



**``ESTIGMATIZACIÓN DE LAS
ENFERMEDADES MENTALES Y EL PAPEL
PREVENTIVO DEL TRABAJO SOCIAL
SANITARIO ``**

TRABAJO FIN DE GRADO EN TRABAJO SOCIAL

Autora:

Carla López González

Tutora:

Jezabel Lucas García

FACULTAD DE EDUCACIÓN Y TRABAJO SOCIAL

UNIVERSIDAD DE VALLADOLID CURSO 2024-2025

FECHA DE ENTREGA: 13/06/2025

INDICE DE CONTENIDO

1.	INTRODUCCIÓN	6
2.	MARCO TEÓRICO	7
2.1	El binomio enfermedad mental y estigma: introducción	7
2.2	Antecedentes históricos	9
	2.2.1 Tipos de paradigmas históricos en el abordaje de la salud mental...	10
2.3	La salud mental en cifras	12
	2.3.1 Enfermedades mentales graves.....	13
	2.3.2 Enfermedades mentales leves	15
2.4	Estigmatización y enfermedad mental	17
	2.4.1 Tipos de estigma.....	18
	2.4.2 Microestigmas	19
	2.4.3 Lenguaje y medios de comunicación.....	20
2.5	Barreras y limitaciones asociadas a la estigmatización de las enfermedades mentales.....	24
	2.5.1 Contexto laboral	25
	2.5.2 Contexto sanitario	26
	2.5.3 Contexto social	27
2.6	Trabajo social sanitario	27
	2.6.1 Definición y funciones del trabajo social sanitario.....	27
	2.6.2 El papel del trabajo social sanitario en la prevención de la estigmatización	29
	2.6.3 Programa “Lo hablamos”.....	30
3.	METODOLOGÍA	32

3.1	Diseño	32
3.2	Participantes	33
3.3	Recogida de datos e instrumentos	34
3.4	Ánalisis de datos	36
3.5	Aspectos Éticos	37
4.	RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	37
4.1	Perfil profesional y actuaciones en el ámbito de la salud mental	38
4.2	Perfiles de los pacientes	39
4.3	Estigma, la visión de los profesionales y de los afectados	40
4.3.1	Estigma público o social.....	40
4.3.2	Estigma estructural	42
4.3.3	Autoestigmas	43
4.4	Perspectiva del lenguaje y de los medios de comunicación.....	44
4.5	Visión de las barreras y limitaciones de la estigmatización.....	45
4.5.1	Contexto laboral	45
4.5.2	Contexto Sanitario	46
4.5.3	Contexto social	47
4.6	La intervención del trabajo social sanitario en la estigmatización	48
4.7	Previsión de futuro	51
5.	CONCLUSIÓN	52
6.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	54

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1 <i>La vaguedad no es un síntoma</i>	20
--	----

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 <i>Comparación entre lenguaje estigmatizante y lenguaje no estigmatizante.....</i>	21
---	----

Tabla 2 <i>Comparativa del tratamiento de la enfermedad mental en radio y televisión..</i>	22
---	----

Tabla 3 <i>Perfil de las trabajadoras sociales participantes.....</i>	33
--	----

Tabla 4 <i>Perfil de familiares y personas con enfermedad mental</i>	34
---	----

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 <i>Frecuencia global de los problemas de salud</i>	12
--	----

Figura 2 <i>Prevalencia Esquizofrenia por grupos quinquenales de edad</i>	14
--	----

Figura 3 <i>Prevalencia de cuadros depresivos en la población según la edad</i>	15
--	----

Figura 4 <i>Prevalencia de los trastornos del sueño por grupos quinquenales de edad....</i>	17
--	----

Figura 5 <i>Tasa de actividad según tipo de discapacidad.....</i>	26
--	----

Figura 6 <i>Aprendizaje más relevantes del programa</i>	31
--	----

Resumen

Este trabajo de fin de Grado pretender demostrar la estigmatización de las enfermedades mentales y el papel preventivo del trabajo social sanitario, enfocándose tanto en la perspectiva de los profesionales como en la de los familiares y personas con enfermedad mental. Para llevar a cabo este objetivo se ha realizado un estudio cualitativo basándonos en entrevistas semiestructuradas tanto personas diagnosticadas de enfermedad mental y sus familiares como a profesionales del sector del trabajo social sanitario. Durante este trabajo hemos podido deducir que la estigmatización existe en muchos contextos de la vida, pero que el trabajo de un buen profesional puede ayudar a reducirla notablemente y a concienciar al resto de población, con ayuda siempre de la esfera política que nos rodea.

Palabras clave: Estigmatización, Enfermedad Mental, Trabajo social Sanitario, Salud Mental, Prevención y Exclusión social.

Abstract

This final degree project aims to demonstrate the stigmatization of mental illness and the preventive role of social work in healthcare, focusing on the perspectives of both professionals and their families and people with mental illness. To achieve this objective, a qualitative study was conducted based on semi-structured interviews with both people diagnosed with mental illness and their families, as well as professionals in the healthcare social work sector. Through this work, we were able to deduce that stigmatization exists in many contexts, but that the work of a good professional can help significantly reduce it and raise awareness among the general population, always with the help of the political sphere that surrounds us.

Keywords: Stigmatization, Mental Illness, Healthcare Social Work, Mental Health, Prevention, and Social Exclusion.

1. INTRODUCCIÓN

Según el Ministerio de Sanidad (2024, p.13) “El 34% de la población padece algún problema de salud mental, afección que supera el 40% en la población de 50 y más años y el 50% en los de 85 y más, siendo los más prevalentes los trastornos de ansiedad, los del sueño y los depresivos”. Es decir, a medida que la edad avanza, se incrementa la probabilidad de la población en sufrir algún tipo de problema de salud mental, estos datos justifican la importancia de hablar sobre este tema debido a la magnitud de este.

Antes de exponer la finalidad de este trabajo y el motivo de su enfoque, quería proporcionar otro dato relevante.

Según un estudio demoscópico sobre la percepción de las enfermedades mentales por parte de la opinión pública española, más de la mitad de los españoles considera que le daría “pudor” admitir sufrir una enfermedad mental y prácticamente uno de cada tres españoles piensan que no tienen la suficiente información sobre las enfermedades mentales (Viatris, 2019)

Estos datos tan relevantes y aclaratorios nos proporcionan una perspectiva de aquello que queremos abordar, la importancia de la salud mental y la estigmatización que rodea a la misma.

El presente trabajo tiene como finalidad poner el foco del conocimiento en la estigmatización de las enfermedades mentales por parte de la sociedad y valorar así el trabajo social sanitario como parte de la prevención de esta. Es cierto que esta estigmatización es conocida, pero muchas veces no nos damos cuenta de la importancia de nuestros pensamientos y de nuestros perjuicios que impiden el avance de la sociedad, por lo tanto, es importante conocerlos para poder cambiarlos y también conocer el papel que desempeña día a día el trabajo social sanitario en estos aspectos, ya que es algo que se desconoce totalmente para la población que no está familiarizada con estos temas.

El motivo de este trabajo de fin de grado ha sido motivado por la realización que desempeñé en un área de salud mental perteneciente al sistema sanitario de Castilla y León, donde pude observar que incluso yo misma tenía una gran estigmatización por las

enfermedades mentales y que desconocía la labor tan importante que desempeña el trabajo social sanitario en estos casos.

Como futura trabajadora social veo sumamente importante dar visibilidad y recabar conocimiento para el día de mañana poder dar lo mejor de mí a todas aquellas personas que lo necesiten de una manera objetiva y sin generar más barreras de las que por desgracia ya existen.

A continuación, presentaremos los objetivos tanto generales como específicos que nos ayudaran a estructurar nuestro trabajo de fin de grado y conseguir aquello que nos proponemos.

- Objetivo general:

Demostrar el impacto de la estigmatización de las enfermedades mentales en la sociedad actual y el papel preventivo del trabajo social sanitario en las múltiples estrategias.

- Objetivos específicos:

- Identificar los factores estigmatizadores que conforman los pensamientos de la sociedad actual en cuanto a las enfermedades mentales.
- Analizar el papel preventivo del trabajo social sanitario centrándonos en las funciones, las estrategias y la efectividad de este.
- Estudiar casos reales o experiencias de intervención del trabajo social en los servicios de salud mental para evidenciar buenas prácticas
- Valorar el grado de conocimiento de los trabajadores sociales sanitarios sobre el estigma y su implicación en la práctica.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 El binomio enfermedad mental y estigma: introducción

Haremos una pequeña recapitulación de algunos conceptos claves, que son esenciales para entender el tema principal de este trabajo de fin de grado.

Empezaremos con la estigmatización que según Goffman (1963, p.11) “Los griegos, que aparentemente sabían mucho de medios visuales, crearon el término estigma para referirse a signos corporales con los cuales se intentaba exhibir algo malo y poco habitual en el estatus moral de quien los presentaba.” Lo que quiere decir que se relaciona la estigmatización con un defecto ya sea físico o psíquico, pero está relacionado con algo negativo para la sociedad. Aunque este autor mencione a los griegos, algo aparentemente lejano, también debemos tener en cuenta que esto persiste “En la actualidad, la palabra es ampliamente utilizada con un sentido bastante parecido al original, pero con ella se designa preferentemente al mal en sí mismo y no a sus manifestaciones corporales.” (Goffman, 1963, p.11)

Por otro lado, según Quiles (1998, p.31) “Tanto si aceptamos la definición del estigma como una característica especial o como una violación de la norma establecida, al ser la sociedad quien establece los medios para categorizar a las personas y sanciona como adecuados o inadecuados los rasgos y conductas de los componentes de cada una de esas categorías, el concepto de estigma se toma resbaladizo” es la sociedad quien marca el propio concepto y curso de la estigmatización y que por lo tanto se convierte en un concepto bastante limitado por la misma sociedad que lo impone.

Seguidamente seguiremos con el concepto de prejuicio que va sumamente enlazado con la estigmatización de la que hemos hablado anteriormente.

Arnaiz y Uriarte (2006, p.51) exponen que “Los prejuicios definen la actitud que refleja la disposición de las personas para actuar de forma negativa o positiva hacia el objeto de perjuicio, sin analizar si existe alguna razón que justifique dicho comportamiento”, está claro que los prejuicios, es decir, las ideas previas que tenemos de las personas influyen en nuestra actitud hacia las mismas y que puede llevarnos a discriminar a alguien sin una razón valida y sobre todo sin reflexionar dejándonos llevar por una idea preconcebida. Podríamos decir que no cuestionamos lo que sentimos si hay unas creencias que lo apoyan.

Las enfermedades mentales como concepto, parece que no están relacionadas con los demás conceptos, pero en cierta medida si y bastante ya que “Las personas con enfermedad mental a menudo tienen que enfrentarse a un doble problema, por un lado,

a la sintomatología de la propia enfermedad, y por otro al estigma.” (Arnaiz y Uriarte, 2006, p.49)

Pero que ¿que son las personas con enfermedad mental? ¿a que llamamos enfermedad mental?

Muchos autores engloban enfermedad mental y trastorno mental con ninguna diferencia, como si fueran lo mismo, en nuestro caso nos centraremos en el concepto de la enfermedad mental como un todo que engloba a los trastornos mentales, así que según Hernández Martín (2013, p.316) “se trata de un concepto intrínsecamente ligado al concepto de salud mental” es decir, que la condición de ejercer un estado de equilibrio psíquico no existe, se ve corrompido por un sufrimiento psíquico, por lo tanto la enfermedad mental es la ausencia de salud mental.

Una vez que hemos explicado lo que seria la enfermedad mental, es interesante mencionar que se hace una clasificación de los tipos de trastornos o enfermedades que existen actualmente, mediante el DSM-5 y el CIE-11, son clasificaciones totalmente clínicas y diferentes entre ellas. Donde se explican la diversidad de tipo de trastornos y enfermedades mentales que existe y se generan una serie de ítems evaluables para estas enfermedades.

Aunque durante nuestro trabajo clasificaremos las enfermedades mentales, en una clasificación menos clínica y mas utilizada cotidianamente, dividiendo así las enfermedades mentales en leves y en graves dependiendo de su severidad, es decir, del grado de impacto que tiene la enfermedad en la vida diaria de esa persona.

2.2 Antecedentes históricos

El significado de salud mental y su propia concepción para el mundo ha ido evolucionando, pero siempre marcada por el miedo, el desconocimiento y la exclusión.

Hablaremos en este apartado de castigos divinos, posesiones o señales del más allá que se relacionaban con el hecho de padecer una enfermedad mental en las primeras civilizaciones.

En el caso de “las culturas más complejas atribuían la locura a los dioses, las más primitivas a los demonios o fuerzas naturales, pero no son diferencias esenciales, derivan

del pensamiento primitivo, aquel que dio lugar a las trepanaciones craneales” (Salaverry, 2012, p.144). Al final todo derivaba a lo mismo, a tratamientos crueles, aislamientos forzados y a la idea del temor a lo desconocido.

Empiezan a aparecer los primeros internamientos en instituciones para supuestamente tratar de la locura ya que según la Salut Mental Comunitat Valenciana (s.f., par 2) “entre los siglos XVII y XVIII las personas con problemas de salud mental comienzan a ser tratadas desde la perspectiva médica”, por lo tanto, el modelo a seguir es un modelo basado en diagnósticos y clasificaciones físicas sin ningún tipo de atención a aquello que rodea al paciente.

Por lo tanto, podemos ver cómo se va cambiando de perspectiva a la hora de entender la salud mental, se pasa de creencias en castigos divinos hacia algo más

2.2.1 Tipos de paradigmas históricos en el abordaje de la salud mental

Hubo muchos tipos de modelos o paradigmas con lo que se orientó el trato a la salud mental, según Siles (2015) distingue principalmente cuatro paradigmas a lo largo de la historia de la humanidad:

- **Paradigma Teológico:** Se trata la enfermedad mental desde una perspectiva mágico-religiosa, donde se considera que tal representación de esta es parte de un castigo divino o de una posesión. Normalmente en este paradigma el agente sería el chacal o en la época de la difusión del cristianismo el sacerdote. Los cuidados se realizan en cuevas, alrededor de fogatas con la intención de realizar una especie de rituales satánicos para liberar a esa persona del supuesto espíritu maligno. Por otro lado, el paciente es visto como pecador y no tiene control sobre sí mismo ni sobre las decisiones que toma. Este paradigma se caracteriza por magia y religión adaptando el concepto de enfermedad mental a algo fuera de lo común y por lo tanto sobrenatural.
- **Paradigma Racional Tecnológico:** Este paradigma es parecido al modelo biomédico, es decir, se centra en que la enfermedad se define principalmente desde el entorno biológico y por lo tanto el agente será un profesional de la salud. Aquí aparecerían los hospitales psiquiátricos como método de cuidados, donde se daría paso a un sinfín de pruebas experimentales, medicamentos y métodos

científicos. Se basa en un paradigma muy racional y donde las pruebas médicas explican el mal funcionamiento del cerebro lo que a su vez da paso a la interpretación de la ausencia de salud mental. Si no hay síntomas físicos no hay enfermedad mental.

- Paradigma Interpretativo- Humanista: Un especialista en salud mental actúa ya como agente, es decir, ya se produce este cambio en el que se hace una interpretación de la realidad en la que vive el paciente. En el tema de los cuidados se destacan principalmente en el hogar, pero también en hospitales psiquiátricos con una función muy diferente de la del paradigma anterior. Aquí va existiendo una situación colaborativa entre el paciente y el agente y por lo tanto se toma en cuenta las preferencias de la persona. Es un paradigma enfocado desde lo cualitativo, la antropología cultural y los estudios narrativos, acompañado todo esto de una visión de la enfermedad mental como algo subjetivo cargada de significados personales. Por primera vez el contexto social y cultural entran a formar parte del diagnóstico.
- Paradigma sociocrítico: El agente es un enfermero especialista y la diferencia con el anterior paradigma es que actúa como agente de cambio, ya que interviene en la atención integral del individuo. Los cuidados van desde el hogar hasta centros de salud o espacios diversos adaptados para este tipo de ocasiones. La concepción de la salud mental se focaliza principalmente en algo positivo y que puede cambiar con el tiempo gracias a la colaboración del propio sujeto. Se reconoce la multidimensionalidad de la enfermedad mental gracias a enfoque como el psicoanálisis proporcionado por Freud o la crítica social.

En España estos cambios de paradigmas fueron más eficaces debido a la Reforma Psiquiátrica de 1895, que se corresponde a la aprobación de la Ley General de Sanidad, donde según la Confederación Salud Mental España (2016, par.1) “abolía, al fin, los manicomios y ofrecía a las personas afectadas por problemas de salud mental la posibilidad de ser tratadas como cualquier otro paciente y hacerlo, además, en su entorno sociofamiliar”. Aunque debemos destacar que hace exactamente tres décadas de esta ley y que durante estos años el trato a las personas con problemas de salud mental se ha humanizado bastante, pero tenemos un futuro plagado de retos.

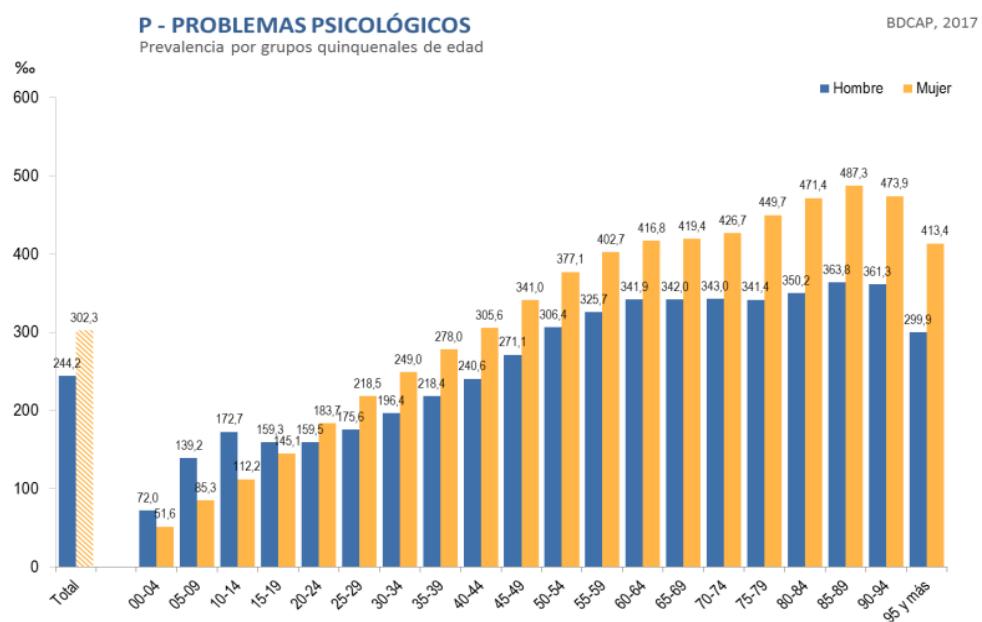
2.3 La salud mental en cifras

Este apartado pretende presentar una visión más cuantitativa de la dimensión de la salud mental, reconocido, así como fenómeno social. Analizar diferentes cifras en diferentes estudios nos proporcionara comprender las necesidades de atención actuales y contextualizarnos en el momento de desigualdad actual, debido a una alta prevalencia.

A modo ilustrativo se recoge que “El 34% de la población padece algún problema de salud mental, afección que supera el 40% en la población de 50 y más años y el 50% en los de 85 y más, siendo los más prevalentes los trastornos de ansiedad, los del sueño y los depresivos.” (Ministerio de Sanidad, 2023, p.30)

Dentro del dato anteriormente expuesto Según el Ministerio de Sanidad (2020) en su informe sobre la prevalencia de los problemas de salud a partir del registro clínico de atención primaria y según la Figura 1, se analiza la frecuencia global de los problemas de psicológicos en Atención Primaria.

Figura 1
Frecuencia global de los problemas de salud



Fuente: Adaptado de *Salud Mental en datos: prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de los registros clínicos de atención primaria* (p.14), por Ministerio de Sanidad, 2020, Gobierno de España.

Lo que quiere indicar esta Figura es la prevalencia por grupos quinqueniales de edad. Como tendencia general podemos observar que existe un aumento progresivamente con la edad, alcanzando los valores máximos en entre los años 85 y 89 años. También se puede visualizar la diferencia de sexo, ya que las mujeres presentan mayores tasas de problemas psicológicos durante todos los períodos de su vida. Este último dato muestra probablemente una mayor expresión de síntomas en las mujeres y una menor detección en hombre que puede ir acompañado de factores de estigmatización. Las cifras refuerzan una vez más la necesidad del trabajo social sanitario para prevenir y abordar estos problemas.

A continuación, vamos a ver la prevalencia que existe entre los trastornos mentales considerados graves, como la esquizofrenia o todo tipo de psicosis y los leves o mejor dicho comunes, como la ansiedad, problemas de sueño...

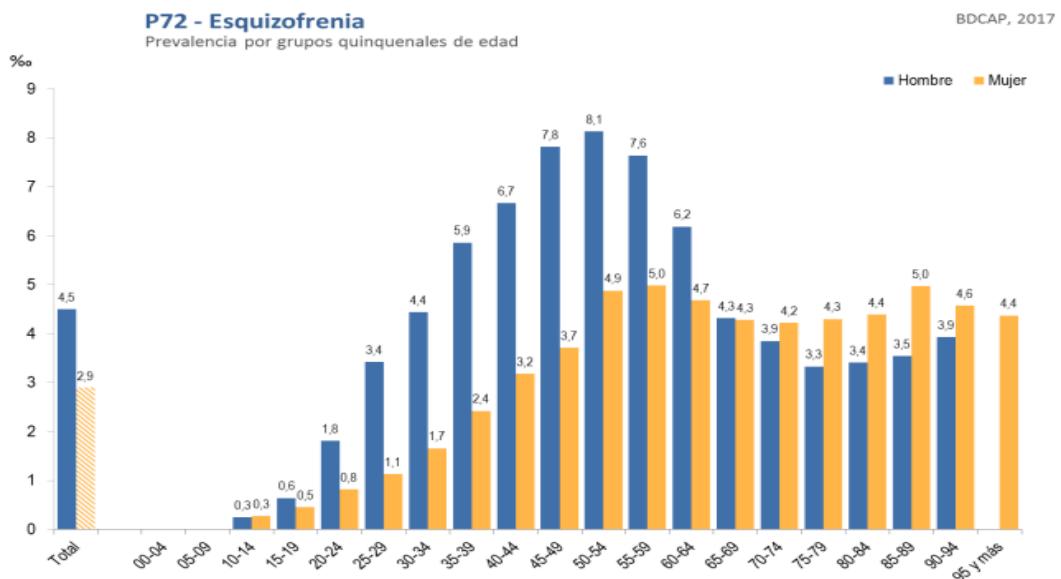
2.3.1 Enfermedades mentales graves

Dentro de este grupo hablaremos de dos tipos de enfermedades, por una parte, la Esquizofrenia, y por otro lado la Psicosis afectiva o llamado también Trastorno bipolar, que también hemos explicado anteriormente en qué consistía esta enfermedad.

Según la OMS (2022, par 1) “La esquizofrenia es un trastorno mental grave que a escala mundial afecta a aproximadamente 24 millones de personas, es decir, a 1 de cada 300 personas” y que debido a la sintomatología de esta enfermedad (ideas delirantes, alucinaciones, agitación extrema), “es habitual que las personas que padecen esquizofrenia sean víctimas de estigma, discriminación y violación de sus derechos humanos.” (OMS, 2022, par 2).

En la figura 2 podemos observar la prevalencia por grupos quinqueniales de edad de la esquizofrenia en cualquiera de sus formas.

Figura 2
Prevalencia Esquizofrenia por grupos quinqueniales de edad



Fuente: Adaptado de *Salud Mental en datos: prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de los registros clínicos de atención primaria* (p.14), por Ministerio de Sanidad, 2020, Gobierno de España.

En esta figura se puede apreciar claramente como esta enfermedad es mucho más frecuente en los hombres que en las mujeres, llegando a su pico máximo en la edad de los 50 a los 54 años, donde un 8,1% lo sufre. Aunque desde a partir de los 60 años se va igualando el porcentaje de ambos sexos, apareciendo incluso un pequeño aumento por parte del género femenino.

Por otra parte, estaría el Trastorno Bipolar que según la OMS (2024, par 2) “se calcula que afecta a 40 millones de personas”, y al igual que la Esquizofrenia es muy probable que este tipo de personas sean discriminadas y estigmatizadas, debido a la sintomatología de su enfermedad de creencias de manía persecutoria o episodios hipomaníacos.

En España según Navarro (2023 par. 3) “Se estima que entre el 1% y 1,5% de la población tiene el problema. Es decir, entre 700.000 y 715.000 personas en España puede tener Trastorno Bipolar” y cuyas tasas de suicidios son muy altas rondando el 32%.

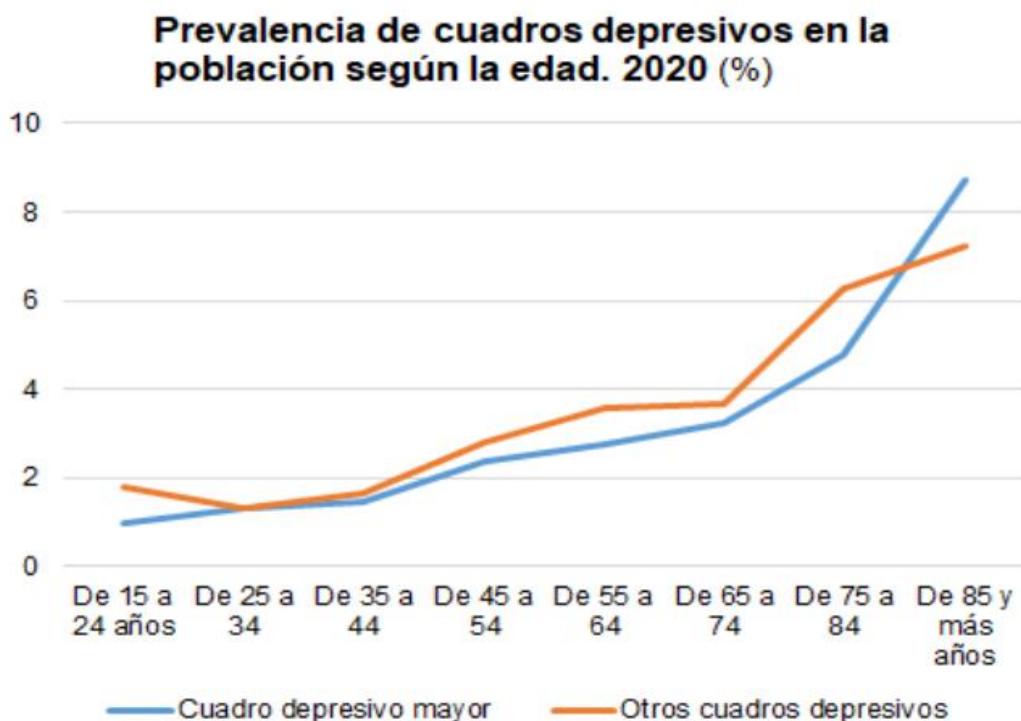
2.3.2 Enfermedades mentales leves

En este grupo hablaremos principalmente de dos tipos de enfermedades mentales leves o comunes que son, la ansiedad y trastornos de sueño (insomnio, narcolepsia, cataplexia...)

En primer lugar, tenemos la ansiedad, que según el Ministerio de Sanidad (2023, p.7) "La ansiedad es el problema por antonomasia: en 2021, los centros de atención primaria diagnosticaron 126,9 casos/1.000 habitantes, un 33,7 % más que dos años antes." Es algo que ataca doblemente a las mujeres a diferencia de las enfermedades mentales graves. Supone un porcentaje bastante alto que ha ido aumentándose con los años, debido probablemente a diferentes factores como por ejemplo el COVID.

En la figura 3 podemos apreciar la prevalencia de cuadros depresivos en la población según la edad en el año 2020 en España.

Figura 3
Prevalencia de cuadros depresivos en la población según la edad



Fuente: Adaptado de *la Salud Mental en la pandemia: lo que dicen las encuestas* (p.14), por Instituto Nacional de Estadística, 2021, Cifras INE.

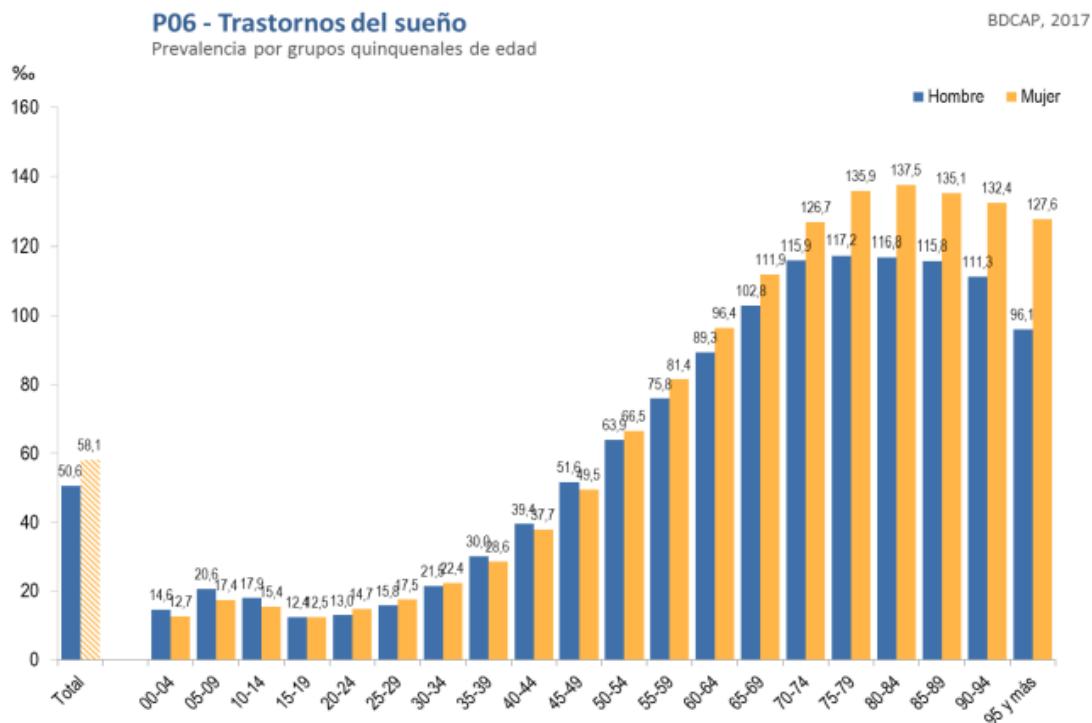
Por lo tanto, según el boletín informativo del Instituto Nacional de Estadística sobre la salud mental en la pandemia, se estudió la prevalencia de cuadro depresivos, donde se observa que partir de los 45 años los cuadros depresivos van aumentando hasta los 85 años o más que llega, que puede estar relacionado por la actividad.

Seguiremos con los trastornos del sueño, que según la Sociedad Española de Neurología (2024, p.1) “Los trastornos del sueño afecta a un 22 – 30% de la población española”, lo quiere decir que existe un alto porcentaje de la población que no tiene un sueño de calidad y que por lo tanto más de 4 millones de españoles tiene algún tipo de trastorno del sueño.

A continuación, incluiremos la Figura 4, que se basa en una gráfica de la prevalencia por grupos quinqueniales de edad sobre los trastornos del sueño, donde podremos identificar las edades más comunes de esta enfermedad y el sexo donde es más predominante.

Figura 4

Prevalencia de los trastornos del sueño por grupos quinqueniales de edad



Fuente: Adaptado de *Salud Mental en datos: prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de los registros clínicos de atención primaria* (p.34), por Ministerio de Sanidad, 2020, Gobierno de España.

Podemos observar que en la gráfica existe un aumento conforme avanza la edad, con una acentuación mucho más avanzada a partir de los 60 años, aunque la mayor prevalencia se da en las mujeres durante todos los tramos de edad representados en el gráfico. Los trastornos del sueño son menos habituales en edades tempranas.

2.4 Estigmatización y enfermedad mental

La sociedad usa diferentes categorizaciones y atributos para enmarcar a las personas en una identidad social determinada, lo vivimos día a día. Nuestra sociedad se identifica a base de etiquetas, y “etiquetar implica a menudo una separación entre nosotros y ellos” (Arnaiz, A y Uriarte, J.J, 2006, p.51), es decir, entre lo que se supone que está bien o lo que se supone que está mal, cuando existe esa separación existe el llamado estigma.

2.4.1 Tipos de estigma

Dentro de los tipos de estigma vamos a destacar a dos autores principalmente, aunque nos centraremos en los tipos de estigma de uno, ya que nos parecen más adecuados y actualizados, para el tema que estamos tratando.

Primeramente, mencionaremos al autor en el que nos centraremos, en este caso, es Corrigan et. Al (2010), quien destaca principalmente tres tipos de estigmas:

- Estigma Público o Social: Es aquel donde la población en general a través de reacciones negativas demuestran la discriminación hacia las personas con enfermedad mental, se generan estereotipos basados en la peligrosidad de estas personas o en la culpa. Esto perjudica de tal manera que genera distancia entre la sociedad y proporciona dinámicas negativas sociales.
- Autoestigma: Dentro de este estigma podemos destacar dos subtipos, está el propio Autoestigma donde la persona internaliza los estereotipos marcados por la sociedad, de tal manera que afecta a su autoestima y surge el efecto de “¿para qué intentarlo?” y por otra parte tenemos la evitación de la etiqueta, es decir, aquellas personas que no reconocen la enfermedad debido a evitar situaciones en las que puedan estar etiquetado o discriminado llevando a su vez a la negación de participar en diversos tratamientos.
- Estigma estructural: En este caso no se hace una mención explícita a este tipo de estigma, pero se puede dejar ver en las múltiples descripciones de las barreras institucionales como falta de empleo o vivienda. No solo es la normativa sino los propios profesionales que la ejecutan.

A continuación, presentamos la otra estructuración de los tipos de estigmas, que nos parece importante destacar debido a que es bastante diferente a lo anterior y presenta el inicio de los tipos de estigmatización. Por lo tanto, según Goffman (1963, p.14) “En primer lugar, las abominaciones físicas. Luego, los defectos del carácter del individuo que se perciben como falta de voluntad, pasiones tiránicas o antinaturales [...] y, por último, existen los estigmas tribales de la raza, la nación y la religión”

Por otra parte, según Arnaiz, A y Uriarte, J.J (2006, p.53) “muchas personas a las que se discriminan y que sufren de estigma público no experimentan Autoestigma, mientras que otras sí”. Lo que quiere decir que no siempre estos estigmas son escalonados y se cumplen a la perfección, a veces y dependiendo del caso hay diferencias entre los estigmas que pueden afectar a una persona, y debemos tener en cuenta no solo el tipo de enfermedad mental y su sintomatología sino el tipo de círculo social y los apoyos que tenga.

2.4.2 Microestigmas

Analizando más documentos nos encontramos con los Microestigmas, que según López (2023, p.17) “son acciones, actitudes o comentarios que perpetúan los estereotipos, prejuicios y discriminaciones y que pueden pasar desapercibidos o ser considerados como normales o inofensivos”, a veces aparecen en forma de chiste o con frases muy sutiles y por lo tanto no solemos darnos cuenta de que están ahí.

Ana Belén López ha diseñado un libro sobre estos Microestigmas, donde se recogen las voces de primeras personas que han sufrido algún tipo de estigmatización, pero a través de la ilustración. En este libro se recogen alrededor de 35 experiencias, no solo sobre la estigmatización de la salud mental sino también trata temas como el feminismo, la discapacidad, las personas transgénero y muchos más colectivos que sufren día a día estos Microestigmas a través de una cosa tan sencilla como es el lenguaje o la expresión no verbal.

Ilustración 1

La vaguedad no es un síntoma



Fuente: Adaptado de El libro de Microestigmas (p.77) [Ilustración], por Ana Belén López, 2023, Catedra UCM – Grupo 5 Contra el Estigma.

2.4.3 Lenguaje y medios de comunicación

Durante todo el día estamos consumiendo medios de comunicación y recibiendo constantemente información en bucle a través del lenguaje escrito o hablado. El hecho de como se dicen las cosas y como se escriben es muy importante, ya que “El lenguaje puede ser una fuente poderosa y signo de estigmatización” (Arnaiz y Uriarte, 2006, p.51) y por lo tanto el problema principal es que cuando hablamos no nos llegamos a cuestionar aquello que vamos a decir, simplemente no nos documentamos y soltamos aquello que nuestras creencias nos han hecho pensar.

De hecho, el término “enfermedad mental” conlleva estereotipos negativos que hacen que solo vinculemos a las personas por el hecho de sufrir estas circunstancias y no veamos más allá, relegando así a las personas en simplemente su enfermedad y ya está. Lo ideal para estos casos sería hablar de personas con problemas de salud mental.

A continuación, vamos a presentar varias tablas, con el objetivo de visibilizar como puede influir el lenguaje. En este caso la primera tabla recoge expresiones comunes que decimos día a día, utilizadas tanto en medios de comunicación como en una conversación cotidiana. Esto nos va a permitir evidenciar esta necesidad de cambio y apostar por un lenguaje inclusivo

Tabla 1 Comparación entre lenguaje estigmatizante y lenguaje no estigmatizante

Expresiones/palabras a evitar	Expresiones/palabras recomendadas
Suicidio exitoso	Fallecimiento por suicidio
Suicidio fallido	Intento de suicidio
Víctima de trauma	Superviviente de trauma
Adicta/o (a sustancias)	Persona que usa/consume sustancias
Lunático/loco/desquiciado/maníaco	Persona que presenta un problema de salud mental
Persona demente Persona mentalmente enferma	Persona que vive con/presenta un problema de salud mental
Psicópata	Persona que ha experimentado/está experimentando psicosis
“¡Esto es una locura!” “me vuelve loco”	“¡Esto es interesante/peculiar” “me molesta”
Esquizofrénico	Persona que vive con/experimenta/tiene un diagnóstico de esquizofrenia
Depresivo	Persona que vive con/experimenta/tiene un diagnóstico de depresión
Autista	Persona con autismo
Discapacitado	Persona con discapacidad
Encerrados (en un centro psiquiátrico)	Usuarios/as del servicio

Fuente: Adaptado de *La Importancia del lenguaje para acabar con el estigma en salud mental* (sección terminología y expresiones recomendables), por Consejo General de la Psicología de España, 2024, INFOCOP.

Una vez que hemos visto esta comparación, vamos a centrarnos en los medios de comunicación cuyo principal uso es el lenguaje, ya sea a través de noticias en periódicos, es decir, escrito o a través del lenguaje verbal con podcast, telediarios y radio.

Diversos estudios han analizado la posible influencia que pueden tener los medios de comunicación en la estigmatización de las enfermedades mentales, evidenciando enfoques negativos o incluso una falta de información generalizada sobre dichas enfermedades. El estudio que se presenta a continuación “muestra un contraste entre la escasa presencia de información relacionada con la enfermedad mental crónica en los principales medios de comunicación de nuestro país y la utilización abusiva de términos relacionados con patología mental”

Tabla 2 Comparativa del tratamiento de la enfermedad mental en radio y televisión

Indicador	Radio	Televisión
Unidades informativas analizadas	50 und	57 und
% con mención a enfermedad mental crónica	48%	44%
Estereotipo de peligro	25%	32%
Estereotipo de impredecibilidad	12,5%	24%
Estereotipo de responsabilidad	0%	8%
Contenido estigmatizante	58,3%	36%

Información errónea	16,7%	0%
---------------------	-------	----

Fuente: Elaboración propia a partir de Muñoz et al., 2011

Los resultados nos muestran que la mención a la enfermedad mental es bastante significativa, tanto que casi proporciona un 50% de las noticias actuales en los dos distintos medios, por otra parte, destaca el estereotipo de peligrosidad, asociando así a las personas con trastornos mentales con comportamientos agresivos por ejemplo en aquellas noticias que su contenido son asesinatos o ataques.

En segundo lugar, estaría la estigmatización de la impredecibilidad, que se representa a estas personas como inestables o incapaces de controlar su conducta y se representa bastante más estereotipado en la televisión.

En el caso del estereotipo de la responsabilidad no es tan frecuente y se basa en culpar a la persona por su enfermedad, es decir que esa persona por cierta actitud tiene esa enfermedad. Es algo que no es muy predominante ya que creemos que es un estereotipo bastante antiguo.

La radio cabe mencionar que tiene o cuenta con información errónea a diferencia de la televisión que probablemente exista una constatación más estricta de la información proporcionada.

Al final el contenido estigmatizante se genera más en la radio, pero los dos refuerza el estigma social y muchas más barreas y limitaciones que hablaremos más adelante.

Por último, para darle mayor claridad a este asunto, resultaría útil examinar artículos concretos de noticias publicadas, donde se podrían apreciar estos estereotipos o donde el tratamiento informático no sea riguroso y contrastado. Así que a continuación vamos a presentar algunas noticias

- “Cadena perpetua para un esquizofrénico que apuñaló a dos hombres en Londres” (La Vanguardia, 2016). El propio titular del artículo nos hace ver como emplea ya el término esquizofrénico de manera negativa ya que va relacionado a su misma vez con una acción de violencia. Esto contribuye sin ninguna duda a una desinformación sobre el trastorno.

- “El PSOE ve al PP en una esquizofrenia en busca de apoyos para la investidura” (Europa Press, 2023). Aquí vuelve a utilizarse el término esquizofrenia como algo peyorativo e incluso en un contexto político. Es un empleo metafórico que utilizan en este caso para representar algo que es incoherente o irracional, reforzando así una vez más los estereotipos y los mitos sobre las enfermedades mentales.
- “Generación de cristal, ¿por lo frágil o por lo transparente?” (Gaibar y Varea, 2021). A diferencia de las anteriores noticias, esta no estigmatiza desde el título, sino el contenido de esta es lo que se presenta como estigma. Presenta como la depresión o la ansiedad una banalización de la gente joven, llegando así a presentar la ansiedad o la depresión como una moda y responsabiliza a la gente joven de su malestar, sin cuestionar su entorno. Esto genera no solo un mito hacia la salud mental sino también hacia una generación entera.

2.5 Barreras y limitaciones asociadas a la estigmatización de las enfermedades mentales

La estigmatización de las enfermedades mentales afecta no solo a la parte social de la persona que lo sufre si no que crea muchas barreras y limitaciones en muchos ámbitos de la vida diaria, laboral, sanitaria y demás. Identificar las barreras y limitaciones es fundamental para revertir el problema de la estigmatización.

Debemos en un primer momento diferenciar entre barreras y limitaciones como es lo que vamos a hacer en nuestro caso, por un lado, las barreras serían aquellos obstáculos externos como por ejemplo el lenguaje en los medios de comunicación que hemos visto anteriormente, y en el caso de las limitaciones son restricciones internas que son consecuencias de las propias barreras, como por ejemplo una baja autoestima.

A continuación, vamos a mencionar los contextos en los que estas barreras y limitaciones influyen.

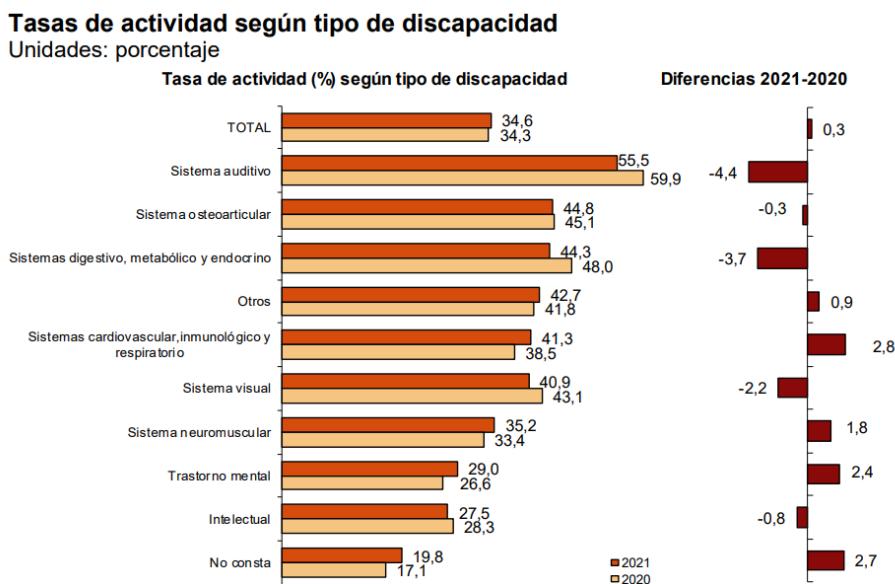
2.5.1 Contexto laboral

Durante nuestra revisión de la literatura se han encontrado que las personas con enfermedades mentales tienen muchas dificultades, tanto para la contratación, como para el mantenimiento de un puesto de trabajo.

Según la CSIF (2024, par 8) “El estigma de la salud mental en el trabajo consiste en que se tenga que ocultar en el ámbito laboral los problemas de salud mental por miedo a ser despedido, discriminados, acosado o que pueda afectar a su carrera profesional”, es decir, que el hecho de que se tenga que ocultar que una persona tiene una enfermedad mental es la creación del propio estigma acompañado de barreras como rechazo o burla por parte de sus compañeros de trabajo o superiores, confidencialidad dudosa que imposibilita pedir ayuda y denigración al trabajador por el hecho de pensar que una enfermedad mental es una debilidad. Esto se acompaña de las limitaciones como un posible aislamiento social provocado por esas burlas o rechazo, interiorizar que la persona no sirve para este trabajo debido a su enfermedad y obviamente puede estar acompañado de un desgaste emocional.

A pesar de la existencia de políticas públicas que abogan por la contratación de personas con enfermedades mentales, existen datos que son bastante significativos en la relevancia de este problema. Según los datos de Instituto Nacional de Estadística en un estudio sobre el Empleo de las Personas con Discapacidad se analizó las tasas de actividad según el tipo de discapacidad y las diferencias entre el año 2020 y 2021. En la figura 5 se puede apreciar estas unidades en porcentajes.

Figura 5
Tasa de actividad según tipo de discapacidad



Fuente: Adaptado de *El empleo de las Personas con Discapacidad* (p.5), por el Instituto Nacional de Estadística, 2023, INE

La tasa de actividad de trastorno mental es bastante baja y por lo tanto podríamos afirmar que el trabajo para una persona con enfermedad mental no es algo que esté garantizado, ya que 8 de cada 10 personas con discapacidad por una enfermedad mental no tiene trabajo, en la Figura 5 podemos ver que, sí que existe la mayor diferencia entre el año 2020 al 2021, donde se incrementa exactamente en un 2,4%.

2.5.2 Contexto sanitario

Existe diferentes barreras impuestas en el ámbito sanitario por parte de los propios profesionales de la salud, médicos, enfermeros, trabajadores sociales sanitarios y todos aquellos que trabajan en el ámbito de la salud. Podemos identificar las barreras que proporcionan los sanitarios en tres tipos: “Expectativa de violencia e impredecibilidad, incomodidad en el trato con este tipo de pacientes y distancia social tanto dentro del ámbito sanitario como fuera” (Gil et al, 2016).

Obviamente estas barreras expuestas por los profesionales sanitarios conllevan a las personas con enfermedad mental a generar una serie de limitaciones como por ejemplo no querer empezar con los tratamientos por no sentirse escuchado o entendido por el personal sanitario, todo esto acaba afectando a la propia enfermedad.

Es importante destacar que “el estigma hacia las personas con enfermedad mental presenta importantes repercusiones negativas, ya que reduce las oportunidades y la calidad de vida de los pacientes” (Gil et al, 2016 p.108).

2.5.3 Contexto social

Las relaciones interpersonales son complicadas para la mayoría de la gente, pero aquellos con una enfermedad mental suelen sufrir problemas con este tipo de relaciones. Las barreras externas que nos encontramos son: “falta de apoyo y comprensión por parte de familiares y amigos, valores sociales centrados en el éxito y la juventud, el individualismo de nuestra sociedad que no deja ver que el bien que se consigue colectivamente”(Fedeafes, 2013, p.24) Estas barreras que nos encontramos producen una serie de limitaciones como por ejemplo la falta de autoestima en la relaciones personales o intimas, la culpabilización y el hecho de tener miedo a hablar del tema de su salud. La dificultad para encontrar pareja, para mantener amigos e incluso para hacer nuevos amigos ira incrementando con el tiempo.

Las familias también son parte de esta estigmatización tanto como victimas como elaboradores de estigmatización , y lo vemos en los aspectos como “ la incomprendición, el sufrimiento que provoca el rechazo de gente a nuestros familiares enfermos, las actitudes paternalistas, la falta de aceptación, la culpabilidad, la vergüenza, la ocultación y la incertidumbre sobre el futuro de ese familiar”(Fedeafes, 2013, p.9), estas son barreras que impone el propio entorno familiar a la persona con enfermedad mental y que generan limitaciones contraproducentes para la recuperación de la misma.

2.6 Trabajo social sanitario

2.6.1 Definición y funciones del trabajo social sanitario

Tal y como señala el Consejo General de Trabajo Social (2013, p.1) “el trabajo social sanitario supone un ejercicio profesional diferenciado del de otros entornos y caracterizado por ejercer de forma cotidiana funciones de apoyo y ayuda a personas y familias inmersas en procesos de dificultades de salud, dirigiendo sus intervenciones a la recuperación, normalización y adaptación social, centrándolo su práctica asistencial en el incremento de la autonomía y la recuperación a la salud y garantizando la toma de

decisiones responsable, respetuosa son la autodeterminación, individualización y al ritmo que el proceso de cada individuo requiera desde el respeto a las particularidades”

Por lo tanto, la función principal del trabajo social sanitario será el apoyo tanto a los pacientes como a los familiares.

Dentro de las actividades desempeñadas por los trabajadores sociales de ámbito sanitario, debemos destacar las actividades realizadas especialmente por las trabajadoras sociales de Salud Mental, donde sus funciones son algo diferentes a las anteriormente comentadas. Según Garcés Trullenque (2010) divide dichas funciones o actividades en tres grupos:

- Función de atención directa: Esta atención es la destinada a los individuos, familias y grupos en riesgo de exclusión social y por lo tanto con un problema de salud mental. Algunas actividades llevadas a cabo son desde las propias entrevistas para saber cómo se organiza esa persona en las actividades básicas de la vida diaria, hasta realizar visitas domiciliarias para una posible valoración e intervención. Por supuesto la conexión y derivación juega un papel fundamental en las actividades de la función directa.
- Función preventiva, de promoción o inserción social: Esta atención está sumamente destinada a la adecuación personal, acompañado de la aceptación e integración en su vínculo más cercano a ser posible. El recurso más apropiado para esta función es el de canalizar y llevar a cabo protocolos de derivación a programas de ocio de diferentes asociaciones, a grupos de autoayuda y programas relacionados con itinerarios laborales
- Función de coordinación: En esta función se destaca el carácter interdisciplinar de la propia profesión y la importancia de esta comunicación entre el equipo de atención a la salud mental. Se deben conocer todos los recursos al alcance y cooperar con los servicios tanto laborales, médicos, psiquiátricos y rehabilitadores para proporcionar al

usuario habilidades, aptitudes y cualidades necesarias para el afrontamiento de su día a día y de los posibles problemas.

“En definitiva, el Trabajo Social en salud mental va a depender de lo que seamos capaces de emprender para adecuarnos a los nuevos tiempos, de la adecuación de los roles profesionales a las nuevas necesidades de los usuarios de salud mental, en definitiva, de nuestro compromiso profesional” (Garcés Trullenque, 2010, p.350)

2.6.2 El papel del trabajo social sanitario en la prevención de la estigmatización

El trabajo social en salud mental es el tipo de trabajo social que más puede ayudar a la prevención y deshacer la situación actual que tenemos hoy en día, ya que conocemos de primera mano a los pacientes que sufren estas enfermedades, no solo, su sintomatología sino todo lo que le rodea tanto bueno como malo, no hay una base mejor.

Vamos a destacar algunas consideraciones que puede realizarse desde el trabajo social sanitario, por lo que Aretio (2010) expone lo siguiente:

- Realizar un enfoque de los aspectos psicosociales, esta consideración hace referencia a los paradigmas que hemos explicado anteriormente, donde el peso que tiene el paradigma biomédico o racional tecnológico sigue siendo algo pesado en la sociedad, y como trabajadoras sociales se debe poner en valor otros factores que fundamenten temas más cotidianos para la persona. El hecho de tener que explicar a los demás profesionales del sector sanitario la importancia de la integración total de todas las cosas que rodean a la persona con enfermedad mental, supone una pérdida de energía. Este enfoque nos permitirá focalizarnos en una mirada comunitaria para mejorar el entorno vital que rodea a la persona diagnosticada con una enfermedad mental.
- Defensa del principio de autodeterminación, como ya sabemos es muy importante trabajar con los pacientes de una forma en la que se valoren ellos mismo y vean sus propias capacidades y actitudes positivas para salir adelante. Es muy importante en caso como por ejemplo la Autoestigma donde la baja autoestima hace que la intervención sea desfavorable. El

hecho de defender este principio hace que los pacientes rechacen consejos o discursos paternalistas ya sea de su círculo social o de profesionales, ya que conectan con sus derechos como seres humanos y ciudadanos.

- Necesidad del fomento del trabajo en red, con la intención de llegar a un objetivo común tanto por parte del paciente como por parte de todos los profesionales e instituciones que nos rodean. Lograr diferentes acuerdos y salirnos de la zona de confort como trabajadores sociales hará que la intervención social sea más eficaz y que a su vez más colectivos e instituciones sean consciente de la importancia de la salud mental y se sensibilicen.
- El empoderamiento, esta consideración está muy ligada al principio de autodeterminación, aunque aquí se puede aplicar no solo a la persona que sufre la enfermedad mental, sino, a los familiares o las diferentes asociaciones, con la intención de que todos entren en la esfera pública y tenga más relevancias en las políticas implantadas por el gobierno. Defender activamente sus derechos pondrá en visión las barreras y limitaciones generadas por la estigmatización.

Esta autora también destaca que debemos trabajar desde una perspectiva de género ya que “La enfermedad mental no afecta por igual a mujeres y a varones. Aquí, como en otros fenómenos sociales, las mujeres, sólo por el hecho de serlo en una sociedad patriarcal, viven circunstancias adicionales de desigualdades que les generan mayores sufrimientos y las sitúan con mayor desventaja social” (Aretio, 2010, p.294). Como hemos podido ver en datos anteriores la prevalencia de las enfermedades mentales sobre todo leves en las mujeres frente a los hombres es un dato constatado, si a esto le sumamos que también existe una discriminación por el hecho de ser mujer, estaríamos encontrarnos con un sinfín de barreras y limitaciones provocados por la estigmatización de los dos grupos vulnerables o catalogados socialmente inferiores.

2.6.3 Programa “Lo hablamos”

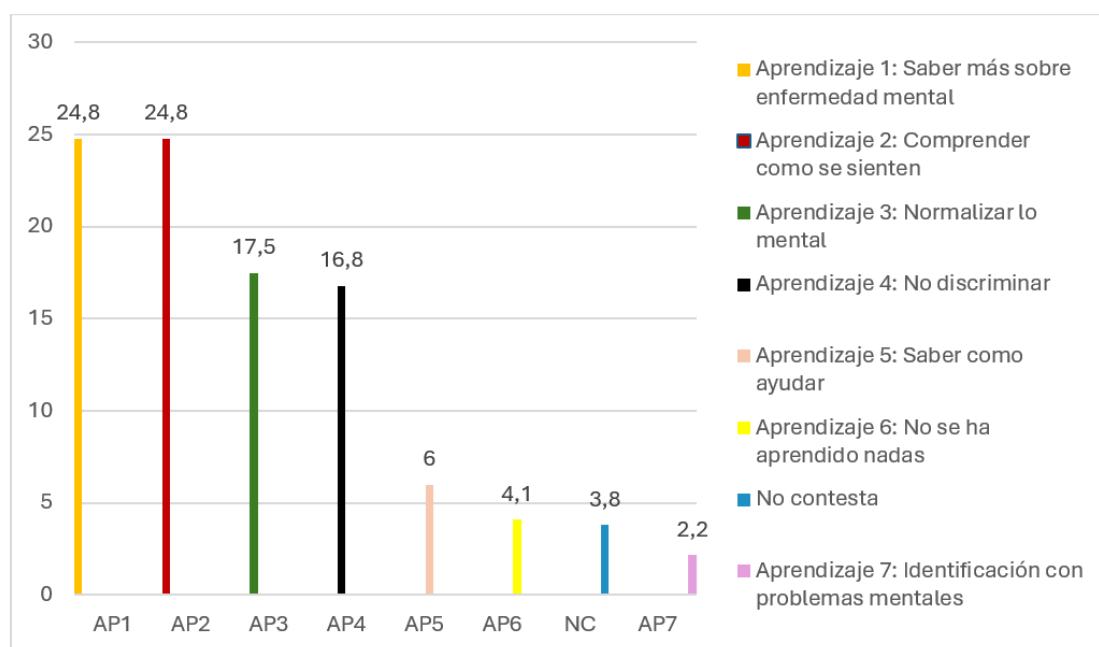
Con el objetivo de abordar la estigmatización con la colaboración de los y las trabajadoras/es sociales, vamos a mencionar un programa educativo que fomenta la

sensibilización y el conocimiento de las enfermedades mentales con la intención de reducir prejuicios. A continuación, se presenta este programa de intervención educativa.

De la Higuera Romero et al (2020) describe el doble objetivo principal del programa como “sensibilizar a la población adolescente sobre salud mental y promover un trato menos discriminatorio hacia las personas que padecen problemáticas en este ámbito”. Se realizó a estudiantes de la ESO y se basaba en que hacen alrededor de seis actividades grupales, tanto de analizar el concepto de salud mental, hacer un role-playing o escuchar una experiencia personal de una persona con enfermedad mental.

Los resultados fueron bastante productivos como se muestra en la Figura 6, donde se puede observar los aprendizajes más relevantes del programa.

Figura 6
Aprendizaje más relevantes del programa



Fuente: Adaptado de *Estrategias para la reducción del estigma hacia la salud mental en el contexto escolar; estudio preliminar y pilotaje del programa Lo Hablamos* (p.150), por De la Higuera et al, 2020, Psycholgy, Society & Education

En el primer aprendizaje posicionaríamos el hecho de saber más sobre la enfermedad, en segundo puesto a comprender como se sienten esas personas, en el tercer puesto a normalizar lo metal y en el cuarto puesto a no discriminar, estos

resultados avalan que estos tipos de programas funcionan en contra de la estigmatización de las enfermedades mentales.

Para finalizar quería matizar que este programa fue creado por “profesionales de diferentes categorías (psicólogos clínicos, psiquiatras, enfermeros, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales) que se integraron de manera voluntaria en el proyecto” (Higuera Romero et al, 2020, p. 143)

3. METODOLOGÍA

3.1 Diseño

Esta investigación está realizada a partir de un método cualitativo, ya que se busca comprender en profundidad la percepción, las experiencias y los discursos que tenga que ver con la estigmatización de las enfermedades mentales.

Creemos que es una metodología adecuada para estudiar este tipo de fenómenos sociales tan complejos ya que cuando reducimos las palabras y actos de la gente a ecuaciones estadísticas, perdemos de vista el aspecto humano de la vida social y por lo tanto ya que en este tema se pretende captar una riqueza contextual del problema de la estigmatización, dando voz a realidades invisibilizadas y alejarnos de contextos numéricos generados por métodos cualitativos, que mejor manera de realizar la metodología.

Hemos utilizado la entrevista semiestructurada como técnica de recogida de información, dirigidas tanto a trabajadores sociales dentro del ámbito sanitario como a personas o familiares con diagnóstico de enfermedad mental. Estas técnicas nos ayudaran a explorar sus vivencias de una manera mucho más amplia y dejando también un espacio abierto para temáticas espontáneas que sean interesantes de analizar para nuestro trabajo de fin de grado.

Las entrevistas actúan como un método idóneo para comprender relatos más íntimos y profundizar en temas más específicos, a diferencia de la encuesta que no permite una interacción en tiempo real y no permiten hacer una indagación tan exhaustiva como en la entrevista.

Aunque varios autores muestran algunas desventajas o limitaciones en la utilización de la entrevista frente a la encuesta, como por ejemplo Feria Ávila et al (2020 p.64) que expone que “por su carácter de dialogo cara a cara, puede inhibir, ocultar o sesgar las respuestas requeridas por el investigador, por parte del entrevistado o los entrevistado”, también existen ventajas frente a la entrevista como que “el investigador puede explicar el propósito del estudio y especificar la información que necesita”.(Feria Ávila et al, 2020, p.69)

Por lo tanto, en nuestra utilización de este método, es posible que exista un posible sesgo del entrevistador, condicionando así de cierta manera la información recogida, pero en nuestro caso hemos seguidos en las propias entrevistas unas pautas de neutralidad y sobre todo escucha activa, con la intención de mitigar dicha influencia y centrarnos en la objetividad del tema.

3.2 Participantes

Las personas que han participado en esta investigación se dividen principalmente en dos grupos. Por un lado, se han entrevistado a trabajadoras sociales del ámbito sanitario, ya que su experiencia profesional nos ayuda a entender la intervención y prevención de diferentes casos. Y, por otro lado, también se le quería dar voz tanto a los familiares como a las personas con enfermedad mental, para así conocer de primera mano experiencias personales y como entienden desde su punto de vista la estigmatización.

La muestra final del perfil de los participantes se muestra en la tabla 3 y 4 respectivamente.

Tabla 3

Perfil de las trabajadoras sociales participantes

Código	Sexo	Edad	Experiencia	Ámbito de trabajo
TS1.M	Mujer	48 años	1 año y medio	Centro de Salud Mental

TS2.M	Mujer	57 años	20 años	Centro de Salud Mental
TS3.M	Mujer	47 años	1 años y medio	Centro de Salud Mental
TS4.M	Mujer	35 años	6 años	Hospital Área de salud mental

Fuente: Elaboración propia

Por otro lado, como ya hemos comentado visualizaremos en la Tabla 4 el perfil de familiares y personas con enfermedad mental participantes en este proyecto.

Tabla 4

Perfil de familiares y personas con enfermedad mental

Código	Sexo	Edad	Rol
F1.M	Mujer	23 años	Hija de una persona con diagnostico
F2.H	Hombre	56 años	Persona con experiencia propia
F3.M	Mujer	57 años	Madre de una persona con diagnostico
F4.M	Mujer	22 años	Persona con experiencia propia
F5.H	Hombre	55 años	Padre de una persona con diagnostico

Fuente: Elaboración propia.

3.3 Recogida de datos e instrumentos

Para la recogida u obtención de datos se optó como ya hemos dicho anteriormente por una metodología cualitativa basada principalmente en la realización de entrevistas semiestructuradas, las cuales cuentan con un pequeño guion a seguir..

Las etapas de la investigación han sido fundamentalmente tres:

- Revisión de la literatura ya existente sobre el tema, acompañado de un análisis documental de mismo
- Trabajo de campo a través de la realización y recogida de datos de dos entrevistas identificadas para cada grupo participante
- Transcripción y análisis de resultados

En la primera etapa de la revisión de la literatura se hizo una búsqueda exhaustiva del enfoque principal de este trabajo, ya que debido a que existe mucha información sobre este tema de la estigmatización, queríamos enfocarlo de manera correcta y seleccionar aquellas fuentes que aportaran una mirada global y rigurosa de este análisis sobre la estigmatización. Se han revisado todo tipo de documentos tanto científicos como sociales.

Por otra parte, en el trabajo de campo, hemos decidido realizar una técnica de muestreo no probabilístico llamado muestreo en cadena, de avalancha o bola de nieve, ya que en el caso de los familiares y personas con enfermedad mental grave era complicado alcanzarles o acceder a ellos.

Este “muestreo consiste en pedir a los informantes que recomiendan a posibles participantes” (Martín- Crespo y Salamanca Castro, 2007, p.2) para el estudio. Como ventajas “es más práctico y eficiente en cuanto al coste, además, gracias a la presentación que hace el sujeto ya incluido en el proyecto, resulta más fácil establecer una relación de confianza con los nuevos participantes” (Martín-Crespo y Salamanca Castro, 2007, p.2) y como inconvenientes se resalta que “tenemos la posibilidad de obtener una muestra restringida debido a la reducida red de contactos” (Martín-Crespo y Salamanca Castro, 2007, p.2).

El acceso a los participantes en el caso de los profesionales fue facilitado por mi tutora de prácticas a través de proporcionarme diversos correos de profesionales del sector, por lo tanto, el canal de comunicación principal fue mediante el correo de la Universidad de Valladolid, donde a través de un pequeño texto explicativo sobre quien era y en qué se basaba la entrevista de mi Trabajo de Final de Grado.

Las entrevistas a los profesionales están divididas en cinco bloques y consta de 9 preguntas. Estos bloques se dividen en:

- Perfil profesional y funciones
- Perfiles atendidos
- Intervenciones
- Estigmatización
- Futuro del trabajo social en salud mental

Por otra parte, las entrevistas a los familiares y personas con un diagnóstico de enfermedad mental que consta de 7 preguntas y también está dividida en cinco bloques que son los siguientes:

- Significado personal
- Percepción de la sociedad
- Referencias en el tiempo
- Relación con los profesionales
- Propuestas de mejora

Las entrevistas se realizaron de forma presencial e individual y respectando los Aspectos Éticos que trataremos más adelante, ya que se grabaron por voz todas las entrevistas.

Por último, en la última fase se recopilan todas las entrevistas realizadas con su debida información y se plasma a través de los *verbatims*, para poder analizar los datos. Es importante destacar que, debido a la confidencialidad de los participantes, se les ha asignado un código mostrado en las Tabla 3 y 4 para poder identificarlos.

3.4 Análisis de datos

Para la última etapa que consiste en el análisis y tratamiento de los datos obtenidos a partir de la entrevista abierta semiestructurada se empleó como ya hemos mencionado un enfoque cualitativo cuya muestra no es representativa.

En análisis de los datos se basará en los pasos que expone Lázaro Gutiérrez (2021, p.79) que son los siguientes:

1. Se leen las transcripciones de las entrevistas y se pone un código a cada entrevistado
2. Se codifican los resultados de cada entrevista según temas y subtemas
3. Se reúnen todos los fragmentos de cada tema en una única sección sin perder la referencia de donde se encontraban en cada una de las entrevistas
4. Una vez que las secciones están conformadas se sigue integrando contenido en cada una de ellas
5. Se organizan las secciones en torno a los temas
6. Se interpretan los resultados y se prepara para su presentación, en este caso por escrito.

3.5 Aspectos Éticos

Este trabajo ha respetado los principios éticos marcados por el Código Deontológico del Trabajo social, con la intención de asegurar el respeto, la dignidad y el bienestar de las personas que han sido participes en este proyecto y más tratándose de una población tan sensible.

Por otro lado, también destacamos la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, para tramitar el correspondiente consentimiento informado, donde se explica el objetivo del estudio, el uso de datos y que es totalmente voluntario y confidencial tanto los datos personales de la persona como las grabaciones de las entrevistas.

Los datos personales han sido codificados de tal manera que, en el caso de las Profesionales, se identifican como TS (Trabajo social), acompañado de un numero (1,2,3) y de una letra indicante del sexo (M O H). En la codificación de los familiares o personas con un diagnóstico de enfermedad mental, se codificaron con la letra (E) tanto familiares como las personas con enfermedad mental, y se le atribuyeron unos números consecutivos del 1 al 5, y la letra debido al sexo (M O H).

4. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

En este apartado se pretende plasmar los resultados más importantes que hemos obtenido a través de la realización de las entrevistas, para finalmente presentar una

conclusión clara y concisa sobre este tema abordado. Para los resultados de la investigación los hemos dividido principalmente en cinco grupos con sus subcategorías, centrándonos especialmente en los momentos de estigmatización percibidos y vividos.

4.1 Perfil profesional y actuaciones en el ámbito de la salud mental

La mayoría de las trabajadoras sociales a las que hemos entrevistado cuentan en su formación con un sinfín de cursos o de otras carreras que han ido haciendo mientras trabajaban o antes de trabajar, lo que indica que el Trabajo social al igual que muchas otras disciplinas es algo que está cambiando continuamente y que hay que reciclarse siempre.

“Yo llevo 7 años actualmente en este puesto de trabajo, anteriormente estuve en el equipo de salud mental de la Victoria otro año, y hace 13 o 14 años estuve aquí en este centro de salud, pero funcionaba totalmente diferente, y soy diplomada en trabajo social y graduada en psicología” (TS2.M)

“Pues esta es mi primera experiencia que prácticamente llevo un año y medio y formación, pues ahora estoy haciendo un curso de todo en general, es decir de lo que es atención primaria, salud mental, todo un poco para ver cómo funciona, pero sobre todo en la parte de la salud mental. Antes de esto trabajo con menores en los juzgados y tengo la carrera de educación infantil especializándome en ese tipo de acciones” (TS1.M)

“La mayoría de la información que he ido adquiriendo por mi parte, nos ha sido proporcionada a través de múltiples cursos que saca el SACYL y que nos dan una visión más generalizada de nuestro trabajo, como por ejemplo el último que ha sido como atender a pacientes pluripatológicos en el ámbito de la salud mental” (TS3.M)

Cumplen con todas las funciones planteadas en el marco teórico, es decir, desde la función de atención directa, pasando por la función preventiva, de promoción o inserción social, para finalizar con la función de coordinación. En el caso de la función directa son las propias entrevistas que realizan tanto a los familiares como a los pacientes para conocer de primera manos su vínculo más cercano, en la función preventiva, se cumple por una parte y por otra no, es decir, la canalización a otros tipos de recursos se realiza adecuadamente pero como mencionan a veces por falta de tiempo no pueden seguir esos casos y por lo tanto seguir la vida del paciente, por ultimo destaca la función

de coordinación a diferentes recursos o con diferentes profesionales que es destacado por una de las trabajadoras sociales, nombrando ese trabajo en red.

“Bueno como ya sabrás la mayoría de las actuaciones que hacemos son desde organizar reuniones con el resto del equipo, tener entrevistas y pues un poco gestionar solicitudes de discapacidad y dependencia y hacer derivaciones claro” (TS1.M)

“Nos llegan los pacientes derivados por unas cosas o por otras y dependiendo de la problemática que tengan, intentamos ayudar, aunque cada caso es distinto y el tiempo es distinto” (TS2.M)

“Ojalá tuviéramos más tiempo para hacer un seguimiento más exhaustivo de los casos, porque muchas veces muchos casos se pierden debido a la magnitud de personas que tenemos por zonas asignadas” (TS4.M)

“Desde mi perspectiva el trabajo en red es muy importante, porque yo pregunto a mis colegas de profesión cualquier tipo de duda y eso hace que la intervención con los pacientes sea mejor, ya que dos piensan más que uno” (TS3.M)

4.2 Perfiles de los pacientes

Existe una preocupación generalizada por todas las trabajadoras sociales y es el creciente aumento de población joven entre sus pacientes, sobre todo con trastornos mentales graves. Como hemos podido ver en el apartado salud mental en cifras, existe un porcentaje relativamente alto de hombres jóvenes diagnosticados de esquizofrenia, lo que representa un cambio bastante importante en los perfiles tradicionales que solían ser diagnosticados. Sin embargo, también ha existido otro cambio bastante significativo y es que por lo general podríamos pensar que los perfiles de los pacientes están constituidos por personas de avanzada edad y con contexto sociales provenientes de clases sociales desfavorecidas, pero esa tendencia ha cambiado donde el contexto social proveniente ya es más diverso incluyendo así a las clases medias o incluso altas.

Una de las trabajadoras sociales entrevistadas expresó con claridad esta nueva realidad.

“Pues mira, a mí de los perfiles que más me vienen a la consulta son aquellos que tiene un trastorno mental grave, también son los más demandantes tanto ellos como las

familias, pero lo que, sí que me ha sorprendido durante este tiempo, sobre todo desde el COVID, es la cantidad de pacientes jóvenes de 20 y pico años que acuden a consulta” (TS4.M)

Del mismo modo que las siguientes trabajadoras sociales hacen hincapié en la gravedad de los trastornos con los que llegan estos jóvenes y que por lo tanto no se trata de un fenómeno aislado ya que en otros dispositivos del sistema se localiza también este problema. Destacan a su vez la voluntad y las ganas de realizar o continuar su proyecto de vida de la mejor forma posible, quieren que sus necesidades estén cubiertas y piensan a largo plazo.

“Aquí los más graves, las esquizofrenias, trastornos de la personalidad graves y trastornos bipolares graves, son gente joven y demandante de recursos, que quieren continuar su vida con la mayor normalidad posible” (TS2.M)

“Mis compañeras de atención primaria, me cuentan, que en urgencias está habiendo un pico importante de gente joven con problemas de salud mental o que emocionalmente no se siente bien” (TS4.M)

En definitiva, estos testimonios revelan una transformación en el entorno de los perfiles y la multicausalidad desde salud mental, lo que inconscientemente obliga a pensar en acciones públicas o cambios de estrategias para la reducción de estos perfiles tan jóvenes.

4.3 Estigma, la visión de los profesionales y de los afectados

Para comprender el impacto del estigma resulta tan importante conocer la visión de las familias y personas diagnosticadas con enfermedad mental, como de los profesionales que atienden a menudo a esas personas y que están allí para ellas. A través de relatos o situaciones que han vivido en sus experiencias relacionamos con los tipos de estigmas que hemos mencionado en el marco teórico. Por lo tanto, vamos a dividirlo en tres tipos

4.3.1 Estigma público o social

La mayoría de los encuestados han contado sus experiencias u opiniones centrados en el estigma social ya que mencionan que los han tratado de peligrosos, con

miedo, con vergüenza, ya que este tipo de persona suelen ser percibidas de esta manera tan negativa. Todos los familiares o pacientes a los que se les ha preguntado han sufrido algún tipo de estigma y las trabajadoras sociales en su experiencia ven las consecuencias en esto. Como ya sabemos este tipo de estigma se expone en las actitudes cotidianas, es decir, en el día a día, como tratar a la persona de manera diferentes o simplemente invisibilizarla, creando a su vez un entorno social basado en actitudes de miedo o burla.

Como vemos a continuación se expresan las consecuencias tan negativas del estigma social, y como pueden llegar a ser devastadoras para la persona que lo sufre, afectándole así a todas sus capas sociales. Decir esto evidencia que el estigma puede llevar a la exclusión social, deteriorando desde dentro a la persona y a sus apoyos, generando que el proceso de recuperación sea inexistente.

“Llegan a extremos en los que la enfermedad les ha afectado a todas las esferas de la vida y en muchos casos no tiene ya nada, ni un apoyo de su familia, ni trabajo, ni absolutamente nada que les apoye” (TS2.M)

Asimismo, también se habla sobre la dificultad de visibilizar el estigma día a día, que será provocado o debido a que se encuentran tan interiorizado dentro de la sociedad que solo si nos fijamos bien podemos reconocerlo y a la falta de información e implicación que genera desconocimiento.

“En el día a día, creo que la estigmatización es más complicada verla, pero es algo que nos transmiten los enfermos mentales y las familias a diario, existe mucha desinformación por eso hay estigma, hacen falta campañas, más campañas de sensibilización, de formación, prevención, promoción” (TS1.M)

Las propias personas con enfermedad mental y sus familiares aportan estos testimonios tan valiosos sobre como han experimentado este estigma público o social de primera mano, basados en el rechazo y burla, miedo en el entorno provocado por el desconocimiento total de la enfermedad mental y la evitación de hablar sobre el diagnóstico, que se entiende como un estigma social silencioso.

“He vivido situaciones de rechazo y también de comedia hacia mi persona riéndose sobre mi personalidad y a la vez de mi diagnóstico, algo que nunca he entendido porque es verdad que yo tengo esta enfermedad que me hace ser rarito como

digo yo comúnmente, pero no he hecho ningún mal a nadie como para que a veces se me pague así” (F2.H)

“Las personas que están ajenas a esta enfermedad son muy precavidas, son muy miedosas, claro, como no saben las consecuencias que puede tener cualquier tipo de enfermo mental, pues claro yo lo entiendo, que el miedo sea predominante” (F3.M)

“Rechazo, no he sentido, porque tampoco lo hemos contado, pero miedo he sufrido porque yo estuve toda mi adolescencia pensando que podría heredar esa enfermedad, entonces claro quieres que pasen los días y que pasen los días para que el gen ese no salga a la luz, pero claro me di cuenta de que todo esto que sentía era por una falta de información increíble” (F1.M)

4.3.2 Estigma estructural

Según los encuestados la estructura política diseñada actualmente presenta un problema también en la estigmatización y no solo en algunas políticas sociales, actualmente se utiliza como discurso para una falsa preocupación de la ciudadanía. A diferencia del estigma social que puede parecer un estigma individual, este es más colectivo y está integrado en las propias raíces del funcionamiento de este país y en diversas instituciones.

Los testimonios expuestos a continuación de los entrevistados nos muestran esta satisfacción estructural por parte de las políticas públicas y no solo estamos hablando de la nula resolución de conflictos o problemas, sino la lentitud de estos.

“El tema de la sanidad es una cosa para tratar aparte, que tenga que esperar mi hija una lista de espera de casi cuatro meses para poder tener cita con un psicólogo es demencial, y luego aparte que si quieres ir a la privada tampoco te dan beneficios económicos” (F3.M)

“Y el tema del colegio pues otra movida igual, se les quedan unas caras cuando les presentas el cuadro, que no saben ni por donde tirar, ni que hacer, ni tampoco que decirte como madre preocupada por la educación de su hija” (F3.M)

“Aunque parezca mentira soy una persona que se interesa mucho por lo que pasa en el país, en plan de política y eso, y a veces digo se están riendo de nosotros, de verdad,

te lo digo, que para mí se ha vuelto un discurso sin trasfondo, es decir, apoyan la salud mental, todo muy bien y muy bonito, pero luego mira el paro que hay, es para reírse" (F4.M)

Exponen que existe una dificultad en el acceso rápido de los servicios, lo que a su vez provoca espacios poco inclusivos para la sociedad y con riesgos de exclusión, debido a normas, prácticas e instituciones que forman parte de este juego.

Por otra parte, uno de los profesionales achaca todo a la dificultad de la burocracia, exponiendo que muchas personas que padecen enfermedad mental reniegan de buscar ciertas ayudas o incluso el proceso le lleva a gestionar su enfermedad de la peor manera posible.

"Mira también creo que existe un problema de raíz, en nuestra política actual, y es que muchas veces las leyes que piensan que benefician a ciertas personas, lo que hacen es todo lo contrario y por ejemplo estamos viendo muchos casos de personas que tienen la discapacidad debido a su enfermedad mental y que por una serie de cuestiones piden el ingreso mínimo vital y el hecho de pedirlo está haciendo que debido a las gestiones que les piden e incluso a un posible reembolso, su estado de salud mental está empeorando" (TS 3.M)

Estas declaraciones evidencian el tipo de estigma en el que nos encontramos en este punto, haciendo más hincapié al mal funcionamiento de las instituciones, que se convierten en un aliciente de discriminación y estigmatización de estas personas, que viven ya de por si en un entorno hostil.

4.3.3 Autoestigmas

Los encuestados se dividen en dos tipos de Autoestigmas, por parte de 1 de las trabajadoras sociales y 1 paciente existe un Autoestigma generado por no saber reconocer la enfermedad. Que estaría representando a lo que llamaríamos como "quitarse la etiqueta", ese rechazo y esa negación por la propia enfermedad, es casi siempre dado por vergüenza o dificultad para aceptar la enfermedad que sufre esa persona.

“Incluso a veces algunos tienen Autoestigma, ellos piensan cosas como yo no estoy como esos que van al puente, como voy a ir yo allí si yo no estoy así, a los más graves les cuesta muchísimo tienes que empezar por explicarles que tienen que pedir la discapacidad” (TS2.M)

“Mi padre no ha aceptado su enfermedad en ningún momento de su vida y la verdad que no creo que la acepte nunca, simplemente por el hecho de que le da vergüenza reconocerlo” (F1.M)

Por otro lado 1 paciente hace referencia al momento que tuvo de sentirse mal con el mismo y endosarse atributos negativos debido a su enfermedad, es decir, sigue siendo un Autoestigma, pero reconocimiento de la enfermedad. Esta persona se guarda su etiquetación muy dentro de él, tanto que interioriza pensamientos negativos que forman un deterioro emocional en la persona.

“Creo que en algún momento de mi vida me perdí, me perdí de tal manera que me creía que era una absoluta basura y que todo esto que me había pasado era mi culpa por simplemente nacer” (F4.M)

Todo esto refleja como el estigma también puede instalarse dentro de la propia persona y afectarles a muchas facetas de su vida, como la autoestima, la recuperación o la calidad de relación con otras personas.

4.4 Perspectiva del lenguaje y de los medios de comunicación

Como ya hemos visto en el marco teórico hay medios que conducen a titulares sensacionalista con el objetivo de ganar visitas o en el caso del lenguaje se utilizan expresiones o palabras que hacen que no se comprendan a las personas con enfermedad mental.

Resulta muy importante analizar bien el lenguaje e identificar aquello que no favorezca la inclusión y la empatía, como nos cuentan en las entrevistas. En la recogida de resultados vimos cómo se mencionaba esto en 1 una trabajadora social y en 1 familiar de un paciente. En cambio, los pacientes no se pronunciaron sobre este tema e incidieron en otro tipo de barreras o estigmatizante sociales.

“A la hora de las noticias como que se incide mucho en que, si es un enfermo de salud mental, y que al final bueno, puede ser derivado que haya hecho lo que haya hecho por la enfermedad mental, como no” (TS1.M)

“La de veces que he escuchado de la boca de los niños del colegio de mi hija la palabra loca, y es algo que te quema por dentro y te da muchísima rabia, porque mi hija no está loca” (F3.M)

Todo este tipo de expresiones, tanto en los medios como en el lenguaje cotidiano, ayudan a generar mitos e información errónea hacia las personas con problemas de salud mental, haciendo que solo valgan por su diagnóstico.

Que no se haya destacado positivamente nada sobre los medios de comunicación nos hace pensar que necesitamos una comunicación más ética responsable y sobre todo humana, que no esté cargada de connotaciones negativas y que se visibilice la verdad tal y como es, dejando así de buscar el Clickbait y el sensacionalismo.

4.5 Visión de las barreras y limitaciones de la estigmatización

Al igual que lo hemos hecho en el marco teórico, nos basaremos principalmente en tres contextos para tener más claro donde se ubican estas barreras y limitaciones de las que nos hablan en las entrevistas.

4.5.1 Contexto laboral

La mayoría de las trabajadoras sociales nos describen que el recurso más demandado siempre tiene que ver con las actividades o los itinerarios laborales ya que para aquellas personas que sufren un diagnóstico de cualquier enfermedad, la necesidad de sentirse activo y de sentirse valorado se convierte en una necesidad muy importante. En el contexto laboral de las personas con un diagnóstico de enfermedad mental, nos encontramos con poco empleo ya que no se entienden sus necesidad y malos tratos en el propio entorno laboral por parte de compañeros y jefes.

Estos trabajadores sociales expresan claramente esta necesidad de intervención y la importancia del empleo protegido

“Una necesidad o un patrón recurrente en las demandas es la necesidad de trabajar, estas personas necesitan trabajar, pero en un entorno que se les respete y que

sepan cómo llevar toda esta situación, por eso de los recursos más demandados son los itinerarios laborales” (TS4.M)

“O entran al empleo protegido o puede ser más difícil que se entienda su problemática en una empresa más normalizada” (TS1.M)

Todo esto se transforma en barreras laborales y una falta de autoestima para emprender cualquier proyecto o acción como presenta 1 paciente.

“Yo ahora mismo estoy en paro, porque me echaron del trabajo que tenía, encima de malas maneras o no sé, ósea tampoco me entere mucho de ese momento porque estaba bastante mal, pero es que me dicen que, si primero tengo que hacer cursos que, si luego no sé qué, no se puede trabajar sin más como antes” (F2.H)

También debemos que tener en cuenta el desconocimiento tan grande que existe dentro del entorno empresarial, sobre como adaptar los diferentes espacios y recursos hacia estas personas o incluso los ritmos laborales que estas personas pueden mantener. Todo esto provoca precariedad y situación de exclusión social por falta de recursos económicos con los que mantenerse. Como hemos podido observar para mucha de las personas entrevistadas, el hecho de reincorporarse al empleo significa una especie de valoración personal beneficiaria para tanto la parte económica como para la parte social y emocional.

4.5.2 Contexto Sanitario

En este caso de barreras y limitaciones en el contexto sanitario hubo algunas discrepancias entre los entrevistados, por una parte, teníamos a dos trabajadoras sociales y dos pacientes o familiares que habían encontrado barreras y limitaciones en el contexto sanitario

“Hace poco tuve un caso de una chica con un trastorno de personalidad muy grave, que no se murió de milagro, porque tenía una obstrucción intestinal y nadie le hacía caso debido a su situación de salud mental, luego hace poco también hemos tenido otra persona con problemas físicos que como tenía otro diagnóstico psiquiátrico en medicina interna no le querían ingresar y ha tenido que estar ingresado en psiquiatría cuando sus problemas eran físicos” (TS3.M)

“He tenido de todo, porque hay personas que, sí que han ayudado a mi hija, la han intentado ayudar en todos los aspectos, pero hay profesionales que no se han puesto a la altura de mi hija, ni en la forma de valorarla, ni en la forma de hablar, que a veces incluso tienen miedo y rechazo o por lo menos es lo que yo presiento” (F3.M)

“A mí los médicos no me ha tratado bien, de hecho, todo lo contrario, nunca me han entendido y siempre he tenido problemas sobre todo con los psiquiatras” (F4.M)

Pero existe otra parte de los encuestados que no tienen el mismo pensamiento, de hecho, el contrario y se destaca 1 trabajadora social y 1 familiar de un paciente.

“Creo que los que trabajamos aquí hacemos el mejor trabajo posible, dentro de lo que cabe, debido a las condiciones, pero no creo que a una persona con enfermedad mental se le trate diferente en cualquier centro hospitalario” (TS 1.M)

“Con mi padre se han pasado, pero para bien, es decir, que bastante caso le han hecho y a otras personas de mi familia con otro tipo de enfermedades no les ha hecho ni caso” (F1.M)

En general hemos visto una diferencia entre la percepción dentro del contexto sanitario que puede estar debido a muchos factores como la ubicación o simplemente el carácter de los profesionales con los que se encuentran. Pero si existe algo claro es la demanda de formación más específica para el personal sanitario, sobre todo para tratar a este tipo de pacientes. Mejorar la calidad de vida de los pacientes empieza en el propio paciente, pero el contexto sanitario es primordial para generar unas bases de recuperación adecuadas, a mayor información, mayor inclusión y humanización del sistema sanitario en la vida de estas personas.

4.5.3 Contexto social

Este contexto le hemos visto muy desarrollado en los tipos de estigma, donde los entrevistados nos contaban casos donde han vivido o sienten la estigmatización en el entorno de las relaciones personales. Pero aquí quería basarme en la falta de apoyo en el entorno familiar, que mencionan dos de los familiares.

“De mi círculo social, no me queda nadie, de los que me he hecho cuando era joven eran todos unos drogadictos y yo no estoy para juntarme con esa gente, y mi familia no

se ni dónde están porque mis padres tenías mucho dinero y se fueron de casa cuando yo me descontrolaba" (F4.M)

"A mi hija su padre no la quiere, y te lo digo de verdad, no la quiere porque no acepta que tenga una enfermedad mental y no quiere saber nada de ella, solo estamos ella y yo, y tengo miedo del futuro porque es una persona muy indefensa y no sé qué podría pasar cuando yo no este" (F3.M)

La excepción en este caso es de dos de los pacientes encuestados que describen que se sienten apoyados por sus familias totalmente.

"A mi padre le apoyamos muchísimo día a día, estamos ahí para él y aunque la familia más cercana solo sabe lo de su enfermedad, creo que, aunque lo supiera más gente de su entorno nunca le iba a faltar apoyo" (F1.M)

"Gracia a Dios tengo la suerte de contar con mi familia, mis padres que, aunque ya está mayores siempre se han preocupado por mí y mi pareja que es mi apoyo esencial" (F2.M)

La dimensión social es algo básico para entender cómo se siente cualquier persona con cualquier tipo de enfermedad, pero en este caso creo que es sumamente importante profundizar en estos apoyos sociales que a veces sino son positivos o existentes pueden provocar sufrimiento o rechazo y aislamiento. Creemos firmemente que la red familiar conforma una protección social muy importante con unos efectos positivos sin precedentes. Se destaca la necesidad de hacer espacios para sociabilizar de manera segura y de manera libre sin que existan estigmas, donde las personas se sientan valoradas, pero sobre todo no juzgadas.

4.6 La intervención del trabajo social sanitario en la estigmatización

A los dos grupos de entrevistados realizamos preguntas sobre la intervención del trabajo social sanitario, que podríamos las trabajadoras sociales hacer desde la perspectiva de los familiares y las personas diagnosticadas de enfermedad mental y que es lo que podríamos hacer nosotros mismos desde la perspectiva de las profesionales en este ámbito. La mayoría en su conjunto contestó información, es decir, falta prevención

a través del conocimiento, y destaco que todo empieza por las generaciones más jóvenes, de ahí que en el marco teórico se mencionara el Programa “hablemos” como parte de una actuación poco común que ha sido llevada a cabo y que ha surgido sus efectos.

Las diferentes trabajadoras sociales resaltan la limitación de recursos, se proponen acciones comunitarias y se sugieren la réplica de campañas de concienciación.

“Nosotras no tenemos todas las herramientas del mundo y a veces abarcamos más de lo que podemos, pero si las tuviéramos creo que podríamos ayudar poco a poco a quitar la estigmatización y el poco conocimiento de las enfermedades mentales” (TS 3.M)

“Informar a la población, dar a conocer la realidad de estas personas, creo que pasa todo por la poca formación que se tiene sobre estos temas, se podrían realizar charlas en centros cívicos, en institutos, en asociaciones donde nosotras participemos y contemos también esta realidad” (TS 2.M)

“Con campañas de información sensibilización para gente joven, pero más habituales, como las de tráfico, que son impactantes y captan a la población, lo que pasa es que nosotros desde este puesto de trabajo trabajamos de manera más especializada y sobre la problemática, entonces se nos hace complicado” (TS 1.M)

En cuanto a las posibles mejoras, se preguntó al grupo de familiares y pacientes donde la mayoría aporto una mejora para la intervención de la estigmatización dentro del trabajo social sanitario.

“Seguir con la visibilidad, trabajar mucho con las familias porque al final es donde más apoyo puede recibir la persona, porque se da mucho apoyo a la persona que sufre la enfermedad, pero a la familia no se le da absolutamente nada, ni pautas a seguir, ni información, entonces tienes que aprender con la vida y claro hasta que dan con una mediación buena pasa lo que pasa, pero información sobre todo” (F1.M)

“Una medida sería ponerse en el lugar de quien lo sufre y quien lo vive, de hecho, ojalá hubiera una máquina que simulara este sentimiento, además se debería tratar como una enfermedad normal como un catarro o una gastroenteritis” (F2.M)

“Se podría hacer más, pero ellos deben tener herramientas para poder hacer esa ayuda en la estigmatización, pero las limitaciones son los que son, pues es lo que hay” (F3.M)

La mayoría expuso su total satisfacción con los profesionales del trabajo social sanitario.

“Pues he de decir que te dije que sí a la entrevista porque estas estudiando trabajo social y siempre son la gente que me han ayudado, tanto cuando fui al CEAS, como luego, son las personas más empáticas” (F4.M)

“Y permíteme decirte que hacéis una labor ejemplar, que el trato hacia mí y hacia mi hija ha sido espectacular ya que por problemas de la vida no hemos sido muy afortunada en el tema económico y me he sentido muy apoyada por vosotras, os deberían dar muchísimo más reconocimiento” (F3.M)

A excepción de un familiar que presentó su descontento con especialmente los servicios sociales en general

“Con lo sociales nula y me hubiese encantado que a mi cuando estaba sufriendo maltrato físico y psicológico y mi madre igual, hubiese venido un trabajador social y me hubiese dicho hija vamos a separarte de esta persona, porque os están arruinando la vida, pero nadie lo hizo, y no entiendo porque por la puta protección de datos a mí no me dejan entrar en la consulta para ver si lo que mi padre dice es verdad o es mentira, entonces estoy también muy indignada, porque una persona con una enfermedad mental hasta qué punto es capaz de decir verdades y decir las cosas como son”(F1.M)

Por lo tanto, podríamos decir que la intervención del trabajo social sanitario es valorada de forma positiva para combatir la estigmatización, aunque esa limitación en los recursos y el poco reconocimiento institucional hace que nuestro trabajo no se desempeñe de la mejor manera posible. Podríamos decir que la información recogida apunta a primeramente una sensibilización temprana, acompañada de una correcta formación comunitaria y mejora del entorno social de estas personas como elementos claves de mejora. Esta estigmatización no solo debe producirse desde el ámbito profesional, sino un cambio más multidisciplinar que promuevan entornos seguros y libres de prejuicios.

El empoderamiento y la defensa del principio de autodeterminación que hemos mencionado en el marco teórico también es vital para la lucha contra esta estigmatización, ya que proporcionara a la persona la suficiente creencia en si misma hará que respete y sea respetado.

4.7 Previsión de futuro

A la pregunta de previsión del trabajo social en el futuro a las trabajadoras social hubo una unanimidad en las respuestas ya que contestaron que el futuro debe mejorar en muchos aspectos y tienen esas esperanzas.

“El trabajo social va a tener un futuro espero que, a mejor, con más gente en los puestos de trabajo y que estemos en más sitios” (TS3.M)

“Yo creo que la gente se va dando cuenta poco a poco de lo necesario que es el trabajo social, ya no solo para el caso de la estigmatización de las enfermedades mentales, si no para todo tipo de colectivos” (TS4.M)

“Pues alomejor más acompañamiento en el proceso al enfermo, a las familias, no tanta gestión de burocracia tipo prestaciones y con muchísimos más profesionales” (TS1.M)

“Quiero creer que vaya a mejor, yo creo que todo requiere una mayor especialización y así tiene que ser, aparte que hacen faltas más profesionales porque quien mucho abarca poco aprieta” (TS2.M)

La burocracia, la falta de recursos y de plazas estables para las trabajadoras sociales ofrecen que no podamos ni realizar un enfoque de los aspectos psicosociales, ni tampoco fomentar debidamente el trabajo en red, ya que todo lo anterior nos limita. Pero existe una esperanza de cambio y de ilusión en las nuevas generaciones, algo muy alentador.

5. CONCLUSIÓN

Alrededor de las entrevistas realizadas y los documentos revisados para la realización de este Trabajo de Fin de Grado, una conclusión innegable es que en un futuro sufriremos muchas más enfermedades mentales de las que ahora mismo están diagnosticadas, debido al nivel de vida que llevamos tan exigente y calculado. Gente joven enfermara más rápido pero no físicamente sino emocionalmente.

Hemos identificado los factores estigmatizadores, sus barreras y limitaciones más importantes a través de los testimonios de las personas entrevistadas, unificándolos en contextos que rodean su vida y esfera social.

También hemos analizado el papel preventivo del trabajo social sanitario, proporcionando los diferentes enfoques y actuaciones que se realizan y haciendo una crítica constructiva hacia el impedimento de la relación de este tipo de actuaciones preventivas. No poder seguir al paciente, gastar nuestra energía en hacer entender a los demás profesionales la necesidad de un enfoque en los aspectos psicosociales y no tener los suficientes recursos para mejorar el trabajo en red, todo esto hace que la estigmatización siga presente en toda manifestación de sus tipologías.

Al estudiar casos reales y perspectivas directas hemos podido conocer realmente como se sienten estas personas y hacer una valoración de cambio como profesionales y como personas que viven en esta sociedad. Conocer de cerca los sentimientos de estas personas nos ha hecho reflexionar con nosotros mismos y con aquellos que pensamos y decimos continuamente.

Valorar el grado de conocimiento de los profesionales que hemos entrevistado ha sido un golpe de aire fresco hacia la lucha contra la estigmatización, ya que la mayoría de ellas están concienciadas y entienden que estas personas no son como comúnmente se estipula. Esto nos da esperanzas en que se podrá revertir y que la estigmatización no sea un problema.

Los gobiernos, las instituciones, los medios de comunicación todos necesitamos un cambio, necesitamos despertar y darnos cuenta de la responsabilidad tan grande que tenemos, incluso nosotros mismos los jóvenes desde las redes sociales. Necesitamos no

juzgar y escuchar, porque detrás de cada persona con una enfermedad mental existen unos sueños, un nombre, una identidad, una persona con sus derechos que simplemente quiere vivir su vida en paz.

No se trata solo de intervenir y hacer gestiones sino transformar vidas, analizar miradas y ayudar a pasar un proceso de dolor y desconocimiento, pero también he comprobado que este trabajo se pierde en el olvido, donde a veces se pierde vocación por todos los problemas anteriormente mencionados, donde los gobiernos no tienen planteado ir ni dar más allá, aparte de dar un discurso el día de la salud mental.

Cuando se permita al trabajo social sanitario brillar, en medio de todo este jaleo y poder tener flexibilidad, poder ser más atentos con los pacientes, poder hacer proyectos que cambiaron mucho la vida de las personas, en ese momento nos daremos cuenta de lo vital que es cuidar el alma.

Se que es muy difícil entender una enfermedad mental porque esto no sangra, pero debemos de poner empeño entre todos en conseguir que se entienda y que la asignatura pendiente de este país no tenga que ver con la salud mental nunca más.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arnaiz, A y Uriarte, J.J. (2006). Estigma y Enfermedad Mental. *Norte de Salud Mental*, 26, 49-59. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4830167>
- Aretio, R. (2010). Una mirada al estigma de la enfermedad mental. *Cuadernos de Trabajo Social*, 23, 289-300.
<https://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/view/CUTS1010110289A>
- Aroca Fons, L., Arocas Estellés, A., Cebrián Luján, A., Maltés Blasco, L., Pasqual Zapater, M., Pérez Urios, C., Poveda Baños, M., Pradas Resina, R., Rel Casani, I., Rubio Jiménez, L., Senent Tobajas, M. C., Sevilla Hurtado, R., Sospedra Felip, D., Torres Martínez, A., & Zafra Márquez, M. E. (s. f.). Intervención del/la trabajador/a social en Unidades de Salud Mental [Documento institucional]. *Generalitat Valenciana*. https://www.san.gva.es/documents/d/assistencia-sanitaria/intervencion_del_tss_unidades_de_salud_mental
- Confederación Salud Mental. (2016). *30 años de la Reforma Psiquiátrica: "Una ley no lo arregla todo"*. Revista Encuentro. <https://consaludmental.org/sala-prensa/actualidad/reforma-psiquiatrica-revista-encuentro/>
- Consejo General de la Psicología en España. (2024). *La importancia del lenguaje para acabar con el estigma en salud mental*. INFOCOP. <https://www.infocop.es/la-importancia-del-lenguaje-para-acabar-con-el-estigma-en-salud-mental/?cn-reloaded=1>
- Consejo General de Trabajo Social. (2013). *La especialización en Ciencias de la Salud del Trabajo Social*.
<https://www.cgtrabajosocial.es/app/webroot/files/consejo/files/La%20especializaci%C3%B3n%20en%20Ciencias%20de%20la%20Salud%20del%20TS%202013.pdf>

Corrigan, P. W., Larson, J., y Kuwabara, S. A. (2004). Social psychology os the stigma of mental illnes: Public and self-stigma models. In *Social Psychological foundations of clinical psychology* (pp.51-68)- The Guilforf Press

CSIF. (2024). *Derrumbando estigmas de salud en ámbito laboral*. Universidad de Alicante. <https://web.ua.es/es/csif/pre-noticias-2024/derrumbando-estigmas-de-la-salud-mental-en-el-ambito-laboral.html>

De la Higuera, J., Jiménez González, A., Zurita Carrasco, M., Candelas Muñoz, A., Fuica Peregr, P., Martínez Fernandez-Repeto, E., Moreno Albert, S., Ortega Herreros, C. H. y Linares Cobacho, A. (2020). Estrategias para la reducción del stigma hacia la salud mental en el context escolar; estudio preliminar y pilotaje del programa Lo hablamos. *Psychology, Society & Education*, 12(3), 139-159.

<https://doi.org/10.25115/psye.v12i3.3458>

Europa Press. (2023). *El PSOE ve al PP en una “esquizofrenia” en busca de apoyos para la investidura*. Europa Press. <https://www.europapress.es/nacional/noticia-psoe-ve-pp-esquizofrenia-busca-apoyos-investidura-20230824120210.html>

Fedeafes. (2013). *La realidad del estigma social entre las personas con enfermedad mental en la CAPV*. Con salud Mental.
<https://consaludmental.org/publicaciones/EstudioEstigmaEnfermedadMentalEuskadi.pdf>

Feria Avila, H., Matilla Gonzalez, M y Mantecón Licea, S. (2020). La entrevista y la encuesta: ¿Métodos o técnicas de indagación empírica? Revista Didascalias, 8 (3), 62-79. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7692391.pdf>

Gaibar, L y Varea, P. (2021). *Generación de cristal, ¿por lo frágil o por lo transparente? El salto*. <https://www.elsaltodiario.com/salud-mental/generacion-cristal-fragil-transparente>

Garcés Trullenque. (2010). El Trabajo Social en salud mental. *Cuadernos de Trabajo Social*, 23, 333-352. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3406899>

Gil, H., Winter, M., León, P y Navarrete, E. (2016). *El estigma hacia las personas con enfermedad mental en profesionales sanitarios del hospital general*. Norte de

salud mental, 55 (14), 103-111.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5836868>

Goffman, E. (1963). *Estigma: La identidad Deteriorada*. Argentina: Amorrortu.

Hernández Martín, B. (2013). El trabajo en la intervención psicosocial con personas con Trastorno Mental Severo: Una reflexión sobre el papel de las familias.

Documentos de trabajo social: Revista de Trabajo Social y Acción Social, 52, 314-325. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4703400>

Instituto Nacional de Estadística. (2021). *La salud mental en la pandemia: lo que dicen las encuestas*. Cifras INE. Recuperado [30 de mayo de 2025] de https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INECifrasINE_C&cid=1259953225445&p=1254735116567&pagename=ProductosYServicios%2FINECifrasINE_C%2FPYSDetalleCifrasINE

Instituto Nacional de Estadística. (2022). *El empleo de las Personas con Discapacidad*. INE. https://www.ine.es/prensa/epd_2022.pdf

La Vanguardia. (2016). *Cadena perpetua para un esquizofrénico que apuñaló a dos hombres en Londres*. La Vanguardia. <https://www.lavanguardia.com/vida/20160801/403617208905/cadena-perpetua-para-un-esquizofrenico-que-apunalo-a-dos-hombres-en-londres.html>

Lázaro Gutiérrez, R. (2021). Entrevistas estructuradas, semiestructuradas y libres. Análisis de contenido. En Tejero González, J.M (Ed.), *Técnicas de investigación cualitativa en los ámbitos sanitarios y sociosanitario*. (pp. 65-85) C.I.D.I. <https://ruidera.uclm.es/server/api/core/bitstreams/fdf77886-6075-453a-b7cc-731232b56e77/content>

López A.N. (2023). *El libro de Microestigmas*. Catedra UCM-Grupo 5 Contra el Estigma. <https://www.contralestigma.com/download/el-libro-de-los-microestigmas/>

Martín- Crespo, M.C y Salamanca Castro, A.B. (2007). El muestreo en la investigación cualitativa. *Nurse Investigación*, 27, 1-4. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7779030>

Ministerio de Sanidad. (2020). Salud mental en datos: prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármaco y fármacos relacionados a partir de los registros clínicos de atención primaria.

https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinistro/SIAP/Salud_mental_datos.pdf

Ministerio de Sanidad. (2023). Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2023.

https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2023/INFORME_ANUAL_2023.pdf

Muñoz, M., Pérez- Santos, E., Crespo, M., Guillén, A.I y Izquierdo, S. (2011). La enfermedad mental en los medios de comunicación: Un estudio empírico en prensa escrita, radio y televisión. *Clínica y salud*, 22 (2), 157-173.

<https://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v22n2/v22n2a05.pdf>

Navarro, D. (2023). *Hay esperanza para las personas con Trastorno Bipolar*. Grupo 5.

Recuperado [25 de mayo de 2025] de <https://www.grupo5.net/esperanza-trastorno-bipolar/>

Organización Mundial de la Salud. (21 de enero de 2022). *Esquizofrenia (Notas Descriptivas)*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>

Organización Mundial de la Salud. (8 de julio de 2024). Trastorno Bipolar (Notas Descriptivas). <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/bipolar-disorder#:~:text=El%20trastorno%20bipolar%20es%20una,a%2040%20millones%20de%20personas.>

Osler, W. (2018). La especialización en Ciencias de la Salud del Trabajo Social. Consejo General del Trabajo Social.

<https://www.cgtrabajosocial.es/app/webroot/files/consejo/files/La%20especializaci%C3%B3n%20en%20Ciencias%20de%20la%20Salud%20del%20TS%202013.pdf>

Quiles, M.N.(1998). Estigmatización y marginación social de colectivos de jóvenes.

Xuventude: Retos e Esperanzas, 29-53. <http://hdl.handle.net/2183/10692>

Salaverry, O. (2012). La piedra de la locura: inicios históricos de la salud mental. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 29 (1), 143-148.
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342012000100022&lng=es&tlng=es

Salut Mental Comunitat Valenciana. (s.f.). *Un poco de historia*. Recuperado [23 de mayo de 2025] de <https://www.salutmentalcv.org/un-poco-de-historia/>

Sociedad Española de Neurología. (2024). *Día Mundial del Sueño 2024: un mal descanso se asocia a problemas de salud mental, emocional y física* [Comunicado de Prensa]. <https://www.sen.es/saladeprensa/pdf/Link435.pdf>

Siles, J. (2015). Historia de los cuidados de Salud Mental. En J.L Galiana (Ed.), *Enfermería Psiquiátrica*, (pp. 3-13). Elsevier España.
https://www.researchgate.net/publication/290946937_Historia_de_los_Cuidados_de_Salud_Mental

Viatris. (2019). *La salud mental y su percepción por la opinión pública española* (Estudio Demoscópico). Escucha tu mente. https://escuchatamente.com/wp-content/uploads/2019/05/Estudio_Viatris_La-Salud-Mental-y-su-Percepcion-por-la-Opinion-Publica-Espanola.pdf

