kuantitatiboaren abantaila nagusietako bat biztanleriaren lagin batetik biztanleria orokorrera lortutako emaitzak orokortzeko gaitasuna da, horrela, pertsona talde baten iritzia modu orokorragoan ikusi ahal izateko.

Hala ere, ez da erabilitako metodologia bakarra, ez baita egokia fenomeno konplexuak edo subjektiboak aztertzeko, hala nola emozioak edo pertzepzioak. Gainera, zenbakizko datuak biltzeak baliteke giza esperientziaren konplexutasuna eta aberastasuna ez atzematea. Horregatik, lanean metodologia kualitatiboa eta kuantitatiboa erabili dira, ikerketa osatuagoa egiteko eta, horrela, aztertzen den fenomeno hobeto ulertzeko.

3.3 Erabilitako teknikak

3.3.1. Bibliografia- eta dokumentu-berrikuspena

Berrikuspen bibliografikoa eta dokumentala funtsezko teknika da edozein diziplinan ikertzeko, aztergai den gairako informazio garrantzitsua biltzeko eta aztertzeko aukera ematen baitu. Teknika horrek esan nahi du ikerketa-gaiarekin lotutako literatura zientifikoa eta teknikoa bilatu, hautatu eta kritikoki ebaluatu behar dela, eta dokumentu garrantzitsuak identifikatu eta aztertu behar direla, hala nola txosten teknikoak, tesiak eta hitzaldiak, besteak beste.

Azterlana hasi aurretik ematen den aurretiazko urratsa da; izan ere, ikertu nahi den gai bat ezagutzeko lehen hurbilketa bat egiten laguntzen duen teknika da, oinarriko informazio bat izateko eta aztergaia garatzen den esparrua testuinguruan kokatzeko. Horregatik, lan hau egiteko, lehenik eta behin berrikuspen bibliografiko bat egin da buru-nahaste larriaren eta gizarte-bazterkeriaren arloan. Informazioa biltzeko, aldizkari akademikoetako artikuluak, liburuetako kapituluak, txostenak eta ikerketak eta abar erabili dira, eta horietan oinarrituta egin da esparru teorikoa.

3.3.2. Teknika kualitatiboak

Elkarrizketa erdiegituratua

Lan honen esparruan, elkarrizketa erdiegituratua erabili da, informazioa eraginkortasunez biltzeko eta ikertzen ari den gaiari buruzko hainbat ikuspegi lortzeko tresna gisa. Elkarrizketa erdiegituratua ikerketa-teknika bat da, elkarrizketatzaileari galderak egiteko unean nolabaiteko malgutasuna izateko aukera ematen diona, baina elkarrizketa guztietan jarraitu beharreko oinarriko ordena eta gidoia mantenduz. Elkarrizketa

erdi-egituratuak egiteko, elkarrizketatzaileak gidoi bat du, elkarrizketan landu behar dituen gaiak jasotzen dituena. Hala ere, gaiak jorrazteko ordena eta galderak egiteko modua elkarrizketatzaileak libreki erabakitzeke eta baloratzeko uzten dira (González & Manuel, 2021). Horrela, gai espezifikoak sakonago azter daitezke, parte-hartzaileei beren iritziak eta esperientziak beren hitzetan eskaintzeko aukera ematen zaien bitartean. Hala ere, Gonzalezek eta Manuelek (2021) adierazten duten bezala, galdera berriak sar daitezke, egokitzat jotzen diren baldintzetan, egindako galderen esanahia azal daiteke, elkarrizketatuari azalpenak eska dakizkioke punturen bat ulertzen ez denean, edo alderdiren batean sakontzeko eska dakioke, galdera berriak sartuta.

Arestian esandakoagatik, ikerketa honetarako aukeratu den teknika elkarrizketa kualitatibo eta erdiegituratu izan da, elkarrizketa egituratuak baino zurruntasun txikiagoa duelako; izan ere, elkarrizketatuek modu askean erantzun dezakete, erantzun espezifikorik aukeratu gabe, eta, gainera, elkarrizketa horiek malgutasun handiagoa ematen dute, elkarrizketatuei eta haien erantzunei egokitu ahal izateko (Lopezosa, 2020).

Teknika hori lan honetan aplikatzea onuragarria izan da; izan ere, elkarrizketetan, konfiantzako eta giroko giro ezin hobea ahalbidetu zuten galdera edo gai orokorrekin hasi zen, eta, ondoren, aztergaiari erantzungo zioten galdera zehatzagoak egin ziren.

Lan honetan, 2 elkarrizketa egin dira guztira, nahasmendu mental larria duen pertsona bati eta eremu horretan lan egiten duen gizarte-langile bati, dokumentuan lantzen den errealitate espezifikora hurbiltzeko. Lehen asmoa, guztira, 3 elkarrizketa egitea zen, arestian aipatutakoak, gehi beste bat, buru-nahasmendu larria duen pertsona baten familia batekin. Elkarrizketa hori ezin izan da egin arrazoi bakar batengatik: elkarrizketa egiteko prest dauden pertsonen senitartekorik ez aurkitzeagatik. Hala ere, familia batek senidearen egoera ezagutzeko galdetegi bati erantzutea lortu zen, eta, beraz, galdetegiaren gidoiak eranskinetan aurkitzen dira (I., II eta III. Eranskinak).

3.3.3 Teknika kuantitatiboak

Bizi-kalitatearen WHOQOL-BREF eskala

WHOQOL-BREF bizi-kalitatearen eskala WHOQOL-100-etik eratorritako tresna generikoa da. 26 puntu ditu, eta horietatik 24k bizi-kalitatearen profila sortzen dute lau dimentsiotan: osasun fisikoa, psikologikoa, gizarte-harremanak eta ingurumena. Galdera bakoitza 1etik 5era bitarteko eskalan kalifikatzen da: 1ek bizi-kalitate txarra adierazten du, eta 5ek bizi-kalitate bikaina. Domeinu bakoitzean lortutako puntuazioak batu eta domeinu horretako galdera-kopuruarekin zatitzen dira, domeinu bakoitzean batez besteko puntuazioa lortzeko. Gaixotasunak eragindako bizi-kalitatearen aldaketak behatzeko, gaixotasunaren pronostiko-balioak ezartzeko eta zenbait esku-hartze baloratzeko erabiltzen da. WHOQOL BREF dokumentua

Giza-bazterketak gaixotasun mental larriak dituzten pertsonen bizi-kalitatean dituen ondorioen azterketa

ez da alderdi funtzionaletan zentratzen, baizik eta gizabanakoak bere egunerokotasuneko hainbat egoeraren aurrean duen gogobetetze-maila; beraz, kontzeptu- eta metodologia-sendotasun handieneko eskala da (Cardona-Arias & Higueta-Gutiérrez, 2014). Eskala hau Osasunaren Mundu Erakundeak (OME) garatu ditu, eta tresna fidagarritzat eta baliagarritzat jotzen dira hainbat kultura- eta hizkuntza-testuingurutan bizi-kalitatea neurtzeko.

Lan honetan, Félix Garrido Errehabilitazio Psikosozialeko zentroko 80 erabiltzailek egindako bizi-kalitatearen WHOQOL-BREF eskalak erabili dira ongizatearen pertzepzioa eta bizitzarekiko gogobetetzea ebaluatzeko. Zentroko erabiltzaileek eskalak egiten parte hartzeari esker, haien bizi-kalitatearen ebaluazio osoagoa eta zehatzagoa lortu ahal izan da, haiek baitira beren egoera hobekien ezagutzen dutenak. Lortutako emaitzak oinarri izango dira hobetzeko arloak identifikatzeko eta pertsona horien ongizatea eta gogobetetasuna sustatuko duten esku-hartzeak diseinatzeko. Eskalaren txantiloia eta erantzunak ikus daitezke eranskinetan (IV. eta V. eranskina).

3.4 Tekniken eta helburuen arteko lotura

Jarraian egindako taula bat aurkezten da, arestian adierazitako helburu espezifikoaren eta ikerketa-prozesuan erabilitako teknikaren arteko erlazioa adierazten duena.

1. Taula

Tekniken eta helburu espezifikoaren arteko lotura

HELBURU ESPEZIFIKOAK	ERABILITAKO TEKNIKA
1.1 Gaixotasun mental larriak dituzten pertsonen erronkak hobeto ulertzea, haien bizi kalitatea hobetzeko programa eta esku hartze espezifikoak garatu ahal izateko.	1. Inplikaturako pertsonekin egindako elkarrizketak
1.2. Haiekin egiten den esku-hartzeari buruz adierazten diren pertzepzioa, sentazioak eta sentimenduak ezagutzea.	1 Inplikaturako pertsonekin egindako elkarrizketak 2. WHOQOL-BREF bizi-kalitatearen eskala
1.3 Gizarte-bazterketak gaixotasun mental larria duten pertsonen ongizate psikosozialean duen eragina aztertzea.	1. Bibliografia- eta dokumentu-berrikuspena 2. Inplikaturako pertsonekin egindako elkarrizketak 3. WHOQOL-BREF bizi-kalitatearen eskala
1.4 Gizarte-bazterketaren eta gaixotasun mental larrien sintomen larritasun-mailaren arteko lotura ikertzea.	1. Bibliografia- eta dokumentu-berrikuspena 2. Inplikaturako pertsonekin egindako elkarrizketak 3. WHOQOL-BREF bizi-kalitatearen eskala

1.5 Gaixotasun mental larriak dituzten pertsonak gizartetik baztertzen laguntzen duten faktoreak identifikatzea.	1. Bibliografia- eta dokumentu-berrikuspena 2. Inplikaturako pertsonekin egindako elkarrizketak 3. WHOQOL-BREF bizi-kalitatearen eskala
1.6 Gaixotasun mental larriak dituzten pertsonen gizarte-bazterketa murrizteko esku-hartzeen ondorioak aztertzea.	1. Inplikaturako pertsonekin egindako elkarrizketak 2. WHOQOL-BREF bizi-kalitatearen eskala
1.7 Gizarte-bazterketak gaixotasun mental larriak dituzten pertsonen bizi-kalitatean duen eragina ebaluatzea.	1. Inplikaturako pertsonekin egindako elkarrizketak 2. WHOQOL-BREF bizi-kalitatearen eskala

Iturria: errealizazio propioa

3.5 Hautatutako profilak

Aurretik aipatu den bezala, metodologia bideratzeko, besteak beste, 3 elkarrizketa egin dira. Elkarrizketa horien artean daude gaixotasun mental larria duen pertsona batekin egindako elkarrizketa, gizarte-laneko profesional batekin eta gaixotasun mental larria duen pertsona baten familia batekin egindakoak.

Lehenengo kasuan, nahasmendu bipolarra diagnostikatu zaion pertsona batekin elkarrizketa bat egin da, nahasmendu mental larria duen pertsona baten zuzeneko informazioa lortzeko modu bat delako, gizarte-bazterketari eta haren bizi-kalitatean duen eraginari buruzko esperientziei, ikuspegiei eta iritziei buruzkoa. Gainera, gizarte-bazterkeriak bere bizitzan izan dituen ondorioak jasan dituen norbaiten ikuspegia ere ematen du. Horrela hobeto ulertuko lirateke nahasmendu mental larria duten pertsonen beren eguneroko bizitzan dituzten oztopoak eta oztopo horiek beren bizi-kalitatean nola eragin dezaketen.

Bigarren kasuan, elkarrizketa bat egin da gaur egun 18 urtetik hona errehabilitazio psikosozialeko zentro batean lan egiten duen gizarte-langile batekin. Garrantzitsutzat jo zen profil horretako pertsona bat elkarrizketatzeko beharra; izan ere, horrela, nahasmendu mental larriak dituzten pertsonekin zuzenean lan egiten duen eta gizarte-bazterketak haren eguneroko bizitzan dituen ondorioak lehen eskutik ikusi dituen norbaiten ikuspegia lor dezakegu; gizarte-bazterketari aurre egiteko eta pertsona horien bizi-kalitatea hobetzeko jardunbide onenak identifikatu ditzakegu; pertsona horiek eguneroko bizitzan dituzten erronka espezifikoak eta erronka horiei nola aurre egiten dieten ulertu dezakegu, eta eskura dituzten baliabideak eta gizarte-langileek pertsona horiek beren bizi-kalitatea hobetzeko behar diren zerbitzu eta laguntzekin nola konekta ditzaketen jakin dezakegu.

Hirugarren kasuan, ANASAPS (Osasun Mentalerako Nafarroako Elkarte) elkartearen bidez, buruko nahasmendu larria duen pertsona baten familia batekin elkarrizketa egin da. Kasu honetan, garrantzitsutzat

Giza-bazterketak gaixotasun mental larriak dituzten pertsonen bizi-kalitatean dituen ondorioen azterketa

jo zen familia bat elkarrizketatzeko beharra; izan ere, horrela, buru-nahasmendu larria duen pertsonarengandik hurbil dagoen eta gizarte-bazterketak haren bizi-kalitatean nola eragiten duen ikusi duen norbaiten ikuspegia lor dezakegu. Gainera, familiek zein pertsona horiek aurre egin behar dieten erronkak eta oztopoak uler daitezke, bai eta maite dituzten pertsoneri gizarte-bazterkeria prebenitzeko nola lagundu diezaieketen ere. Laburbilduz, nahasmendu mental larria duen pertsona baten familia elkarrizketatzeak informazio baliotsua eman dezake, jakiteko nola eragiten dien gizarte-bazterketak nahasmendu mental larriak dituzten pertsoneri, hurbilago dagoen edo hurbilago dagoen edo ez, eta nola lagun diezaieketen familiek maite dituzten pertsoneri gizarte-bazterkeria prebenitzeko eta haien bizi-kalitatea hobetzeko.

Elkarrizketen kodetzea

2. Taula.

Kodea, elkarrizketatuen profila eta data.

Kodea	Elkarrizkatuen profila	Data
EP2	Gizarte langintzako profesionala	28/04/2023
EP3	Gaixotasun mental larria duen pertsona baten familia	5/05/2023

Kodea	Elkarrizkatuen profila	Diagnostikoa	Data
EP1	Gaixotasun mental larria duen pertsona	Nahasmendu bipolarra	2/05/2023

Iturria: errealizazio propioa

3.6 Elkarrizketen gidoia egitea

Lanaren helburu nagusia gizarte-bazterkeriak gaixotasun mental larria duten pertsonen bizi-kalitatean dituen ondorioak aztertzea da. Horretarako, hiru gidoi erdiegituratu propio egin dira, ikerketari erantzuna emateko, eranskinean aurkezten direnak (I., II. eta III. eranskinak). 3 gidoi desberdin egin dira; izan ere, helburua berbera bada ere, galderak ezin dira berdinak izan nahasmendu mentala duen pertsona batentzat, senide batentzat edo gizarte-langile batentzat. Horregatik, 3 gidoi desberdin egitea erabaki da.

Lehen gidoia, nahasmendu mental larria duen pertsonarena, 8 bloketan egituratu da: nahasmendu mental larria, hezkuntza, enplegua, ekonomia, etxebizitza, ingurunea, harreman sozialak eta bazterketa. Galderak horrela banatzen dira, ahalik eta informazio gehien lortzeko gizarte-bazterketaren eraginpean egon daitezkeen pertsonaren bizitzako alderdi guztiei buruz. Bigarren gidoia, senidearena, 7 ataletan egituratu da: senitartekoa eta haren egoera ezagutzea, diagnostikoaren ondorioak, gizarte-bazterketa, eguneroko bizitzan eta bizitza emozionalean dituen ondorioak, ingurunea eta ondorioak. Azken gidoia, gizarte-langilearena, 8

bloketan egituratu da: gizarte-langilea eta haren esperientzia ezagutzea, buru-nahasmendu larria, gizarte-bazterketaren inpaktua buru-nahasmendu larriak dituzten pertsonengan, ondorioak eguneroko bizitzan eta bizitza emozionalean, familia-laguntza, laguntza komunitarioa eta ondorioak.

Era berean, IV. eranskineko txantiloian, parte hartzeko baimenaren eta datuak babestearen txantiloia sartu da, eta bertan jasota dago pertsonak onartu egiten duela ikerketa batean parte hartzea, gizarte-bazterketak nahasmendu mental larria duten pertsonen bizi-kalitatean dituen ondorioen azterketari buruz. Baimen hori Datu Pertsonalak Babesteari eta Eskubide Digitalak Bermatzeari buruzko abenduaren 5eko 3/2018 Lege Organikoan oinarrituta dago. Bertan, konfidentziasuna eta pertsonen datu pertsonalak babesteko duten oinarritzko eskubidea bermatzen dira.

Giza-bazterketak gaixotasun mental larriak dituzten pertsonen bizi-kalitatean dituen ondorioen azterketa

4. EMAITZEN ANALISIA

Egindako landa-lanetik abiatuta, buru-nahasmendu larria duten pertsonen bizi-kalitatearen pertzepzioan sakontzea ahalbidetu duten emaitzak lortu dira.

Emaitza horiei esker, funtsezko alderdiak identifika ditzakegu, errealitate bat ezagutzeko eta errealitate horretara hurbiltzeko, eta, aldi berean, nahasmendu horiekin bizi diren pertsonen eta haien senideen bizipenak ezagutzeko. Oroigarri gisa, lan honen azterlanaren helburua gizarte-bazterketak buru-nahasmendu larria duten pertsonen bizi-kalitatean dituen ondorioak ezagutzea da. Gai horri heltzeko, hiru elkarrizketa egin dira nahasmendu mental larriak zituzten pertsonekin, gizarte-langileekin eta nahasmendu mental larriak zituzten pertsonen familiarekin. Aurrez aurre egin ziren elkarrizketak, eta parte-hartzaileen baimenarekin erregistratu ziren. Elkarrizketetan, galdera irekiak egin ziren parte-hartzaileek gizarte-bazterketarekin izandako esperientziei buruz eta esperientzia horiek haien ongizate fisiko eta mentalean izandako ondorioei buruz.

Horregatik, atal honetan, egindako 3 elkarrizketetan eta WHOQOL-BREF bizi-kalitateko eskaletan lortutako informazioan oinarrituta egindako azterketa jasotzen da.

Lortutako emaitzak hainbat azterketa-multzotan aurkeztuko dira.

4.1 Komunitatean integratzeko zailtasunak eta gizarte-isolamendua

Buru-nahaste larriak dituzten pertsonak askotan zailtasunak izaten dituzte komunitatean integratzeko, eta gizarte-isolamendua jasan dezakete, giza eskusioa gauzatu. Gizarte-bazterketa hori hainbat arrazoiengatik gerta daiteke, eta pixkanaka ikusiko dugu, diskriminazioa, estigma eta gizartearen ulermenik eza barne.

Alde batetik, gaixotasun mental larria duten pertsonak zailtasunak izan ditzakete komunitatean integratzeko, elkarreragiteko eta harreman sozialak izateko gaitasunean izan ditzaketen mugengatik. Gizarte-trebetasunen eta gizarte-itxaropenak betetzeko gaitasunaren mugak ohikoak dira buru-nahaste larriak dituzten pertsonengan, eta horrek komunitatean integratzea zaildu dezake. Nahasmendu horiek dituzten pertsonak zailtasunak izan ditzakete gizarte-seinaleak irakurtzeko eta ulertzeko, besteen emozioak interpretatzeko eta behar bezala erantzuteko. Trebetasun horiek funtsezkoak dira harreman osasungarriak eta iraunkorrak ezartzeko, eta horrek gizarte-bazterketa ekar dezake, behar bezala lantzen ez badira. Adibidez, nahasmendu mental larriak dituzten pertsona batzuek zailtasunak izan ditzakete pertsonen arteko harremanak ezartzeko, beren sintomengatik eta nahasmenduarekin lotutako portaerengatik, hala nola antsietatea, isolamendu soziala, suminkortasuna eta komunikatzeko zailtasuna. Sintoma horiek gizarte-jardueretan parte hartzeko eta lagun berriak egiteko gaitasuna muga dezakete, eta horrek gizarte-bazterketa

ekar dezake. Hau argi adierazten da familiarekin egindako elkarrizketan, non, elkarrizketatuak adierazten du bere ahizpak, gaixotasun mentala dela eta, ez dituela zaintzen bere gizarte-harreman batzuk, eta, ondorioz, giza-laguntzako sarea murriztu egin duela.:

“No tiene una... un seguimiento con la relación de varias personas porque es incapaz de mantenerla, que es que no cuida sus relaciones cercanas, no sabe cuidarlas porque llega un momento que cuando tú tienes, eh, están hablando de algo y ella piensa de otra manera. Pues no, no sabe aceptarlo. ¿Y entonces qué pasa?. Pues unas malas contestaciones que les da, pues les aleja un poco, pero a ver, pero sola no está sola, no está, pero sí que esa enfermedad tiene, eso.” (EP3)

Berdina dio gizarte langileak berarekin egindako elkarrizketan. Honetan, gizarte langileak dio gaixotasun mentalak eragina duela pertsonaren funtzionamenduan, eta funtzionatzeko modu berri horren ondorioz, pertsona zenbait arlotan baztertzen dela, hala nola lan-arloan, gizarte-arloan...

“Yo creo que esas áreas sí que están afectadas por la enfermedad mental, o sea, enfermedad mental si tienen una incidencia en la motivación, en las ganas de levantarme, en las ganas de hacer y tal. Y luego ese modo de funcionar sí que te lleva a excluirte de algunas áreas, pues el tema laboral, del tema de relaciones sociales, te vas encerrando y aislando, pero creo que eso es posteriori a. Primero el propio diagnóstico salud mental, te merma las capacidades y tienes una forma de funcionar y esa forma de funcionar es la que luego te genera exclusiones en ciertas áreas...” (EP2)

Era berean, pertsona hauek zailtasunak izan ditzakete gizarte-espektatibak betetzeko, sintomak eta mugak dituztelako egoera jakin batzuetara egokitzeko. Espektatiba sozialak pertsona batek egoera jakin batean, lanean, hezkuntzan edo harreman pertsonaletan, betetzea espero diren arau eta portaera sozialki onargarriei buruzkoak dira. Nahaste mental larriak dituzten pertsonak zailtasunak izan ditzakete itzaropen horiek ulertzeko eta betetzeko, hainbat sintoma direla-eta, hala nola motibaziorik eza, kontzentratzeko zailtasuna eta eguneroko jardueretan interesik ez izatea. Inguruko aldaketetara eta gizarte-harremanetara egokitzeko zailtasunak ere izan ditzakete. Hori islatzen da gizarte-langileak elkarrizketan egindako baieztapenean:

“Entonces eso mismo, esa falta de un funcionamiento entre comillas, normalizado, es lo que me hace separarme de la norma, con lo cual me estoy excluyendo. Y como aquí que hay que seguir la norma para estar incluido.” (EP2)

Giza-bazterketak gaixotasun mental larriak dituzten pertsonen bizi-kalitatean dituen ondorioen azterketa

Zailtasun horiek gizarte-bazterketa eta estigmatizazioa ekar dezakete, gizarte-itxaropenak betetzen ez dituzten pertsonak "arrotz" edo "desberdin" gisa har baitaitezke. Hori bereziki zaila izan daiteke buru-nahaste larriak dituztenentzat, estigmatizazioak eta diskriminazioak nahasmenduaren sintomak areagotu eta komunitatean integratzeko aukerak mugatu baititzakete. Gainera, gizarte-itxaropenak desberdinak izan daitezke kulturaren arabera, eta horrek are gehiago areagotu ditzake kultura-gutxiengoetako edo gutxiengo etnikoetako buru-nahaste larriak dituzten pertsonentzako zailtasunak. Arau eta itxaropen kulturalak desberdinak izan daitezke portaerari, genero-rolari eta gaixotasun mentala hautemateko eta tratatzeko moduari dagokienez.

Beste aldetik, honi gehitzen zaio, ohikoa dela buru-nahaste larriak dituzten pertsonen isolamendu- eta giltzapetze-aldiak izatea, beren gaixotasunaren izaeratik. Nahasmenduaren sintomak, hala nola depresioak eta antsietateak, gizartetik isolatzera eta gizarte-jarduerak saihestera eraman dezakete pertsona, eta horrek eragina izan dezake komunitatean integratzeko duen gaitasunean.

Gainera, gizarte- eta lan-espektatibak betetzeko gaitasuna erronka ere izan daiteke pertsona hauentzat. Orduz erregularra izateko, epeak betetzeko eta laneko eskakizunak betetzeko zailtasunak izan ditzakete. Lanaren eskakizunek nahasmenduaren sintomak ere sor ditzakete, eta horrek eragina izan dezake epe luzerako enpleguari eusteko eta lan-hazkunderako aukerak mugatzeko gaitasunean. Gizarte-langileak lehen aipatutakoa nabarmentzen du, askotan gaixotasun mentala duten pertsonen ez dute beren lanekin jarraitzen edo ez dute gehiago lan egin nahi, lanaldi erregularra eraman ezin dutelako eta produktibitateari eutsi ezin diotelako pertsona horrek duen nahasmenduagatik:

"Porque hay días que estoy mejor que hoy y no voy a mantener esa continuidad". Eso suele costar. " (EP2).

Lan arloan, buru-nahaste larria duen pertsonaren senitartekoak orain hitz egin dugunaz hitz egiten du, pertsonak lana utzi behar izan zuen eta lanerako ezintasuna eman zioten buruko nahasmenduagatik:

"Pues ha afectado y sobre todo la vida laboral, porque como en el trabajo ya se dieron cuenta que no iba bien la cosa y tuvimos que pues eso, que llevarla al psiquiatra que no quería, pues ahí ya pasó un tribunal médico y le dieron la incapacidad laboral, hace 25 años..." (EP3)

Bestetik, gizarte langileak gaineratzen du pazientzia gehiago izanez sektore normalizatuagoetan laneratzeko orduan inklusioa arlo laboralean gehiago gauzatuko litzatekeela:

"...dar un poco más de tiempo de paciencia a la hora de funcionar. Si yo voy al trabajo y bueno, pues me dan un poco más de tiempo y un poco más de paciencia, voy a entrar a

un curso de tal y me dan ese tiempo para adaptarme, yo creo que la gente iría, la gente con ese diagnóstico podría acceder de una forma más fácil, sentirse más segura, más cómoda..."(EP2).

Garrantzitsua da azpimarratzea muga horiek ez direla nahitaez buru-nahasmenduaren ondorio zuzena; aitzitik, faktoreen konbinazioaren emaitza izan daitezke, laguntza-baliabide egokiak ez eskuratzea eta gizartean gaixotasun mentalaren estigmatizazioa barne, gero aipatuko direnak.

4.2 Baliabideak eta zerbitzuak eskuratzeko oztopoak

Baliabideak eta zerbitzuak eskuratzeko oztopoak oztopo garrantzitsuak dira tratamendua eta laguntza behar duten buru-nahaste larriak dituzten pertsonentzat. Askotan, oztopo horien ondorioz, zaila izan daiteke pertsonentzat sendatzeko eta osasuntsu egoteko behar dituzten tratamendua eta zerbitzuak lortzea.

Informaziorik eza oztopo ohikoenetako bat da buruko nahasmendu larriak dituzten pertsonentzako baliabideak eta zerbitzuak eskuratzeko. Baliteke pertsona askok eskura dituzten baliabide eta zerbitzuen berri ez izatea, edo laguntza eta tratamendua bilatzeko beharrezkoa den informazioa eskura ez izatea. Adibidez, baliteke pertsona batzuek ez jakitea badirela irabazi-asmorik gabeko erakundeak edo laguntza-taldeak buruko nahasmendu larriak dituzten pertsonen laguntza eta baliabideak eskain diezazkieketenak. Gainera, zaila izan daiteke pertsona batzuentzat eskuragarri dauden baliabideei buruzko informazioa aurkitzea, komunitatean hezkuntza- eta sentsibilizazio-programarik ez dagoelako. Informazio faltaren ondorioz, buruko nahasmendu larriak dituzten pertsonentzat zaila izan daiteke arreta mediko espezializatuko hornitzaileak aurkitzea, beren egoera modu eraginkorrean kudeatzen lagun diezazkieketenak. Oztopo hau jasas zuen egindako 3. elkarrizketatuak. Dioenez, familiaren desinformazioak bere senideari gertatzen zitzaiona ez ulertzea eragin zuen, ezta lagundu ahal izatea ere:

“pero al principio para la familia fue muy difícil por el desconocimiento que hay a la enfermedad mental. De hecho, nadie sabíamos y gracias a ANASAPS que acudimos y allí no nos informaron, nos formaron y nos echaron una mano para poder entender, lo que le estaba ocurriendo.” (EP3)

Gainera, honekin batera, teknologiarako sarbiderik eza oztopo handia izan daiteke. Gaur egun, pertsona askok teknologia behar dute osasun mentalarik buruzko informazioa eskuratzeko, online baliabideak bilatzeko, online hitzorduak egiteko edo online terapiara joateko. Hala ere, pertsona guztiek ez dute teknologiarako edo Internetarako sarbidea beren etxeetan. Kasu askotan, pertsonak teknologia deskonektatuta egon daitezke finantza-baliabideak falta direlako, hala nola, telefono adimendun bat edo

Giza-bazterketak gaixotasun mental larriak dituzten pertsonen bizi-kalitatean dituen ondorioen azterketa

datu-plan bat ordaintzeko ezintasuna. Gainera, Internetarako konexioa fidagarria ez den edo eskuragarri ez dagoen landa-eremuetan edo urruneko eremuetan bizi daitezke pertsonak. Teknologiarako sarbiderik ezak eragina izan dezake, halaber, pertsonak beste pertsona batzuekin konektatzeko eta laguntza-harremanak eraikitzeke duten gaitasunean. Gaur egun, sare sozialak eta lineako beste plataforma batzuk lagunekin eta senideekin komunikatzeko modu komuna dira. Tresna horiek erabiltzeko aukerarik gabe, are isolatuago eta deskonektatuago senti daitezke.

Garraio eza izatea edo garraio publiko eskuragarria eta irisgarria ez izatea beste oztopo garrantzitsu bat da. Landa-eremuetan bizi diren edo baliabide ekonomiko gutxi dituzten pertsonak zailtasunak izan ditzakete zerbitzu medikoetara eta osasun mentaleko zerbitzuetara iristeko, batez ere hiriguneetatik urrun bizi badira edo zerbitzuak mugatuta badituzte beren eremuan. Garraiorik ez izateak, halaber, mugatu egin dezake nahasmendu mental larriak dituzten pertsonen tratamenduari eusteko eta hitzordu mediko erregularretara joateko duten gaitasuna. Horrek gizarte-isolamendu handiagoa eragin dezake, enplegu bat mantentzeko gaitasunean mugak izan ditzake, eta, kasu batzuetan, osasun mentalak okerrera egin dezake. Hala ere, egindako elkarrizketetan, protagonistek ez dute uste garraioan oztoporik dutenik. Bestalde, bizi-kalitatearen eskalek gauza bera islatzen dute, 1etik 5erako eskalan 3,35 puntuko (normala) batez bestekoarekin.

4.3 Indarkeria- eta abusu-esperientziak

Beste faktoreetako bat indarkeria- eta abusu-esperientziak dira. Buru-nahaste larriak dituzten pertsonak askotan indarkeria- eta abusu-esperientzien aurrean kalteberak dira, sarritan aurrez aurre izaten dituzten estigmen eta diskriminazioen ondorioz. Pertsona horiek zailtasunak izan ditzakete sentitzen dutena eta gertatzen ari zaiena komunikatzeko, eta horrek indarkeriaren eta abusuen biktima izateko joera handiagoa izatea eragin dezake.

Indarkeriak eta abusuak ondorio sakonak izan ditzakete pertsona horien osasun mental eta fisikoan. Antsietatea, depresioa, trauma osteko estresaren nahasmendua (TEPT), antsietate-nahasmenduak, insomnia eta osasun mentaleko beste arazo batzuk izan ditzakete. Gainera, indarkeria- eta abusu-esperientziak eragina izan dezakete pertsonak beste pertsona batzuekin harremanak izateko eta bere ingurunean seguru sentitzeko duen gaitasunean. Garrantzitsua da aitortzea indarkeria eta abusia era askotara ager daitezkeela. Abusu fisikoa, sexuala, emozionala, finantzarioa eta psikologikoa izan daitezke. Buru-nahaste larriak dituzten pertsonen ere abusuak egin diezazkiekete zaintzaileek, senideek edo aginte-egoeran dauden pertsonak, eta horrek are gehiago zaildu dezake laguntza bilatzeko gaitasuna. Ikerketa honetan oinarrituz, EP3-ko elkarrizketatuak bere arrebari buruz dioenez ez du biolentziazko edo abusuzko esperientziarik izan "No, no, no, no, nunca." (EP3). Berdina dio EP2-ko elkarrizketatuak, "No, yo creo que

violencia no... El pero no, de violencia no, es más que eso, el no sé cómo decirlo. Dificultades al acceder a recursos, derechos y participar plenamente en la sociedad, eso sí.” (EP2). Haren iritziz, nahasmendu mental larria duten pertsonak oztopo gehiago izan ohi dituzte baliabideetan eta zerbitzuetan sartzeko orduan txarren eta abusuen esperientziak izateko orduan baino, aurreko atalean landu den bezala. Hala ere, bizi kalitate eskala erantzun zuten 38 pertsonak 1 edo 2 puntu erantzun dute (ezer edo gutxi) eguneroko bizitzan zenbat segurtasun sentitzen duten galderari dagokionez, hau da, 80 pertsonatatik 38 batere seguru edo gutxi sentitzen dira, ia erdia.

4.4 Laguntza- eta akonpainamendu-premiak

4.4.1. Medikazioa

Medikazioa funtsezko osagaia da gaixotasun eta nahaste askoren tratamenduan, eta horren garrantzia ezin da gutxietsi. Bereziki, buruko nahasmenduak dituzten pertsonentzat, medikazioa tresna baliogabea izan daiteke sintomak kontrolatzen eta bizi-kalitatea hobetzen laguntzeko. Gainera, berebiziko garrantzia izan dezake pertsonak komunitatean integratzeko duten gaitasunean. Medikazioak nahasmenduaren sintomak kontrolatzen lagun dezake, eta, horri esker, pertsonak gaitasun hobea izan dezake besteekin elkarreragiteko eta gizarte- eta lan-itxaropenak betetzeko. Sendagai horiek oso eraginkorrak izan daitezke buruko nahasmenduen sintomak tratatzeko, baina albo-ondorio garrantzitsuak ere izan ditzakete. Sendagai psikiatrikoen albo-ondorio ohikoenetako batzuk logura, pisua handitzea, libidoa gutxitzea, dardarak, zorabioak, memoria- eta kontzentrazio-arazoak eta idorzeria dira. Albo-ondorio horiek arinak edo moderatuak izan daitezke, baina larriak ere izan daitezke, eta pertsona batek eguneroko jarduerak egiteko duen gaitasuna mugatu dezakete. Hori gizarte-langileak azpimarratzen du, askotan, medikazioaren beharra nabarmentzen da, baina, askotan ere, medikazioa hartzen duen pertsonarentzat ere kaltegarriak diren albo-ondorioak dakartza:

“Pues a ver, hay una serie de síntomas normalmente positivos y negativos que la medicación puede ayudarte a controlar. Pero tiene el efecto contraproducente, que también tiene efectos secundarios, que te adormila, que enlentece, que a nivel cognitivo tal, que a nivel sexual tal. Entonces es lo de siempre. Por un lado es necesaria porque dice que para estar [ininteligible], para estar estable hace falta, pero por otro tiene una carga de efectos negativos que normalmente no quiere tener. Entonces yo creo que a nivel farmacológico si, lo que sea necesario para estar estable y no más, y el resto de potenciar un funcionamiento más óptimo, hacerlo con psicoeducación.” (EP2)

Giza-bazterketak gaixotasun mental larriak dituzten pertsonen bizi-kalitatean dituen ondorioen azterketa

Gaixotasun mental larria duen pertsonak, beste aldetik, medikazioaren garrantzia ere nabarmentzen du bere kasuan, izan ere, ez du nahasmendu bipolarren fase maniakoa eta fase depresiboa hain bortitz bizitzen:

“Sí, yo creo que sí. Lo que te van cambiando medicaciones o te van poniendo nuevas para ver si pillas la medicación que te haga todo el efecto, porque ya sabes que si tomas una y no te hace nada, te dan otra. Y en cambio con esta que te digo que manda el “psicotril”, me parece que se llama estoy de puta madre, estoy desde noviembre que no me han dado... , no me da las alteraciones ni nada, ¿no?” (EP1)

Pertsona horren kasuan medikazioak duen garrantziaren beste froga bat da bere bizi-kalitatea hobetzeko oraintxe bertan medikazioa mantentzea izango litzatekeela, orain dagoen bezala:

“¿Cómo mejorar? Pues estando como estoy ahora, con la medicación y...” (EP1)

Baina, aurreko aipuetan ikusi den bezala medikazioaren garrantzia azpimarratu arren, albo-ondorioak ez diotela eguneroko bizitzako jarduerak egiten utzi ere esaten du:

“Porque me tiembla mucho la mano con la medicación. No estás preparado para cosas y me cuesta más. Y tienes más miedo de hacer. A ver si te va a pasar algo. Antes yo me lanzaba con todo.” (EP3)

Hala ere, WHOQOL-BREF bizi-kalitatearen eskalek ez dituzte kontrastatzen gizarte-langilearen baieztapenak, ezta buru-nahasmendu larria duen pertsonarenak ere. “Zein mailatan behar duzu tratamendu medikoa zure eguneroko bizitzan funtzionatzeko?” galderari dagokionez, erantzunen batez bestekoa 2,37 da, eta bozkatuenak 2 puntu (pixka bat) eta 3 puntu (normalena) dira.

Kasu batzuetan, nahasmendu mentalak terapia ez-farmakologikoekin soilik trata daitezke, psikoterapiarekin edo terapia kognitibo-konduktualarekin, esaterako. Hala ere, kasu askotan, medikazioa beharrezkoa da garuneko kimikoak orekatzeko eta sintomak murrizteko.

Garrantzitsua da kontuan hartzea medikazioa ez dela konponbide azkarra, ezta buruko nahasmenduetarako sendabidea ere. Gizarte langileak dioten bezala, “...a nivel farmacológico si, lo que sea necesario para estar estable y no más, y el resto de potenciar un funcionamiento más óptimo, hacerlo con psicoeducación. O sea, una mezcla de terapia no sólo farmacológica, sino meter otras, porque solo la farmacológica lo que te digo hay un montón de efectos secundarios que la persona usuaria que viene no los quiere.”(EP2). Medikazioak asteak edo hilabeteak behar ditzake eragina izateko, eta baliteke dosia doitu edo sendagaia aldatu behar izatea tratamendu egokia aurkitzeko. Gainera, pertsona batzuek, aurretik azaldu den

bezala, albo-ondorioak izan ditzakete, nahiz eta gehienak aldi baterakoak izan eta denborarekin gutxitu daitezkeen.

4.4.2. Familia, gizarte-laguntzako sarea eta komunitateraren garrantzia

Familiak, giza-laguntzako sarea eta komunitateak funtsezko garrantzia dute buruko nahasmendu larriak dituzten pertsonei laguntzeko eta sendatzeko. Hiruek laguntza-sare bat, baliabideak eta tresnak eskaini ditzakete, pertsonei osasun mentala jasaten eta bizitza egokia eta produktiboa izaten laguntzeko. Nahasmendu mental larriak dituzten pertsonek sintoma larriak eta iraunkorrak izan ditzakete, eta horiek eragina izan dezakete eguneroko jarduerak egiteko, gizartean elkarrengaitzeko eta bizitza egokia izateko duten gaitasunean.

Familia, oinarritzko laguntza taldea

Testuinguru horretan, familia funtsezko laguntza-iturria da buruko gaixotasun mental larriak dituztenentzat. Familiak berebiziko garrantzia izan dezakete buru-nahasmendu larria duen pertsonaren arretan eta tratamenduan, bai eta sendatzean ere. Hau nabarmentzen du EP1-eko elkarrizketatuak, berareztat haren familia da garrantzitsuena, "Exactamente. Para mí lo más importante es eso." (EP1), Izan ere, dioenez ez daki non egongo zen familiagatik ez bazen, familiaren garrantzia erakutsiz:

"Pues que estoy en esta vida normal porque si habría sido otra mujer o otros hijos me habrían mandado a tomar por culo hace mucho tiempo ya. Porque le has hecho sufrir mucho." (EP1)

Laguntza emozionaleko, laguntza praktikoko eta finantza-laguntzako sare bat ere eskaini dezakete, eta, horri esker, nahasmendu mental larriak dituzten pertsonei beren egoera gainditzen eta bizitza egokia izaten lagun diezaiekete.

Gainera, familia tratamenduaren erabakietan eta medikazioaren kudeaketan inplikaturik egon daiteke. Familiak tratamenduan eta errehabilitazioan modu aktiboan parte hartuz gero, emaitzak nabarmen hobetu daitezke eta berriro gaixotzeko arriskua murriztu. Familiak, halaber, giro segurua eta egonkorra eman diezaioke buru-nahaste larria duen pertsonari, eta hori bereziki garrantzitsua izan daiteke gaixotasunaren gertakari akutuetan. Izan ere, familia, gehienetan, izaten da pertsona hauen lehendabiziko laguntza taldea. Pertsona bati nahasmendu mental larria diagnostikatzen zaionetik, familia da bere laguntza-iturri nagusia. Familiak bere egoera ulertzen eta tratamendu egokia bilatzen lagun diezaioke erasandako pertsonari.

"...pero luego el primer apoyo el primer grupo que tienen es la familia, en los casos en los que hay, y entonces el tema familiar y las amistades es básico." (EP2)

Giza-bazterketak gaixotasun mental larriak dituzten pertsonen bizi-kalitatean dituen ondorioen azterketa

Laburbilduz, familia da nahasmendu mental larriak dituzten pertsonentzako lehen laguntza-taldea, laguntza emozionaleko, laguntza praktikoko eta finantza-laguntzako sare bat eskaintzen duelako, eta kaltetutako pertsonari bere egoera ulertzen eta tratamendu egokia bilatzen lagun diezaiokeelako. Gainera, familiak giro segurua eta egonkorra eman dezake, jarduera sozial eta komunitarioetan parte hartzera bultzatzen dezake eta bizitza independenterako laguntza eman dezake. Horrek guztiak buruko nahasmendu larriak dituzten pertsonen bizitza egokia eta emankorra izaten lagun diezaieke.

Giza-laguntzako sarea

Buru-nahaste larria duten pertsonen erronka askori aurre egin diezaiekete beren eguneroko bizitzan, eta garrantzitsua da gizarte-laguntzako sare sendo bat izatea erronka horiek kudeatzen laguntzeko. Laguntza-sare horren funtsezko alderdietako bat hurbileko lagun taldea da.

Lagunek lotura eta pertenezko zentzua eman dezakete, eta hori funtsezkoa da osasun mentalerako. Buru-nahasmendu larriak dituzten pertsonak, askotan, isolatuta eta gizartetik deskonektatuta sentitzen dira, eta horrek estresa areagotu eta egoera okertu diezaieke. Konfiantzazko lagunak izateak lagun diezaieke gutxiago isolatuta sentitzen eta ongizate psikologikorako funtsezkoa den babes emozionalaren zentzua ematen. Gainera, lagunek laguntza praktikoko sistema bat eman diezaiekete buruko nahasmendu larriak dituzten pertsonen bizitza egokia eta emankorra izaten lagun diezaieke. Lagunek lagun diezaiekete errutina osasuntsua izaten, medikazioaren berri izaten eta eguneroko zereginekin laguntza ematen. Laguntza praktikoa horrek alde handia eragin dezake pertsonak bere independentzia mantentzeko eta bizi-kalitatea hobetzeko duen gaitasunean.

Hala ere, kontuan izan behar da lagun guztiak ez direla onuragarriak buruko nahasmendu larriak dituzten pertsonentzat. Askotan pertsona batzuk toxikoak edo desegokiak izan daitezke, eta kalte handiagoa egin dezakete. Hau izan zen EP1-eko protagonistaren kasua. Bere kasuan, gaixotasun mentalaren ondorioz, zituen adiskideekin erlazioa galdu zuen:

“Osea amigos no es que amigos ya no tengo. Porque yo me quité un poquito de la cosa, me quité de tener amigos y eso por no sé por qué no había salido bien de esas cosas. Y ahora te juntas con gente y te dice “Qué pensión te ha quedado “ y “cómo estás y qué te ha quedado, ¿la total?, no, ¿la absoluta?. Porque yo no miento, pero ya te dicen “jolín, pues cobraras un montón”. Y a ti que te importa, y a mí por qué me preguntas.” (EP1)

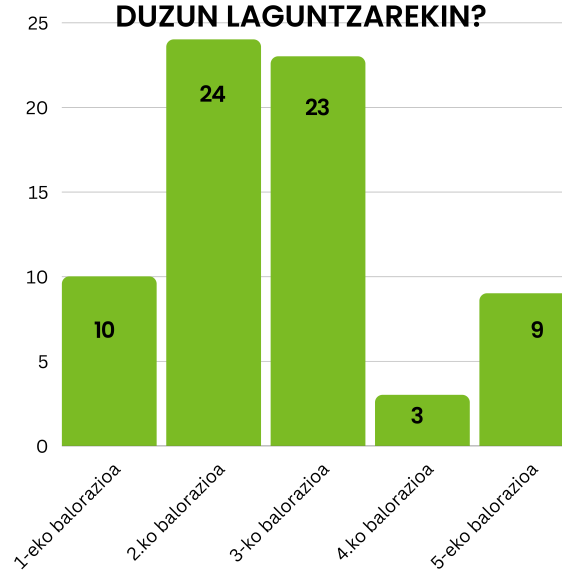
Kasu honek adierazten du garrantzitsua dela buruko nahasmendu larriak dituzten pertsonen adiskidetasun arazoaren zantzuak nola antzeman jakitea eta egoera horietan muga osasungarriak ezartzeko gaitasuna izatea.

Eskalak erantzun zituzten pertsonen aldetik, hurrengo grafikoan ikus daiteke zer pentsatzen duten haien erlazio sozialei buruz:

1. grafikoa

Lagunengandik lortutako laguntzaren balorazioa

POZIK AL ZAUDE ZURE LAGUNENGANDIK LORTZEN DUZUN LAGUNTZAREKIN?



*Ietik 5era egindako balorazioa: 1 ez dago batere pozik eta 5 oso pozik

Iturria: errealizazio propioa

Grafiko honetan ikus daitekeenez, pertsonen ia erdiak ez dago pozik edo gutxi daude pozik ez haien gizarte-harremanetatik jasotzen duten laguntzari dagokionez, eta pertsonen % 15 baino ez daude nahiko pozik edo oso pozik. Hemen frogatzen da buru-nahasmendu larria duten pertsonen askotan ez dutela harreman sozial egokirik izaten.

Hitz gutxitan, gizarte-harremanak funtsezkoak dira pertsona guztien osasunerako eta ongizaterako, baina, bereziki, buru-nahaste larriekin borrokatzen dutenentzat. Hala ere, ikusi den bezala, harreman horiek ez dira behar bezain onak oraindik.

Komunitatea eta hurbileko ingurunea

Hirugarrenik, beste talde-laguntza handienetarikoa aurkitzen da, komunitatea. Hau funtsezko elementua da pertsona horiek babesteko eta sendatzeko. Komunitateak hainbat zerbitzu eskaini ditzake: osasun mentaleko zerbitzuak, errehabilitazio-programak, bitzita independenterako laguntza, enplegu-aukerak eta etxebizitza seguru eta irisgarria. Zerbitzu horiek guztiek lagun diezaiekete buru-nahaste larriak

Giza-bazterketak gaixotasun mental larriak dituzten pertsonen bizi-kalitatean dituen ondorioen azterketa dituzten pertsonen bizitza egokia eta produktiboa izateko eta osasun mentala kudeatzeko beharrezkoak diren trebetasunak eta gaitasunak garatzen.

Lehenik eta behin, komunitateak osasun mentaleko zerbitzu eskuragarriak eta kalitate handikoak eman ditzake. Horren barruan sar daitezke lehen mailako arretako zerbitzuak, terapia eta psikiatriako zerbitzuak eta buruko nahasmendu larriak dituzten pertsonentzako tratamendu-programak. Komunitateak laguntza eman dezake krisi-egoeretan, hala nola krisietan esku hartzean edo larrialdi-arretan.

Gainera, komunitateak errehabilitazio-programak eta bizitza independenterako laguntza-zerbitzuak eskaini ditzake. Azken finean gizarte langileak (EP2) esaten duen bezala “Normalmente las personas que al final tienen este área más comunitaria, contar con recursos comunitarios, son las personas que más avanzadas en el proceso de rehabilitación”. Ikus daitekeenez, komunitatean aktiboki parte hartzen duten eta baliabide komunitarioak eskura dituzten pertsonak birgaitze-prozesuan aurreratuen daudenak dira. Horren barruan sar daitezke gizarte- eta lan-trebetasunen programak, dirua erabiltzeko trebetasunetan trebatzea eta etxebizitza seguruko eta irisgarriko zerbitzuak. Buru-nahaste larriak dituzten pertsonen bizitza egokia eta produktiboa izateko beharrezkoak diren trebetasunak eta gaitasunak garatzen lagun diezaiekete zerbitzu horiek.

Egia da, komunitatea funtsezko elementua izan daitekeela, baina, praktikan, askotan ez da ematen pertsona horientzako beharrezko laguntza eta zerbitzuen maila egokia. Hainbat arrazoiengatik gertatzen da hori. Lehenik eta behin, estigma sozial bat dago nahasmendu mental larrien inguruan, eta horrek zaildu egin dezake eragindako pertsonak komunitatean integratzea. Hala ere, puntu hau hurrengo atalean landuko da.

Bigarrenik, osasun mentala artatzeko baliabide egokirik ez izatea oztopo izan daiteke komunitatean osasun mentaleko zerbitzuak eskuratzeko. Leku askotan, osasun mentaleko zerbitzuak ez dira nahikoak edo eskuraezinak dira, eta horrek zaildu egiten du nahasmendu mental larriak dituzten pertsonen behar duten arreta lortzea. Horrek nahasmendu mental larriak dituzten pertsonak tratamendu egokirik gabe utzi ditzake, eta horrek haien egoera okertu eta gaixotasunaren karga areagotu dezake. Ikerketa honetan oinarrituz, bizi kalitate eskalak ez du hau islatzen, izan ere, “Pozik al zaude osasun-zerbitzuetarako sarbidearekin?” galderaren media 3,64 izan da, 48 pertsonen nahiko pozik edo oso pozik daudela esanez. Hala eta guztiz ere, esan beharra dago eskalak ez dutela islatzen gizarte osoaren errealitate sozial, ekonomiko eta kulturala, eta, beraz, ezin da ondorio finkorik atera faktore guztiak kontuan hartu gabe.

Bestetik, errehabilitaziorako eta bizimodu independenterako baliabide egokirik ez izatea oztopo izan daiteke buru-nahaste larriak dituzten pertsonak komunitatean sartzeko. Bizitza independenterako, lan-trebakuntzarako eta beste zerbitzu batzuetarako laguntza-zerbitzuak mugatuak edo existitzen ez direnak izan

daitezke komunitate askotan, eta horrek zaildu egiten du buru-nahaste larriak dituzten pertsonak bizitza egokia eta produktiboa izateko beharrezkoak diren trebetasunak eta gaitasunak garatzea.

Azkenik, buru-nahasmendu larriak dituzten pertsonak komunitatean sartzeko oztopo izan daiteke adimen-nahasmendu larriei buruzko ulermen eta trebakuntza egokirik eza. Askotan, komunitateko kideek, zerbitzu-hornitzaileek barne, baliteke nahasmendu mental larriak behar bezala ez ulertzea eta eragindako pertsonen nola lagun diezaieketen jakitea. Horren ondorioz, buruko nahasmendu larriak dituzten pertsonen ez zaie laguntzarik eta ulermenik ematen, eta horrek zaildu egiten du pertsona horiek berreskuratzea eta komunitatean integratzea. Honetan agertzen da berriz arestian agertu den gaixotasun mental larria duen pertsonaren familiarraren aipua, non gaixotasunarekiko desinformazioa nabarmentzen zuen:

“pero al principio para la familia fue muy difícil por el desconocimiento que hay a la enfermedad mental. De hecho, nadie sabíamos y gracias a ANASAPS que acudimos y allí no nos informaron, nos formaron y nos echaron una mano para poder entender, lo que le estaba ocurriendo.” (EP3)

Komunitatea faktore garrantzitsua da buru-nahasmenduak dituzten pertsonak gizarteratzeko, baina pertsona guztiek ez dute haren laguntzen lortzen, askota haien komunitatearen parte ez baitira sentitzen.. Batzuetan, buru-nahaste larriak dituzten pertsonak beren komunitatetik isolatuta eta deskonektatuta senti daitezke, adimen-gaixotasunaren inguruko ulermen-faltagatik eta estigmatik. Hori gertatu zitzaion EP1 elkarrizketatuari “No, no, nada [...]”. Hark dioenez bere garaian komunitatearen parte sentitu zen, baina orain ez da haren parte sentitzen.

Laburbilduz, komunitatea funtsezko elementua izan daiteke buru-nahasmendu larriak dituzten pertsonen laguntzeko eta sendatzeko, baina, askotan, ez da ematen pertsona horientzako beharrezko laguntza eta zerbitzu egokirik. Estigma soziala, osasun mentalari, errehabilitazioari eta bizimodu independenteari arreta emateko baliabide egokirik eza eta ulermen eta trebakuntza egokirik eza oztopo garrantzitsuak dira buru-nahaste larriak dituzten pertsonak komunitatean sartzeko. Komunitatearen, osasun mentaleko zerbitzuen hornitzaileen eta nahasmendu mental larriak dituzten pertsonen baterako ahalegina behar da oztopo horiek gainditzeko eta komunitatean benetako inklusioa lortzeko.

4.5 Estigmatizazioa eta diskriminazioa

Estigma eta diskriminazioa dira nahasmendu mental larriak dituzten pertsonen gizarte-bazterketa eragiten duten bi faktore kritikoak. Bi arazo horiek berez lotuta daude, eta haien inpaktu konbinatua suntsitzailea izan daiteke buruko gaixotasunekin borrokan ari diren pertsonentzat. Puntu honetan nabarmendu behar da estigmak eta diskriminazioak eragina dutela aurreko kategoria guzti-guztietan.

Giza-bazterketak gaixotasun mental larriak dituzten pertsonen bizi-kalitatean dituen ondorioen azterketa

Jarrera horiek, askotan, gaixotasun mentalei buruzko informazio eta ulermen faltak eragiten ditu, eta, horren ondorioz, uste okerra dago nahasmendu mentalak dituzten pertsonak arriskutsuak, aurreikusezinak edo eguneroko lanak egiteko ezgai direla. Buru-nahaste larria duen pertsonaren senidearen ustetan (EP3) “[...] además la gente yo creo que se piensa que las personas con esquizofrenia son asesinos o son violentos y por desconocimiento, desconocimiento y porque los medios de comunicación ahí lo han hecho años muy mal.”(EP3). Hau bera nabarmentzen du gizarte-langileak (EP2):

“Porque claro, en esta sociedad, enfermedad mental suena... a lo que se ve en la tele, en las noticias, en los medios de comunicación. No está bien visto ni esta normalizado, tiene una carga negativa [...] Por los que transmite la televisión. Es loco, es peligroso, es agresivo, sale en las noticias y no es un hombre ha matado a un hombre, es un hombre con esquizofrenia ha matado, o sea, lo ponen ya como algo peligroso. Cuidado.” (EP2)

Ikusi daitekeen moduan, pertsona horiek arriskutsuak direla dioten uste okerrak ohikoak dira gizartean, eta komunikabideek luzaroan iraunarazi dituzte. Komunikabideek nahasmendu mentalei eta horiekin lotutako gorabeheri buruzko informazioa emateko duten moduak eragina daukate herritarrek gaixotasun horiei eta gaixotasun horiek dituzten pertsonen buruz duten pertzepzioan. Komunikabideek askotan nabarmentzen dituzte nahasmendu mentalak dituzten pertsonen izaten dituzten indarkeriazko gertakariak, eta horrek pertsona horiek berez arriskutsuak direlako uste okerra eragin dezake. Hala ere, errealitatea da buruko nahasmenduak dituzten pertsona gehienak ez direla bortitzak, eta, egia esan, aukera gehiago dituzte indarkeriaren biktima izateko indarkeria egiteko baino, hau izan zen gizarte langilearen (EP2) esperientzia:

“No. Para nada. Yo he tenido más agresiones con discapacidad que con enfermedad mental. Yo creo que no se acerca, no es el bombo y la imagen que da, pero yo ya te digo llevo años aquí, he trabajado en discapacidad y salud mental. He recibido más golpes que aquí, aquí no he recibido todavía ninguno. Entonces yo creo que no es real, pero a la hora de dar noticias verdad se saca bombo. ” (EP2)

Horren ondorioz, buruko gaixotasunak dituzten pertsonak estigmatizatu eta baztertu egiten dira gizartean, gehienetan desinformazioak gauzatu izan duena, aurreko ataletan agertu den bezala.

“La sociedad rechaza a las que se les nota, seguimos con el estigma y la desinformación que hay en la sociedad.” (EP3)

Horregatik, pertsona hauen artean ere ohikoa da isolamendu soziala. Buru-nahaste larriak dituzten pertsonak gizartetik baztertuta eta deskonektatuta senti daitezke beren gaixotasunagatik. Gainera, gizarte-

babesik ez izateak nahasmendu mentalaren sintomak okertu ditzake, eta pertsonarentzat zailagoa izan daiteke sendatzea eta komunitatera itzultzea. Jarrera estigmatizatzaileengatik, pertsonak lotsatuta eta uzkurtuta senti daitezke, eta horrek zaildu egiten du gizarte-harreman esanguratsuak sortzea. Gainera, diskriminazioak gizarte-bazterketa eta gizarte-babesik eza ekar ditzake, eta horrek bakartzea eta bakardadea areagotu ditzake. Hau izan zen elkarrizketatutako lehenengo pertsonarekin, izan ere, aurreko aipu batean atera den bezala bere erlazio sozialak utzi zituen gaizki joan zitzaizolako eta horregatik, familiarekin baldin ez bada, ez duela ezer egiten, familiaren garrantzia frogatuz berriz ere:

“No, no, ahora ya no [...] Si no de normal, suelo estar mas tirado en el sofá tumbado”(EP1)

Laburbilduz, aurreko guztiarengatik, estigmak eta diskriminazioak eragina daukate komunitatean integratzeko zailtasun, baliabideak eta zerbitzuak eskuratzeko oztopo eta indarkeria eta abusu esperientzietan.

Guzti horrek eragin negatiboa dauka autoestimuan, ongizate emozionalean eta bizi-kalitatean.

4.5.1 Autoestimuan eta identitatean duen eragina

Estigmatizazioa eta diskriminazioa dira buru-nahasmenduak dituzten pertsonen autoestimuan eta identitatean eragin oso negatiboa izan dezaketen bi faktore. Estigma pertsonak desberdin gisa etiketatzeko eta markatzeko modu bat da, eta horrek balio gutxiago edo gutxiago sentitzea eragin dezake. Diskriminazioaren ondorioz, pertsonak baztertuta senti daitezke, eta horrek kalte egin diezaike beren autoestimuari eta kide izateari sentimenduan. Bi horiek eragin zuzena daukate buru-nahasteak dituzten pertsonen autoestimuan. Desberdin gisa markatuta eta etiketatuta sentitzeak besteen azpitik sentitzea eragin dezake, eta horrek lotsa eta erru sentimenduak eragin ditzake. Pertsona horiek bizi dituzten egoerak dira, buru-nahasmendua duen pertsonak adierazten duen bezala, pertsona askok gehiago sentitzen dira, eta gaixotasun mentala gauza negatiboekin lotzen dute, elkarrizketaren hurrengo zatian ikusi daitekeen bezala:

E: ¿Crees que la gente en general sí se siente superior?

X: Mucha gente sí, yo creo que sí.

E: ¿Y eso por qué crees que es?

X: Por lo que te, por lo que demuestran o por lo que les oyes hablar. Cuando pasan estas cosas no son comprensivos. Entonces dicen joder, pues más vale que no me tocó a mí, que le ha tocado a la vecina o que le ha tocado a fulanita o menganita. Pero mientras no les pase a ellos, no le dan importancia. (EP1)

Giza-bazterketak gaixotasun mental larriak dituzten pertsonen bizi-kalitatean dituen ondorioen azterketa

Sentimendu hauek bereziki biziak izan daitezke nahasmendu mentalak dituzten pertsonen gizaratean, oro har, iseka edo diskriminazioa jasaten dutela ikusten badute. Pertsonen senti dezakete ez direla gizaratekoak, eta horrek eragina izan dezake haien nortasunean eta autoestimuan, izan ere, estigma honengatik, egin ditzaketen jarduerak egiteari uzten diote, jarduera horiek egiteko gai ez direla uste dutelako.

“El tema de de relaciones sociales pues bueno, pues salir a cursos también o apuntarme a las [ininteligible] o a tal, tiene ese me va a costar, no voy a poder, la relación como va a ser, son esos miedos e inseguridades o esa falta de capacidad que hay que trabajar.”

(EP2)

Estigmatizazioak buru-nahasmenduak dituzten pertsonen autoestimuan duen eraginaz gain, ohikoa da pertsona horiek egozten zaien estigma barneratzea. Gizarteak gaixotasun mentarekin lotzen diren estereotipo negatiboak sortu ditu, hala nola, arriskugarritasuna edo bizitza normala izateko gaitasunik eza. Estereotipo horiek hain indartsuak izan daitezke, non buru-nahasmendua duten pertsonen ere sinets baititzakete, eta bizitzako porrot gisa sentitu. Horrek berekin ekar dezake haiek bezalakoak diren pertsonengandik bereizi nahi izatea, lehenengo elkarrizketan ikusi daitekeen moduan:

“[...]Eso es como si tú dirías que has estado en el, en esto, en la Chantrea el de los que están mal de la cabeza que había antes en el... ¿Cómo se llamaba eso?[...] En el manicomio. Esto no es un manicomio. Como se decía antes, el que está en un manicomio... Bueno, aquello era la hostia. En cambio, esto no es un manicomio.[...]”

(EP1)

Elkarrizketaren zati honetan ikus daiteke nola estigma irits daitekeen buruko nahasmendua duen pertsona batek bere garaian errotxeetan zeuden pertsonekin aldea mantendu nahi izateraino, azken finean bera bezala soilik gaixotasun mental larria zeukaten. Hau argi ikus daiteke lehenengo elkarrizketan (EP1). Honetan, elkarrizketatuak zenbait alditan aipatzen du bere familia sufriarazi duela, harentzako zama dela lerroen artean erortzen utziz. Elkarrizketaren zati honetan ikus daiteke: “Pues sí, porque les hacía sufrir mucho. Pero bueno, era más de decir “cago en diez nos tienes hartos” o “ahora algún día nos vamos “, por las situaciones.”(EP1)

Horri gehitu behar zaio, ohikoa dela buru-nahaste larriak dituzten pertsonen autoestimu txikia izatea, eta hori larriagotu egin daiteke beren gaixotasunak familiarentzako zama bihurtzen dituela hautemanez gero.

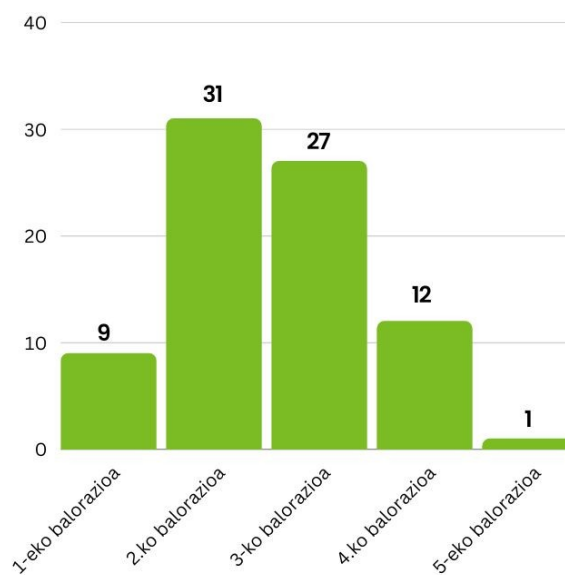
Honi gehituta, sarritan, buruko nahasmendu larriak dituzten pertsonak ez dute onartzen estigma eta diskriminazioaren ondorioz gaixotasunik dutenik, ez baitituzte nahi gaixotasun mentalak dakartzan ondorioak, aurreiritziak, oztopoak eta inplikazioak, betiere konnotazio negatiboarekin. Hori izan zen EP3 elkarrizketaren kasua. Zure ahizpak ez zuen onartzen jasotako diagnostikoa, eta, beraz, une hori oso txarra izan zen: "Pues lo recibió por el psiquiatra y el momento fue muy negativo porque al principio no lo admitía" (EP3) Eta "Pues que... que es muy difícil para ella llevarlo. Por lo que he dicho. Porque como no lo admite, ella echa la culpa a otras cosas. Son otras cosas. No quiere admitir la enfermedad que tiene." (EP3)

Bestalde, buruko gaixotasunak inguratzen dituen estigma sozialak eragin nabarmena izan dezake buru-nahaste larriak dituzten pertsonak beren buruari eta etorkizunari buruz duten pertzepzioan. Nahasmendu mental larriak dituzten pertsona asko estigmatizatuta eta baztertuta senti daitezke, eta horrek etsipena eta ezkortasuna eragin ditzake. Deigarria dira kasu honetan WHOQOL-BREF bizi kalitate eskalan ateratako emaitzak, hurrengo grafikoan ikusi daitezkeenak:

2. grafikoa

Bizitzaren zentzuaren pertzepzioa

BIZITZAREN ZENTZUAREN PERTZEPZIOA



*Ietik 5era egindako balorazioa: 1 ez dago batere pozik eta 5 oso pozik

Iturria: errealizazio propioa

Grafikoan ikus daitekeenez, inkesta erantzun zuten pertsonen erdiak uste du ez duela zentzurik edo zentzu pixka bat duela. Bestalde, nabarmentzekoa da pertsona bakar batek uste duela bere bizitzak "biziki" zentzua duela eta 9 pertsonak uste dutela bere bizitzak "nahikoa" zentzu duela. Horrek arestian esandakoa

Giza-bazterketak gaixotasun mental larriak dituzten pertsonen bizi-kalitatean dituen ondorioen azterketa erakusten du, pertsona horiek pairatzen duten estigmak beren bizitzaren pertzepzio negatiboagoa izatera eramaten dituela.

ONDORIOAK ETA HOBETZEKO PROPOSAMENAK

En las siguientes líneas, se presentan las conclusiones obtenidas a partir del proceso de investigación, en el que se han respondido a los objetivos e hipótesis planteados inicialmente. Tras una reflexión, se proponen diversas medidas para mejorar la situación, así como cuestiones relevantes que han quedado sin respuesta y podrían ser objeto de futuras investigaciones.

Recapitulando, el objetivo principal de este trabajo fue analizar las consecuencias de la exclusión social en la calidad de vida de las personas con trastorno mental grave. Los objetivos de la investigación incluyeron comprender los desafíos que enfrentan estas personas, identificar los factores que contribuyen a la exclusión social, evaluar el impacto de la exclusión social en su calidad de vida y comprender los desafíos que enfrentan estas personas para desarrollar programas e intervenciones específicas que mejoren su calidad de vida, entre otros. Para ello, se plantearon varias hipótesis, como el efecto negativo de la exclusión social en la calidad de vida y los trastornos mentales graves, la importancia del entorno social y la ayuda recibida, la atención médica y los recursos disponibles influyen en la mejora de la calidad de vida y la reducción de la exclusión social y el impacto positivo de las intervenciones para reducir la exclusión social. Además, se encontró que las personas con enfermedad mental grave tienen mayores tasas de exclusión social en comparación con la población en general.

Se ha demostrado que la exclusión social existe en diferentes áreas y aspectos de las personas con trastorno mental grave, lo que a su vez puede provocar un empeoramiento de su enfermedad y mermar la calidad de vida de estas personas. Esto se debe en gran parte a la falta de apoyo emocional, económico y social que estas personas enfrentan a diario. El entorno social y la ayuda recibida juegan un papel importante en la calidad de vida de las personas con trastorno mental grave y en la reducción de la exclusión social. El apoyo de familiares, amigos y cuidadores puede marcar una gran diferencia en la vida de estas personas, permitiéndoles acceder a recursos y servicios que les ayuden a mejorar su bienestar. Es importante destacar a la familia, la cual es uno de los pilares fundamentales en la vida de cualquier persona, y cuando se trata de alguien que padece una enfermedad mental, su importancia se hace aún más evidente. La familia es un apoyo vital para quienes sufren trastornos mentales graves, y su presencia y participación en el proceso terapéutico es crucial para el éxito del tratamiento, ya que proporciona desde apoyo emocional, práctico y financiero, hasta la prevención de recaídas y la gestión de las crisis; la familia puede desempeñar un papel fundamental en la mejora de la calidad de vida de las personas con trastornos mentales grave.

Junto con esto, la comunidad también desempeña un papel importante en la inclusión social de las personas con trastornos mentales graves. Sin una comunidad que fomente la educación y la conciencia social sobre los problemas sociales y de salud mental, promueva la igualdad de oportunidades para todas las

Giza-bazterketak gaixotasun mental larriak dituzten pertsonen bizi-kalitatean dituen ondorioen azterketa

personas, fomente la participación y la inclusión en la vida social y cultural, cree entornos inclusivos en todos los ámbitos de la vida y fomente la empatía y la comprensión hacia las personas que enfrentan problemas sociales y de salud mental, no es posible lograr la inclusión social de las personas con trastorno mental grave. Estas acciones son fundamentales para superar las barreras que generan exclusión y construir una sociedad más equitativa y solidaria para todos. Además, hay que añadir que es importante reconocer en este punto que la exclusión social no es solo un problema individual, sino también un problema colectivo que afecta a toda la sociedad.

Para esto, como se ha visto, es importante que la comunidad esté bien informada sobre los trastornos mentales y que se trabaje para reducir el estigma y la discriminación asociados con ellos. La falta de conocimiento y comprensión sobre los trastornos mentales lleva a prejuicios y actitudes negativas hacia las personas que los padecen, lo cual contribuye a su exclusión social. A pesar de que la pandemia del Covid-19 hizo que el tema de la salud mental se pusiera en un primer plano, todavía no se ha normalizado el tema de las enfermedades mentales, es todavía común el desconocimiento de estas, sujetas a todo el estigma y prejuicios que llevan consigo desde hace muchos años. Este estigma y discriminación ha llegado a tal punto de que entre las personas con trastornos mentales en muchas ocasiones quieran diferenciarse de otras personas con trastorno mental grave por el estigma que conlleva.

Los medios de comunicación han influido mucho en este aspecto, ya que juegan un papel importante en la forma en que se perciben los trastornos mentales y en la construcción de estereotipos y prejuicios asociados a ellos. Si bien no se puede afirmar que los medios sean los únicos culpables de la exclusión social de las personas con trastornos mentales, sí tienen cierta responsabilidad en la manera en que se presentan y se informa sobre estos temas. En muchas ocasiones, los medios de comunicación han contribuido a la estigmatización y la discriminación al sensacionalizar los trastornos mentales y retratar a las personas que los padecen de manera negativa. Los titulares sensacionalistas, la falta de contexto adecuado y la perpetuación de estereotipos han influido en la forma en que la sociedad percibe a las personas con trastornos mentales, generando miedo, prejuicio y rechazo. Sin embargo, también es importante destacar que, aunque no haya sido común, los medios de comunicación tienen el potencial de desempeñar un papel positivo en la promoción de la inclusión social. Pueden difundir información precisa y comprensiva sobre los trastornos mentales, brindar testimonios de personas que han superado los desafíos y desmontar estereotipos dañinos. Al proporcionar una representación equilibrada y empática, los medios pueden ayudar a cambiar la percepción pública y promover la comprensión y la aceptación.

Es que, como se ha podido ver, el estigma y la discriminación son los dos principales obstáculos que dificultan la inclusión social de las personas con trastornos mentales. Ambos fenómenos, el estigma y la

discriminación, están estrechamente interrelacionados y se retroalimentan mutuamente. El estigma alimenta la discriminación, ya que las actitudes negativas y los prejuicios hacia las personas con trastornos mentales llevan a la exclusión y a la negación de oportunidades. A su vez, la discriminación refuerza el estigma al reforzar la idea de que las personas con trastornos mentales son diferentes, peligrosas o incapaces de contribuir de manera significativa a la sociedad. Además de que ambas hacen que las personas con trastorno mental grave vayan interiorizando esos prejuicios haciendo que muchas veces, muchos de estas personas se vean inferiores hacia el resto de personas, es decir, se crean lo que parte de la sociedad piensa por desconocimiento y desinformación, lo que nos lleva al aislamiento social.

La exclusión social, en muchas ocasiones, tiene graves repercusiones en la salud mental de las personas, ya que el aislamiento y la falta de apoyo social generan nuevos problemas psicológicos. La sensación de ser excluido y rechazado por la sociedad provoca sentimientos de tristeza, soledad y desesperanza, lo que aumenta el riesgo de desarrollar depresión y ansiedad. Cuando una persona se enfrenta a la exclusión social, se ve privada de la interacción social significativa, el apoyo emocional y la conexión con los demás. Esta falta de apoyo social genera un profundo sentido de desesperanza y desamparo, lo que a su vez contribuye al deterioro de la salud mental. Las personas que se sienten excluidas a menudo experimentan altos niveles de estrés, preocupación constante y una disminución de la autoestima.

Por otro lado, la atención médica y los recursos disponibles también influyen en la mejora de la calidad de vida y en la reducción de la exclusión social. La falta de recursos y la adecuada atención contribuyen a la exclusión social de las personas con enfermedad mental grave. Es necesario contar con servicios de salud mental adecuados que puedan brindar un tratamiento integral a estas personas, incluyendo terapia y medicación si es necesario. Asimismo, la falta de apoyo financiero y la falta de servicios adecuados de salud mental contribuyen a la exclusión social de las personas con enfermedad mental grave.

Junto con esto se destaca la importancia de la medicación, que como se ha podido comprobar, es un componente fundamental en el tratamiento de muchas enfermedades mentales, y su papel en el manejo de estas condiciones no debe subestimarse. Como se ha podido ver, uno de los mayores beneficios de la medicación es que puede reducir los síntomas de forma rápida y efectiva. A menudo, los síntomas de los trastornos mentales pueden ser muy debilitantes, lo que puede dificultar el cumplimiento de las tareas diarias, incluyendo el trabajo, las relaciones interpersonales y la vida familiar. La medicación puede ayudar a reducir la intensidad y la frecuencia de los síntomas, permitiendo que las personas puedan llevar una vida más normal y productiva. Si bien es cierto que la medicación es una parte importante del proceso, no es la única herramienta en el tratamiento de los trastornos mentales. El tratamiento integral de la enfermedad

Giza-bazterketak gaixotasun mental larriak dituzten pertsonen bizi-kalitatean dituen ondorioen azterketa

mental debe incluir un enfoque multidisciplinario que aborde las necesidades físicas, psicológicas y sociales de la persona. Y aunque la medicación es una herramienta valiosa en el tratamiento de trastornos mentales, se ha demostrado que también puede tener efectos secundarios negativos en algunos pacientes. Los efectos negativos de la medicación varían de persona a persona y dependen de muchos factores, como el tipo de medicamento, la dosis y la duración del tratamiento.

A continuación, se presentan algunas propuestas de mejora para abordar las consecuencias de la exclusión social en la calidad de vida de las personas con trastorno mental grave:

1. **Sensibilización y educación:** Promover la sensibilización y la educación en la sociedad sobre los trastornos mentales y la importancia de la inclusión social. Esto implica llevar a cabo campañas de concienzación, charlas informativas y talleres en escuelas, instituciones y comunidades, para eliminar el estigma y los prejuicios asociados a los trastornos mentales.
2. **Programas de apoyo y acompañamiento:** Establecer programas de apoyo y acompañamiento dirigidos específicamente a personas con trastorno mental grave. Estos programas pueden incluir la creación de grupos de apoyo, la asignación de mentores o voluntarios capacitados para brindar orientación y apoyo emocional, y la organización de actividades que promuevan la interacción social y la participación comunitaria.
3. **Acceso a servicios de salud mental:** Garantizar el acceso equitativo a servicios de salud mental de calidad para las personas con trastorno mental grave. Esto implica fortalecer la red de atención psicológica y psiquiátrica, asegurando la disponibilidad de profesionales capacitados y recursos adecuados. También se deben eliminar las barreras económicas y geográficas para acceder a estos servicios.
4. **Promoción de oportunidades laborales inclusivas:** Fomentar la inclusión laboral de las personas con trastorno mental grave a través de políticas y programas que faciliten su acceso al empleo. Esto puede incluir incentivos para las empresas que contraten a personas con trastornos mentales, adaptaciones en el entorno laboral para satisfacer sus necesidades, y capacitación especializada para promover su desarrollo profesional.
5. **Vivienda inclusiva y apoyo residencial:** Promover la disponibilidad de viviendas inclusivas y programas de apoyo residencial para las personas con trastorno mental grave. Esto implica garantizar opciones de vivienda adecuadas y seguras, así como servicios de apoyo para la vida diaria, como la gestión de medicación, habilidades sociales y autonomía personal.

6. Reducción de la discriminación y el estigma: Implementar estrategias para reducir la discriminación y el estigma asociados a los trastornos mentales. Esto implica promover la aceptación y el respeto hacia las personas con trastorno mental grave a través de campañas de sensibilización, la implementación de leyes y políticas de protección de sus derechos, y la colaboración con los medios de comunicación para una representación justa y precisa de las personas con trastornos mentales.

Investigar el impacto de la exclusión social en la calidad de vida de las personas con trastornos mentales graves es de suma importancia en el campo del trabajo social. A medida que crece la comprensión de este problema, surgen nuevas preguntas y desafíos que requieren una investigación continua. En este sentido, existen varias preguntas abiertas, o temas potenciales para futuras investigaciones, para mejorar las intervenciones y promover una inclusión social efectiva. Algunas de estas preguntas se enumeran a continuación.

1. El impacto de la exclusión social en las diferentes etapas de la vida: explorar cómo afecta la exclusión social a las personas con trastornos mentales graves en las diferentes etapas de la vida, desde la niñez hasta la tercera edad. Al comprender cómo la exclusión afecta el desarrollo, la educación, el empleo, la familia y las relaciones sociales en cada una de estas etapas, podemos desarrollar estrategias específicas para satisfacer las necesidades de cada grupo.
2. La importancia de la participación y el empoderamiento: otro tema relacionado es cómo las personas con trastornos mentales severos contrarrestan la exclusión social involucrándose activamente en las decisiones que afectan sus vidas. Se trata de descubrir qué puedes hacer. Comprender cómo el empoderamiento puede mejorar la autoconciencia, la autoeficacia y la calidad de vida de estas personas conducirá al desarrollo de intervenciones destinadas a mejorar sus habilidades y promover la inclusión social.
3. La eficacia de las intervenciones de trabajo social: es necesario evaluar la eficacia de las intervenciones de trabajo social destinadas a reducir la exclusión social y mejorar la calidad de vida de las personas con trastornos mentales graves. Al considerar las mejores prácticas, identificar los enfoques más efectivos y analizar los resultados a largo plazo de estas intervenciones, las estrategias de trabajo social en esta área pueden mejorarse y optimizarse.

Giza-bazterketak gaixotasun mental larriak dituzten pertsonen bizi-kalitatean dituen ondorioen azterketa

BIBLIOGRAFIA

Astrain, V. (2011). Maltrato y enfermedad mental. Estudio de personas con enfermedad mental, víctimas de maltrato (Universidad Pública de Navarra, Ed.).
<https://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/32950/47-60.pdf?sequence=1>

Bel Adell, C. (2002). EXCLUSION SOCIAL: origen y características.
https://enxarxats.intersindical.org/nee/CE_exclusio.pdf

Castel, R. (1997). La metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del salariado. Buenos Aires: Paidós.

Castells, M. (2001). La era de la información. Fin de milenio. Vol. 3, Madrid: Alianza Editorial.

Castillero Mimenza, O. (2019). Diferencias entre DSM-5 y CIE-10.
<https://psicologiyamente.com/clinica/diferencias-entre-dsm-5-y-cie-10>

Cardona-Arias, J. A., & Higuera-Gutiérrez, L. F. (2014). Aplicaciones de un instrumento diseñado por la OMS para la evaluación de la calidad de vida. Revista Cubana de Salud Pública, 40(2), 175-189.
<http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v40n2/spu03214.pdf>

Carpio, J. (2021). Los datos de la salud mental en España, la pandemia detrás de la pandemia. RTVE.
<https://www.rtve.es/noticias/20211215/datos-salud-mental-espana/2238590.shtml>

Chesley, E., Goodwin, G., & Fazel, S. (2013). Vinculan los trastornos mentales con una menor esperanza de vida. Neurologia.com. <https://neurologia.com/noticia/4631/vinculan-los-trastornos-mentales-con-una-menor-esperanza-de-vida>

Comisión de las Comunidades Europeas (2000). COMUNICACIÓN DE LA COMISIÓN CONSTRUIR UNA EUROPA QUE FOMENTE LA INTEGRACIÓN. Bruselas.

EAPN España. (2022). XII Informe: El estado de la pobreza en España. Seguimiento de los indicadores de la agenda UE 2030. 2015-2021. EAPN España.
<https://www.eapn.es/estadodepobreza/ARCHIVO/documentos/informe-ARPE-2022-resumen-ejecutivo.pdf>

ELGA (2019), Pensions at a Glance 2019: OECD and G20 Indicators, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/b6d3dcfc-en>.

Espainiako Osasun Mentaleko Konfederazioa. (d.g.). La salud mental en cifras. Comunica la Salud Mental. <https://comunicalasaludmental.org/guiadeestilo/la-salud-mental-en-cifras/>

Espainiako Osasun Mentaleko Konfederazioa. (2013). Estrategias de lucha contra el estigma en salud mental. <https://consaludmental.org/centro-documentacion/estrategias-contra-estigma-salud-mental/>

Europako Osasun Mentalari buruzko Liburu Berdea (2005), Europako Erkidegoko Batzordea. [PDF fitxategia].

Euskal Herriko Unibertsitatea & Nazioarteko Lankidetzeta eta Garapenari buruzko Ikasketa Institutua. (d.g.). Exclusión social. <https://www.dicc.hegoa.ehu.es/>.
<https://www.dicc.hegoa.ehu.es/listar/mostrar/96#:~:text=El%20concepto%20de%20%E2%80%9Cexclusi%C3%B3n%20social.integraci%C3%B3n%20nacional%20y%20solidaridad%20social.>

De Haan, A. (1998), "'Social Exclusion'. An Alternative Concept for the Study of Deprivation?", en IDS Bulletin, vol. 29, nº 1 (monográfico: Poverty and Social Exclusion in North and South), Institute of Development Studies, University of Sussex, Brighton (Inglaterra), pp. 10-19.

Del Cura Bilbao, A., & Sandín Vázquez, M. (2022). Activos para la salud y calidad de vida en personas diagnosticadas de enfermedad mental grave. Gaceta Sanitaria, 35, 473-479.

Díaz Hernández, E. L. (2022, 30 marzo). Felicidad, calidad de vida y bienestar en personas con trastorno mental grave. <https://riull.ull.es/xmlui/handle/915/26866>

Diéguez Porres, M., Rodríguez Vega, B., & Fernández Liria, A.. (2001). Psicoterapia en Atención Primaria: consejo interpersonal para la depresión. Medifam, 11(3), 84-98. Recuperado en 24 de marzo de 2023, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1131-57682001000300005&lng=es&tlng=es.](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1131-57682001000300005&lng=es&tlng=es)

FACIAM. (2019). Personas Sin Hogar Y Salud Mental. Intervención En La Calle. <https://faciam.org/2019/03/03/personas-sin-hogar-y-salud-mental-intervencion-en-la-calle/>

Faro Democrático. (2020). ¿Cuáles son las dimensiones de la cohesión social? <https://farodemocratico.juridicas.unam.mx/cuales-son-las-dimensiones-de-la-cohesion-social/>

Giza-bazterketak gaixotasun mental larriak dituzten pertsonen bizi-kalitatean dituen ondorioen azterketa

FEAFES. (2009). De la exclusión a la inclusión. El camino hacia la inclusión social de las personas con problemas de salud mental en España.

<https://consaludmental.org/publicaciones/Delaexclusionalainclusion.pdf>

First, M. B. (2023, 1 febrero). Tratamiento de las enfermedades mentales. Manual MSD versión para público general. <https://www.msmanuals.com/es/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/introducci%C3%B3n-al-cuidado-de-la-salud-mental/tratamiento-de-las-enfermedades-mentales>

García Roca, J. (1998), Exclusión social y contracultura de la solidaridad. Prácticas, discursos y narraciones, ed. HOAC, Madrid.

Goffman, E. (2013). ESTIGMA LA IDENTIDAD DETERIORADA. Amorrortu.

Grimaldo, J. (d.g.). La psicoterapia de apoyo: Conceptualización, técnicas y aplicaciones. Veritas. http://ojs3.revistaliberabit.com/publicaciones/revistas/RLE_02_1_la-psicoterapia-de-apoyo-conceptualizacion-tecnicas-y-aplicaciones.pdf

Grisales-Romero, H. (2020). Años de vida saludable perdidos a causa de trastornos mentales y enfermedades del sistema nervioso de la población de Medellín, 2006-2012 | Revista Colombiana de Psiquiatría. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-psiquiatria-379-articulo-anos-vida-saludable-perdidos-causa-S0034745018300465>

HelpAge España. (2021). Pobreza y situación de las personas mayores. <https://www.helpage.es/pobreza-y-situacion-de-las-personas-mayores/>

Idareta Goldaracena, F. (2018). Trabajo social psiquiátrico: Reivindicación ética de la dimensión social en salud mental. Valencia, España: Nau Libres

INE - Instituto Nacional de Estadística. (s. f.). Tasa de paro. https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES

Jiménez-Muro, A., & Sáez, L. (2019). Calidad de vida en pacientes españoles con trastorno mental grave (No. ART-2019-122374).

Instituto nacional de tecnologías educativas y formación del profesorado. (d.g.). El método hipotético-deductivo. Intef.es. https://descargas.intef.es/cedec/proyectoedia/filosofia/contenidos/Filoland4_rastreando_realidad/el_mtodo.html

Jiménez Ramírez, M. (2008). APROXIMACIÓN TEÓRICA DE LA EXCLUSIÓN SOCIAL: COMPLEJIDAD E IMPRECISIÓN DEL TERMINO. CONSECUENCIAS PARA EL ÁMBITO EDUCATIVO. scielo.cl. [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-07052008000100010#:~:text=Concretamente%2C%20destacamos%20algunos%20factores%20o.la%20educaci%C3%B3n%20y%20a%20unos%20m%C3%ADnimos)

[07052008000100010#:~:text=Concretamente%2C%20destacamos%20algunos%20factores%20o.la%20educaci%C3%B3n%20y%20a%20unos%20m%C3%ADnimos](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-07052008000100010#:~:text=Concretamente%2C%20destacamos%20algunos%20factores%20o.la%20educaci%C3%B3n%20y%20a%20unos%20m%C3%ADnimos)

Johnstone, L., & Boyle, M. (2018). El Marco de Poder, Amenaza y Significado. Scielo. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352019000200008

Juan Toset, E. M. (2009). Vulnerabilidad, exclusión social, desigualdad y ciudadanía. El trabajo social ante situaciones de desigualdades estructurales. Documentos de trabajo social: Revista de trabajo y acción social. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3288168>

La evolución de la exclusión en España. (2021). Foessa. <https://www.foessa.es/capitulos/capitulo3/>

Laparra, M., Pérez, B. (2008). La exclusión social en España: un espacio diverso y disperso en intensa Transformación. VI informe sobre exclusión y desarrollo social en España.

Laparra, M. (coord.), et al. (2015). La desigualdad y la exclusión que se nos queda. II Informe CIPARAIS sobre el impacto social de la crisis 2007-2014. Barcelona: Edicions Bellaterra.

Las cifras de la salud mental en el mundo. (2021). LaSexta. https://www.lasexta.com/constantess-vitales/causas/salud-mental/cifras-salud-mental-mundo_20211005615c1b91b93dbb0001d76099.html

Lasheras, R; Yoldi, F. (2020). Desigualdad y exclusión. Universidad Pública de Navarra. Pamplona.

Llaneras, K., & Andrino, B. (2021). ¿España deja atrás a sus jóvenes? Cómo han pasado a ser el grupo de edad con más pobres. El País. <https://elpais.com/espana/2021-06-06/espana-deja-atras-a-sus-jovenes-como-han-pasado-a-ser-el-grupo-de-edad-con-mas-pobres.html>

Lopezosa, C (2020). Entrevistas semiestructuradas con NVivo: pasos para un análisis cualitativo eficaz. En: Lopezosa, C; Díaz-Noci, J; Codina, L (ed). Anuario de Métodos de Investigación en Comunicación Social, n.1 (p.88-97). Barcelona: Universitat Pompeu Fabra. 10.31009/metodos.2020.i01.08 [DOI]

Giza-bazterketak gaixotasun mental larriak dituzten pertsonen bizi-kalitatean dituen ondorioen azterketa

Navarro, D., García-Heras, S., Carrasco, O., y Casas, A. (2008). Calidad de vida, apoyo social y deterioro en una muestra de personas con trastorno mental grave. *Psychosocial Intervention*, 17, 321-336.

Malavera et al., (2014). Fundamentals and clinical applications of transcranial magnetic stimulation in neuropsychiatry *Rev. Colomb. Psiquiatr.*, 43 (1) (2014), pp. 32-39.

Martín, M. (2015). Psicofarmacología: qué es, síntomas y tratamiento. Top Doctors. <https://www.topdoctors.es/diccionario-medico/psicofarmacologia>

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. (2007). Modelo de atención a las personas con enfermedad mental grave. 978-84-8446-101-2. <http://riberdis.cedid.es/handle/11181/3252>

Muñoz, M., Pérez, E., Crespo, M., Guillen, A. I., (2009). Estigma y Enfermedad Mental, Análisis del rechazo que sufren las personas con enfermedad mental. Editorial Complutense, S.A., [Archivo PDF]. Recuperado de <http://biblioteca.ucm.es/ecsa/9788474919806.pdf>

Órgano Oficial de la Sociedad Chilena de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía. (2014) .DSM-5. Nueva clasificación de los trastornos mentales. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 52. https://www.sonepsyn.cl/revneuro/enero_marzo_2014/Suplemento_2014_1_Neuro_Psiq.pdf

Osasunaren Mundu Erakundea. (2022). Trastornos mentales. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

Osasunaren Mundu Erakundeak: CIE-10. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1992.

Panadero Herrero, S. (2011). Calidad de vida y funcionamiento psicosocial de las personas con trastornos mentales graves y duraderos. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud/Annuary of Clinical and Health Psychology*, 7, 51-59.

Paugam, S. (1996). "Elements of a Comparative Research Perspective on Poverty in European Societies". Ponencia presentada en European Science Foundation Conference on Social Exclusion and Social Integration in Europe: Theoretical and Policy Perspectives on Poverty and Inequalities. Blarney, Irlanda, Marzo.

- Perdomo Delgado, C. (2015). Situación Laboral de las Personas con Enfermedad Mental Grave. <http://casus.usal.es/blog/ep2015/files/2015/12/Borrador-de-Cristina-Perdomo.pdf>
- Perona, N., & Rocchi, G. (2001). Vulnerabilidad y exclusión social. Una propuesta metodológica para el estudio de las condiciones de vida de los hogares. *Kairos*, 8(8).
- Prieto Castellanos, B. J. (2017). El uso de los métodos deductivo e inductivo para aumentar la eficiencia del procesamiento de adquisición de evidencias digitales. *Cuadernos de contabilidad*, 18(46). [https://doi.org/10.11144/javeriana.cc18-46.umdif\[DOI\]](https://doi.org/10.11144/javeriana.cc18-46.umdif[DOI])
- RTVE.es / SERVIMEDIA. (2020). 1 de 4 personas en el mundo tiene un trastorno mental. RTVE.es. <https://www.rtve.es/noticias/20161003/cada-cuatro-personas-mundo-tiene-trastorno-mental/1418640.shtml>
- Ruiz, M. N., Montes, J. M., Correas Lauffer, J., Álvarez, C., Mauriño, J., & de Dios Perrino, C. (2012). Opiniones y creencias sobre las enfermedades mentales graves (esquizofrenia y trastorno bipolar) en la sociedad española. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 5(2), 98-106. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2012.01.002>
- Tezanos, J. F., & Tezanos, S. (2005). Tendencias en exclusión social en España. *PanoramaSocial*. Funcas.es. https://www.funcas.es/wp-content/uploads/Migracion/Articulos/FUNCAS_PS/001art06.pdf
- Sepúlveda, D. M., & Álvarez, L. S. (2012). Exclusión social y calidad de vida relacionada con la salud en personas entre 25 y 60 años de la zona nororiental de Medellín-Colombia, 2009. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 30(1), 45-56.
- Sanchez Flores, F. A. (2019). Fundamentos Epistémicos de la Investigación Cualitativa y Cuantitativa: Consensos y Disensos. *Revista Digital de Investigación en Docencia Universitaria*, 101-122. <https://doi.org/10.19083/ridu.2019.644>
- Silverman, D. (1994). *Interpreting Qualitative Data. Methods for Analyzing Talk, Text and Interaction*. Londres: Sage
- Stern, P. N. (1980). Grounded theory methodology: Its uses and processes. *Image*, 12, 20-23.

Giza-bazterketak gaixotasun mental larriak dituzten pertsonen bizi-kalitatean dituen ondorioen azterketa

Strauss, A. L., & Corbin, J. (2002). Bases de la investigación cualitativa: Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Universidad de Antioquia eBooks.
<http://atlas.umss.edu.bo:8080/jspui/bitstream/123456789/900/1/LD-300-243.pdf>

Subirats, J. (dir.) et al. (2004). Pobreza y exclusión social. Un análisis de la realidad española y europea. Barcelona: Colección de Estudios Sociales, núm. 16, Fundación La Caixa.
https://fundacionlacaixa.org/documents/10280/240906/vol16_es.pdf

Subirats, J. (2005). Análisis de los factores de exclusión social. FundaciónBBVA.
https://www.fbbva.es/wp-content/uploads/2017/05/dat/exclusion_social.pdf

Unitat per a la Integració de Persones amb Discapacitat (UPD). (2012). Preguntas frecuentes sobre el trastorno mental grave. Universitat de València.
<https://consaludmental.org/publicaciones/PreguntasFrecuentesSobreElTrastornoMentalGrave.pdf>

Valentziako CREAP. (d.g.). Trastorno Mental Grave. Instituto de Mayores y Servicios Sociales.
<https://creap.imserso.es/trastorno-mental-grave>

Vázquez, J. (2022). Los trastornos mentales más frecuentes. El Confidencial.
https://www.alimente.elconfidencial.com/bienestar/2022-05-14/los-trastornos-mentales-mas-frecuentes_3418598/

Verd, J. M., y Lozares, C. (2016). Introducción a la Investigación Cualitativa: fases, métodos y técnicas.

ERANSKINAK

I. Eranskina. Nahasmendu mental larria duen pertsonaren elkarrizketan erabilitako gidioa

Gidoi hau ikerketaren helburuetan eta geroago egindako berrikuspen bibliografikoan oinarrituta egin da.

Elkarrizketetan landu beharreko gaien gutxi gorabeherako eskema da; beraz, galderen ordena alda daiteke, elkarrizketaren ikasturtearen eta galderen erantzunen arabera.

1. multzoa: Sarrera

1. Nor zara? Hitz egin ieza dazu pixka bat zuri buruz

2. multzoa: Buru-nahasmendu larria

2. Zer diagnostiko duzu?
3. Horrek zer esan nahi du? Nola nabaritzen duzu?
4. Nolakoa zen zure bizitza diagnostikoa egin aurretik?
5. Eta gero?
6. Medikazioa hartzen duzu? Zer motatakoa?
7. Zein dira sendagai horien albo-ondorio ohikoenak?
8. Nabaritzen duzu aldaketa handia hartu eta ez hartu artean?
9. Nola eragiten dio nahasmendu mentalak eguneroko jarduerak egiteko duen gaitasunari?

3. multzoa: Hezkuntza

10. Zer ikasketa dituzu? Ikasi ezin izan duzun oztoporik?
11. Arazorik izan al duzu eskolara joateko zure buru-nahasmenduaren ondorioz?
12. Izan al duzu diskriminaziorik eskolan zure buru-nahasmenduagatik?
13. Eskolan laguntzarik jaso al duzu zure buru-nahasmendua maneiatzeko?
14. Zailtasunak izan dituzu eskolan kontzentratzeko zure buru-nahasmenduaren ondorioz?
15. Zure buru-nahasteak nola eragin du ikasteko duzun gaitasunean?
16. Egin al duzu enplegu-gaikuntzako ikastarorik SNEen, INEMen...? Zeri buruz? Nolakoa izan zen?

4. multzoa: Enplegua

17. Lan-egoera- Desgaitasuna/mendekotasun-maila?
18. Zailtasunik izan al duzu enplegu bat aurkitzeko/mantentzeko zure buru-nahasmenduaren ondorioz?
19. Tratu desberdinak izan dituzu lantokian zure buru-nahasmenduagatik?
20. Jaso al duzu laguntzarik lantokian zure buru-nahasmendua maneiatzeko?
21. Lana aurkitzeko zailtasunik izan al duzu zure buru-nahasmenduaren ondorioz? Zaila izan al da lan-ohitura sendoa mantentzea zure buru-nahasmenduaren ondorioz?
22. Zer-nolako eragina izan du zure buru-nahasteak lan egiteko duzun gaitasunean?
23. Zer doikuntza edo egokitzapen mota behar dituzu modu eraginkorrean lan egiteko? Zure lanean gertatu al dira? (Lan egiten duen eta lan motaren arabera)
24. Zer oztopo ditu nahasmendu mental larria duen pertsonak hezkuntzarako eta enplegurako sarbidean?
25. Zer diru-sarrera dituzu? Laguntzak?
26. Balio al dizute hileko gastuak ordaintzeko?
 1. EZ-ren kasuan, zer egiten duzu arazoa konpontzeko?
27. Nahikoa iruditzen zaizu aisiarako edo kontsumorako soberan duzuna? (bakarrik bizi ez bada)
28. Zure finantzak administratzerakoan zure nahasmenduak eraginik izan al du? Nola?

Giza-bazterketak gaixotasun mental larriak dituzten pertsonen bizi-kalitatean dituen ondorioen azterketa

6. multzoa: Etxebizitza

29. Nola deskribatuko zenuke zure egungo etxebizitza?
30. Norekin bizi zara?
31. Nolakoa da etxebizitza? Alokairua, erosketa, babes ofizialeko etxebizitza...?
32. Bizilagunekin edo pisukideekin bizikidetzaz arazorik izan al duzu zure buru-nahasmenduaren ondorioz?
33. Jaso al duzu laguntzarik zure etxebizitza zure beharretara egokitzeko, zure buru-nahasmendua dela eta?

9. multzoa: Ingurunea

34. Nola deskribatuko zenuke bizi zaren ingurunearekin duzun harremana?
35. Bizi zaren komunitateko kide sentitzen zara?
36. Arazorik izan al duzu zure inguruan oinarritzeko zerbitzuak eskuratzeko, zure buru-nahasmendua dela eta?
37. Izan al duzu arazorik zure ingurunean osasun mentaleko zerbitzuak eskuratzeko?
38. Nola eragin dio zure buru-nahasteak zure ingurunean lan egiteko edo ikasteko duzun gaitasunari?
39. Seguru sentitzen zara zure ingurunean? (Bizi den tokia)
40. Zure inguruan indarkeria edo jazarpena izan duzu zure buru-nahasmenduagatik?
41. Errespetatua eta baloratua sentitzen zara zure ingurunean?
42. Jaso al duzu zure inguruko komunitate-erakundeen laguntzarik zure buru-nahasmendua kudeatzeko?
43. Izan al duzu zure inguruan zure buru-nahasmenduari buruzko esperientzia positiborik?

7. multzoa: Gizarte-harremanak

44. Nolakoa da zure senide eta lagunekiko harremana?
45. Laguntzarik jaso al duzu zure aldetik?
46. Zure buru-nahasmenduagatik lagunak edo harremanak galdu edo irabazi dituzu?
47. Zer eragin izan du zure buru-nahasteak zure gizarte-harremanetan?
48. Izan al duzu diskriminaziorik gizarte-harremanetan?

8. multzoa: Bazterketa

49. Nola sentitzen zara baztertuta zure buru-nahasmenduagatik? Noiz? Zer gertatu zen?
50. Uste duzu BNT duten pertsonak gizartean baztertuta zaudetela? Zergatik?
51. Zer nabaritzen duzu? Nola eragiten du?
52. Zein dira nahasmendua duen pertsonak aurre egin beharreko estereotipo eta aurreiritzi ohikoenak?
53. Eragiten al dio gizartearen babesik ezak buru-nahaste larria sendatzeari eta tratatzeari? Nola?

II. Eranskina. Gizarte langintzako profesionalaren elkarrizketan erabilitako gidoia

Gidoi hau ikerketaren helburuetan eta geroago egindako berrikuspen bibliografikoan oinarrituta egin da.

Elkarrizketetan landu beharreko gaien gutxi gorabeherako eskema da; beraz, galderen ordena alda daiteke, elkarrizketaren ikasturtearen eta galderen erantzunen arabera.

1. multzoa: Gizarte-langilea eta haren esperientzia ezagutzea

1. Zein da zure izena eta zein da zure rola gizarte-langile gisa?
2. Zenbat denbora egin duzu lan buru-nahasmendu larriak dituzten pertsonekin?
3. Zein zen/zen zure funtzioa?

2. multzoa: Buru-nahasmendu larria

4. Nola eragiten dio buru-nahasmendu larriak tratatzen dituzun pertsonen bizi-kalitateari?
5. Ikusi al duzu patroirik nahasmendu mental larriak pertsona horien bizitzari nola eragiten dion?

3. multzoa: Gizarte-bazterketaren eragina buru-nahasmendu larriak dituzten pertsonengan

6. Gaixotasun mental larriak duten pertsonak baztertuta daudela uste duzu? Zergatik?
7. Zer eremutan gertatzen da gehien?
8. Nola eragiten die gizarte-bazterketak nahasmendu mental larriak dituzten pertsonen?
9. Gizarte-bazterketako zer egoera mota dira ohikoenak buru-nahasmendu larriak dituzten pertsonen artean? Zein eremutan?
10. Zein dira nahasmendu mental larria duen pertsonak gizartean dituen estereotipo eta aurreiritzi ohikoenak? Nola eragiten dio horrek?
11. Nola eragiten du nahasmenduak komunitateko partaidetzan?

4. multzoa: Ondorioak eguneroko bizitzan

12. Eragin al dio gizarte-bazterketak bizimodu independentea izateko gaitasunari? Zein egoeratan?
13. Nola eragin dio gizarte-bazterketak zure bezeroek lan egiteko edo ikasteko duten gaitasunari?
14. Zailtasunak izan dituzu osasun mentaleko zerbitzuak eta beste zerbitzu publiko batzuk eskuratzeko? Zein egoeratan?
15. Gizarte-bazterkeriari eragin al dio gizarte-harreman egokiak izateko gaitasunak? Nola?

5. multzoa: Ondorio emozionalak

16. Nola eragin dio gizarte-bazterketak nahasmendu mental larria duten pertsonen autoestimuari?
17. Bakardade- edo isolamendu-sentimendurik izan duzu?
18. Oso nabarmenak al dira aurreiritzien eta estereotipoen ondorioak?
19. Nola erreakzionatu dute gizarte-babesik ezaren aurrean?

6. multzoa: Familia-laguntza

20. Zer garrantzi du familia-laguntzak buru-nahasmendu larriak dituzten pertsonen bizitzan?
21. Nola eragiten du familiaren laguntzak pertsona horien errehabilitazioan eta tratamenduan?
22. Zer erronka izan ditzakete buru-nahasmendu larriak dituzten pertsonen senideek?

7. multzoa: Laguntza komunitarioa

23. Nabaritu al duzu alderik gizarte-laguntza jasotzen dutenen eta jasotzen ez dutenen bizi-kalitatean?
24. Zer garrantzi du laguntza sozialak buru-nahasmendu larriak dituzten pertsonen bizitzan?
25. Nola eragin dezake babes sozialak pertsona horien errehabilitazioan eta tratamenduan?
26. Zer oztopo egon daitezke gizarte-babesa eskuratzeko?

Giza-bazterketak gaixotasun mental larriak dituzten pertsonen bizi-kalitatean dituen ondorioen azterketa

27. Zer oztopo egon daitezke buru-nahasmendu larriak dituzten pertsonak kanpoko laguntza jaso dezaten?
28. Zer faktorek zaildu dezakete pertsona horiek kanpoko laguntza bilatzea?

8. multzoa: Ondorioak

29. Zer esku-hartze eta estrategia mota dira eraginkorrenak buru-nahasmendu larria duten pertsonen gizarteratzea hobetzeko?
30. Zure ustez, gizarte-bazterketa da buru-nahasmendu larriak dituzten pertsonak aurre egin beharreko erronka handienetako bat?
31. Nola areagotu dezakegu kontzientzia eta murriztu trastorno mental larriari lotutako estigma?
32. Nola lagun dezake gizarteak, oro har, pertsona horien bizi-kalitatea hobetzen?

III. Eranskina. Nahasmendu mental larria duen pertsonaren familiaren galdetegia

Gidoi hau ikerketaren helburuetan eta geroago egindako berrikuspen bibliografikoan oinarrituta egin da.

Elkarrizketetan landu beharreko gaien gutxi gorabeherako eskema da; beraz, galderen ordena alda daiteke, elkarrizketaren ikasturtearen eta galderen erantzunen arabera.

1. multzoa: Senidea eta haren egoera ezagutzea

1. Nor zara?
2. Zer harreman duzu harekin?
3. Zer nahasmendu mental larri du zure senideak?
4. Zenbat denbora daramazu zure senideak nahasmendu mental horrekin bizitzen?
5. Zer tratamendu mota jasotzen du gaur egun zure senideak?
6. Zer aldaketa nabaritu dituzu tratamenduarekin?

2. multzoa: Diagnostikoaren ondorioak

7. Zer ekarri zuen zure senideak diagnostiko hori jasotzeak?
8. Nola jaso zenuen zure senideak buru-nahasmendu larriaren diagnostikoa? Nolakoa izan zen une hori?
9. Zure senideak zailtasunik izan al du zure buru-nahasmendua onartzeko eta ulertzeko?
10. Zure senideak diagnostikoa jaso zuen zer bait izan al zen? (Familiarekin eta lagunekin)
11. Diagnostikoak nola eragin dio zure senitartekoaren erabakiak hartzeari eta autonomiari?
12. Zer aldaketa izan ditu zure senideak bere bizimoduan diagnostikoaren ondoren? Zer eragin izan du diagnostikoak familia-dinamikan eta familiako kideen arteko harremanetan?
13. Diagnostikoak eragin al dio beste pertsona batzuek zure senideari buruz duten pertzepzioari?
14. Nola eragin dio diagnostikoak zure senidearen gizarte- eta lan-bizitzari? Eta zure senidearen pertsonen arteko harremanak?
15. Diagnostikoak eraginik izan al du zure senideak bere buruaz eta autoestimuz duen pertzepzioan?
16. Zer neurri hartu dira zure senidearen ongizate emozionala eta fisikoa bermatzeko diagnostikoaren ondoren?
17. Zer eragin izan du diagnostikoak osasun mentaleko zerbitzuetarako eta beste baliabide batzuetarako sarbidean?

3. multzoa: Gizarte-bazterketa

18. Zure ustez, gizarte-bazterketa pairatu du edo pairatzen du? Zergatik?
19. Zer egoeratan bizi izan du zure senideak nahasmendu mentalaren ondoriozko gizarte-bazterkeria?
20. Eragin esanguratsua izan al du zure senidearen bizi-kalitatean? Zer gauzetan?
21. Nola eragin dio gizarte-bazterketak zure senitartekoaren bizi-kalitateari?
22. Zure ustez, gaixotasun mental larri bat duten pertsonak gizartean baztertuta daude? Zergatik?
23. Zer nabaritzen duzu? Nola eragiten du?
24. Zein dira nahasmendu mental larria duen pertsonak gizartean dituen estereotipo eta aurreiritzi ohikoenak? Nola eragiten dio horrek?

4. multzoa: Ondorioak eguneroko bizitzan

25. Nola eragin dio gizarte-bazterketak zure senideak lan egiteko edo ikasteko duen gaitasunari?
26. Zure senideak zailtasunik izan al du osasun mentaleko zerbitzuak eta beste zerbitzu publiko batzuk eskuratzeko?

Giza-bazterketak gaixotasun mental larriak dituzten pertsonen bizi-kalitatean dituen ondorioen azterketa

27. Zure senitartekoak gizarte-harreman egokiak izateko duen gaitasunak eragin al dio gizarte-bazterketari?
28. Zure senideak bizimodu independentea egiteko duen gaitasunak eragin al dio gizarte-bazterketari?

5. multzoa: Ondorio emozionalak

29. Nola eragin dio zure senidearen autoestimuari?
30. Zure senideak bakardade- edo bakartze-sentimendurik izan al du?
31. Nola erreakzionatu du zure senideak babes sozialik ez badu?
32. Zure senideak tristura-, antsietate- edo depresio-sentimendurik izan al du horren ondorioz?
33. Okerrera egin al du zure senitartekoaren osasun mentalak gizarte-bazterketaren ondorioz?
34. Zure senitartekoak nahasmendu mentalerako tratamendu egokia jasotzeko duen gaitasunari eragin al dio gizarte-bazterketak?
35. Zure senideak estigmatik edo diskriminaziorik izan al du osasun mentaleko zerbitzuetarako sarbidean?
36. Zure senideak trebetasun sozial eta emozionalak garatzeko duen gaitasunak eragin al dio gizarte-bazterketari?

6. multzoa: Ingurunea

37. Zure senideak sentitzen al da bizi den komunitatearen parte?
38. Parte hartzen du?
 1. BAiren kasuan, nola egiten du? - Sentitu duzu diskriminazio motaren bat horretan parte hartuz?
 2. EZ-ren kasuan, zergatik?
39. Seguru sentitzen da bere ingurunean?
40. Izan al du indarkeria edo jazarpenik zure inguruan bere buru-nahasmenduagatik?
41. Errespetatua eta baloratua sentitzen da bere ingurunean?
42. Jaso al du bere inguruko komunitate-erakundeek laguntzarik bere buru-nahasmendua kudeatzeko?
43. Izan al du bere inguruan zure buru-nahasmenduari buruzko esperientzia positiborik?

7. multzoa: Ondorioak

44. Zure ustez, zer neurri har daitezke buru-nahasmendu larriak dituzten pertsonen gizarte-bazterketa murrizteko?

IV. eranskina. Bizi-kalitatearen WHOQOL-BREF eskala

Giza-bazterketak gaixotasun mental larriak dituzten pertsonen bizi-kalitatean dituen ondorioen azterketa

Por favor, lea la pregunta, valore sus sentimientos y haga un círculo en el número de la escala que represente mejor su opción de respuesta.

		Muy mala	Regular	Normal	Bastante buena	Muy buena
1	¿Cómo calificaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5

		Muy insatisfecho/a	Un poco insatisfecho/a	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
2	¿Cómo de satisfecho/a está con su salud?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia al grado en que ha experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
3	¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4	¿En qué grado necesita de un tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5	¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6	¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
7	¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
8	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9	¿Cómo de saludable es el ambiente físico a su alrededor?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a si usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las dos últimas semanas, y en qué medida.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Totalmente
10	¿Tiene energía suficiente para la vida diaria?	1	2	3	4	5
11	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13	¿Dispone de la información que necesita para su vida diaria?	1	2	3	4	5
14	¿Hasta qué punto tiene oportunidad de realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5
15	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5

SIGA EN LA PÁGINA SIGUIENTE

Las siguientes preguntas hacen referencia a si en las dos últimas semana ha sentido satisfecho/a y cuánto, en varios aspectos de su vida

		Muy Insatisfecho/a	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
16	¿Cómo de satisfecho/a está con su sueño?	1	2	3	4	5
17	¿Cómo de satisfecho/a está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
18	¿Cómo de satisfecho/a está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19	¿Cómo de satisfecho/a está de sí mismo?	1	2	3	4	5
20	¿Cómo de satisfecho/a está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21	¿Cómo de satisfecho/a está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22	¿Cómo de satisfecho/a está con el apoyo que obtiene de sus amigos/as?	1	2	3	4	5
23	¿Cómo de satisfecho/a está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24	¿Cómo de satisfecho/a está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
25	¿Cómo de satisfecho/a está con los servicios de transporte de su zona?	1	2	3	4	5

La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que usted ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las dos últimas semanas.

		Nunca	Raramente	Moderadamente	Frecuentemente	Siempre
26	¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, o depresión?	1	2	3	4	5

¿Le ha ayudado alguien a rellenar el cuestionario?

¿Cuánto tiempo ha tardado en contestarlo?

¿Le gustaría hacer algún comentario sobre el cuestionario?

Gracias por su ayuda

V. Eranskina. WHOQOL-BREF bizi kalitate eskalen laburpena

ITEM	CD	CRPS	MEDIA	TOTAL VECES 1	TOTAL VECES 2	TOTAL VECES 3	TOTAL VECES 4	TOTAL VECES 5
1. ¿Cómo calificaría su calidad de vida?	2,68	2,48	2,58	9	31	27	12	1
2. ¿Cómo de satisfecho/a está con su salud?	2,50	2,33	2,41	20	25	22	9	4
3. ¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	3,21	3,30	3,26	7	22	14	17	20
4. ¿En qué grado necesita de un tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	2,21	2,54	2,37	15	32	22	8	3
5. ¿Cuánto disfruta de la vida?	2,94	2,67	2,81	11	23	23	18	5
6. ¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?	2,88	2,80	2,84	9	23	24	15	8
7. ¿Cuál es su capacidad de concentración?	2,71	2,74	2,72	5	34	23	14	4
8. ¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	2,79	2,74	2,77	11	27	18	18	6
9. ¿Cómo de saludable es el ambiente físico a su alrededor?	3,29	3,13	3,21	4	16	29	22	9
10. ¿Tiene energía suficiente para la vida diaria?	2,68	2,70	2,69	10	31	20	12	7
11. ¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	2,94	2,80	2,87	13	19	20	22	6
12. ¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	3,18	2,96	3,07	7	22	25	12	14
13. ¿Dispone de la información que necesita para su vida privada?	3,44	3,46	3,45	3	9	28	25	13
14. ¿Hasta qué punto tiene oportunidad de realizar actividades de ocio?	3,26	3,30	3,28	6	15	20	28	11
15. ¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	3,59	3,80	3,70	2	14	16	21	27
16. ¿Cómo de satisfecho/a está con su sueño?	3,00	2,54	2,77	15	21	21	16	7
17. ¿Cómo de satisfecho/a está con su habilidad para realizar actividades de la vida diaria?	3,09	2,70	2,89	8	24	23	21	4
18. ¿Cómo de satisfecho/a está con su capacidad de trabajo?	2,65	2,52	2,58	12	29	18	13	6
19. ¿Cómo de satisfecho/a está de sí mismo?	2,82	2,72	2,77	9	30	20	13	8
20. ¿Cómo de satisfecho/a está con sus relaciones personales?	3,38	2,67	3,03	7	20	31	12	10
21. ¿Cómo de satisfecho/a está con su vida sexual?	2,21	2,17	2,19	23	17	21	5	7
22. ¿Cómo de satisfecho/a está con el apoyo que obtiene de sus amigos/as?	2,97	2,67	2,82	10	24	23	13	9
23. ¿Cómo de satisfecho/a está de las condiciones del lugar	3,62	3,37	3,49	4	13	20	27	16
24. ¿Cómo de satisfecho/a está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	3,76	3,52	3,64	2	6	23	33	15
25. ¿Cómo de satisfecho/a está con los servicios de transporte de su zona?	3,24	3,46	3,35	3	14	22	28	12
26. ¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad o depresión?	2,18	2,43	2,31	11	22	18	18	1
TOTAL	77,24	74,46	75,85					

VI. Eranskina. Parte hartzeko eta datu pertsonalak babesteko baimena

HOJA DE INFORMACIÓN

Consentimiento de participación y protección de datos personales

Don/Doña _____ con DNI _____ acepta participar como persona entrevistada en la investigación que se enmarca dentro de Trabajo Final de Estudios del Grado de Trabajo Social (UPNA) y que será realizado por la alumna o el alumno XXXXXX, con DNI XXXXXX.

La persona entrevistada declara haber sido informada de los objetivos y del tipo de participación que se le requiere. Declara también haber sido informada respecto a que puede en cualquier momento dar por terminada su participación.

La entrevista será grabada y posteriormente transcrita, para facilitar su desarrollo y ajustarse a la literalidad de los aspectos tratados. Durante la grabación no se mencionará ningún dato identificativo de la persona entrevistada. La grabación será escuchada, transcrita y analizada por la alumna o el alumno XXXXXX. Una vez presentado el trabajo ante el órgano evaluador de la UPNA, serán eliminadas tanto la grabación como la transcripción.

Los resultados generales del estudio podrán ser usados y divulgados/publicados con fines académicos e investigadores, garantizando siempre que la información expuesta sea totalmente anónima. Es decir, todo dato que pueda dar lugar a identificación de la persona entrevistada será modificado y/o eliminado.

Las personas abajo firmantes se comprometen a aceptar los términos establecidos anteriormente.

En Pamplona/Iruña a _____ de _____ de 20XX

Firma de la persona entrevistada

Firma de la persona entrevistadora