



Estudio

“Salud mental e inclusión social. Situación actual y recomendaciones contra el estigma”





Estudio

*“Salud mental e inclusión social.
Situación actual y recomendaciones
contra el estigma”*



Dirección, coordinación y distribución:



Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA: C/ Hernández Más, 20-24, 28053, Madrid; 91 507 92 48;
confederacion@consalumental.org; www.consalumental.org

Estudio elaborado por **RED2RED CONSULTORES** para la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA

Investigadoras:

Jimena Cazzaniga Pesenti

Anabel Suso Araico

Financiado por:



1ª edición: 2015

Depósito Legal: M-33256-2015



Licencia de contenidos Creative Commons: Reconocimiento – NoComercial (by-nc): Se permite la generación de obras derivadas siempre que no se haga un uso comercial. Tampoco se puede utilizar la obra original con finalidades comerciales.

INDICE

PRESENTACIÓN	7
AGRADECIMIENTOS	8
1. INTRODUCCIÓN	9
2. OBJETIVOS DEL ESTUDIO	11
3. METODOLOGÍA DEL ESTUDIO	13
3.1. <i>Revisión documental: análisis de fuentes secundarias</i>	13
3.1.1. Meta-análisis del estado del estigma social en el Estado español	13
3.1.2. Análisis documental de productos en torno al trastorno mental generados por las fuerzas de seguridad y el aparato judicial.....	14
3.2. <i>Entrevistas focalizadas a actores clave</i>	14
3.3. <i>Talleres de trabajo</i>	15
3.4. <i>Consulta on-line</i>	16
4. ESTADO DE SITUACIÓN DEL ESTIGMA DE LAS PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL EN DIVERSOS ÁMBITOS	17
4.1. <i>El trastorno mental a lo largo de la historia</i>	17
4.1.1. La locura en la época clásica y el nacimiento de la psiquiatría	17
4.1.2. Clasificación de los trastornos mentales.....	18
4.1.3. La <i>antipsiquiatría</i> y la desinstitutionalización	19
4.1.4. La reforma psiquiátrica española	20
4.2. <i>El estigma y las actitudes sociales</i>	21
4.2.1. Estigma y discriminación. Algunos conceptos básicos	21
4.2.2. El estigma asociado a las personas con trastorno mental	23
4.3. <i>La estigmatización de las personas con trastorno mental en España</i>	27
4.3.1. Estigmatización en el ámbito sanitario	27
4.3.2. Estigmatización en el ámbito educativo	35
4.3.3. Estigmatización en los medios de comunicación.....	41
4.3.4. Estigmatización en el ámbito de los servicios sociales y la red dispositivos de atención a la salud mental.....	48
4.3.5. Estigmatización en el ámbito del empleo.....	52
4.3.6. Estigmatización en el ámbito de las familias.....	59
4.3.7. Estigmatización desde el poder ejecutivo y legislativo	64
4.3.8. Estigmatización en el ámbito penitenciario	69
5. ESTIGMATIZACIÓN EN LOS ÁMBITOS POLICIAL Y JUDICIAL	76
6. CONCLUSIONES	97
6.1. <i>Por ámbitos</i>	97
6.1.1. ÁMBITO EDUCATIVO	97
6.1.2. ÁMBITO DE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN	97
6.1.3. ÁMBITO LABORAL	98
6.1.4. ÁMBITO DE LAS FAMILIAS	98
6.1.5. ÁMBITOS POLICIAL Y JUDICIAL	98
6.1.6. ÁMBITO PENITENCIARIO	99
6.1.7. ÁMBITOS EJECUTIVO Y LEGISLATIVO	99
6.1.8. ÁMBITO SANITARIO	99
6.1.9. ÁMBITO DE LOS SERVICIOS SOCIALES	100
6.2. <i>Reflexión final</i>	100
6.3. <i>La futura Estrategia de lucha contra el estigma</i>	101
7. BIBLIOGRAFÍA	102
7.1. <i>Recursos audiovisuales</i>	107
8. DIRECTORIO DE ENTIDADES AUTONÓMICAS MIEMBRO DE SALUD MENTAL ESPAÑA	109

PRESENTACIÓN

Este Estudio es un proyecto cuyo punto de partida son las **convicciones**. Por un lado, convicción de que el estigma es una de las **barreras invisibles** fundamentales –si no la más importante– que las personas con problemas de salud mental tienen que superar para lograr que su proceso de recuperación sea posible. Por otro, convicción de que **analizando qué es lo que ocurre** realmente y qué se percibe en torno al trastorno mental estaremos en mejor disposición de elaborar una Estrategia enfocada a la consecución de resultados que posibiliten acabar con todas aquellas situaciones que dificulten o, incluso impidan, la inclusión social de las personas con trastorno mental.

El compromiso de la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA en materia de **promoción de la salud mental y prevención de la exclusión** viene de lejos. Más de 30 años de vida y experiencia avalan nuestro empeño por conseguir que las personas con problemas de salud mental y sus seres queridos disfruten de una vida plena y de un bienestar en igualdad de condiciones y en base a las mismas oportunidades que cualquier ciudadano.

Además del camino que hemos recorrido a lo largo de estas tres décadas, esta Confederación estableció en su **Plan Estratégico 2012-2016** una línea concreta sobre “Incidencia social y política” para trabajar hacia la consecución de tres objetivos fundamentales para el movimiento asociativo al que representa SALUD MENTAL ESPAÑA a nivel estatal:

- 1- Reforzar el trabajo para el empoderamiento de las personas con trastorno mental, el reconocimiento de sus derechos y el modelo de intervención comunitaria.
- 2- **Promover la salud mental y la lucha contra el estigma**
- 3- Aumentar y fortalecer el liderazgo dentro del movimiento asociativo reunido en esta Confederación, reforzar las relaciones institucionales y la posición en el entorno

Sobre el segundo objetivo de la mencionada línea es donde pivota la elaboración de este Estudio, cuyo contenido nos permitirá disponer de una radiografía completa sobre las barreras, las actitudes y los factores causantes del estigma asociado al trastorno mental.

Creemos que el documento arroja mucha luz y será de gran ayuda y utilidad para las federaciones y asociaciones que forman este movimiento asociativo a la hora de mostrar y explicar a las organizaciones y personas con las que se relacionan cuáles son las implicaciones y elementos que rodean a las situaciones de posible discriminación y estigmatización de las personas con trastorno mental. El Estudio, por su carácter divulgativo, servirá también para que todas aquellas personas que así lo deseen puedan hacer una primera aproximación a la situación actual y a algunas de las recomendaciones que se han compendiado en materia de inclusión de las personas con problemas de salud mental.

Y, por último, creemos, humildemente, que marcará un punto de inflexión (y reflexión) en dos ámbitos, a nuestro parecer, novedosos: el policial y judicial.

Esperamos que el Estudio llegue muy lejos y, sobre todo, que pueda ser una fuente de divulgación de conocimiento y facilite la generación de mecanismos para la construcción colectiva de una sociedad más justa, plural e inclusiva.

José M^a Sánchez Monge

Presidente de Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA

AGRADECIMIENTOS

“...Todos somos un poco Sancho y un poco Quijote pero no hay que pasarse en ser Sancho ni en ser Quijote: no se puede pelear siempre como Don Quijote, ni ser tan pragmático y tan práctico y tan realista como Sancho (...). Todos los enfermos mentales somos un poco eso (...), como se da en la sociedad también”.

(Persona con trastorno mental).

Agradecemos enormemente a todas las personas que muy amablemente nos han ofrecido su tiempo, su experiencia y sus reflexiones para poder sacar adelante este proyecto.

Tanto a los dos **fiscales** comprometidos con la justicia, la libertad y la igualdad, que nos mostraron las fallas de un sistema judicial que, entre otras cosas, cuenta con algunos procedimientos y prácticas que están basados en el prejuicio hacia el trastorno mental cuyas consecuencias se convierten en barreras a veces insalvables para algunas personas; como a las **expertas y expertos del Comité Jurídico** de la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA que nos enseñaron, mediante ejemplos muy claros, en qué se materializan esas barreras: vicisitudes e injusticias que las personas con trastorno mental y sus familiares viven día tras día. También a los **miembros de la policía en activo** que nos relataron sus experiencias así como al **Gabinete Psicológico de la Policía Municipal de Madrid** que nos transmitió su ilusión por trabajar en la formación de cada agente de modo que no se genere mayor estigma en las intervenciones con las personas con trastorno mental y confiamos en que esto se pueda materializar con el apoyo de la Confederación.

Por supuesto estamos muy agradecidas a todas las personas que forman parte de la **Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA**. Desde el personal técnico que nos ha mostrado su trabajo y apoyado en la generación de la estrategia como a la Comisión Permanente de la cual hemos aprendido todo el esfuerzo que genera esta lucha así como el camino que queda por recorrer, siempre con una sonrisa y con mucha fuerza.

En último lugar, pero no por ello menos importante sino más bien todo lo contrario, queremos agradecer muy especialmente **a todas las personas afectadas por trastornos mentales** que nos han hecho partícipes de “un trocito de sus vidas”. A José Luis, a Àngels, a Vicente, a Elena...solamente por citar algunos nombres, pero queremos decir “gracias” a todas y cada una de estas personas. Sin el contacto con ellas no habiéramos llegado a comprender hasta qué punto nosotras mismas contábamos con prejuicios y estereotipos que se han diluido poco a poco gracias al tiempo que hemos pasado juntos. De ellas también hemos aprendido lo injusta que es una sociedad que discrimina, que genera líneas rojas entre “ellas” y “nosotras” y la necesidad de cuestionarnos y mirarnos muy adentro día a día para no reproducirlas.

Finalmente, este trabajo nos ha enseñado que la **lucha para que las personas con trastorno mental sean consideradas ciudadanas de pleno derecho** no es exclusivamente de ellas, sino de toda la sociedad. La defensa de una sociedad democrática, abierta, igualitaria e inclusiva es una tarea de toda la ciudadanía: **todas las personas hemos de ser un poco Quijotes para que más temprano que tarde este deseo se convierta en una realidad.**

1. INTRODUCCIÓN

Si bien es abundante la producción de estudios parciales sobre la generación del estigma de las personas con enfermedad mental en España, son escasos los estudios que ofrecen un **panorama integral** de la producción y generación del mismo en todos los ámbitos de nuestra sociedad, yendo a su origen, pasando por sus manifestaciones e impacto y recorriendo las medidas puestas en marcha, así como las lagunas de actuación. Precisamente este es el objetivo con el que la Confederación Salud Mental encarga este estudio.

Esta investigación se enmarca en el Objetivo Estratégico 6: *Promover la Salud Mental y lucha contra el estigma*, de la línea estratégica 3: *Incidencia Social y Política* de su **Plan Estratégico 2012-2016**.

En el análisis previo a la realización de este estudio se pudo constatar que el estigma de las personas con enfermedad mental **había sido ampliamente estudiado**. Así, ámbitos como el educativo, el laboral o el de los medios de comunicación han sido objeto de análisis a través de diversas publicaciones que, ya sea mediante metodología cuantitativa o cualitativa, han arrojado interesantes conclusiones en relación con el estigma que arrastran las personas con trastorno mental. El estigma que se produce en el ámbito sanitario, el de servicios sociales o el relativo a las familias de las personas con enfermedad mental han sido también objeto de varias publicaciones así como el autoestigma que los protagonistas de cada uno de estos ámbitos padece por el mero hecho de estar en “contacto” con personas con enfermedad mental. Sin embargo, **otros ámbitos** como el legislativo y el poder ejecutivo o el que hace referencia a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad o al aparato judicial, **han sido menos analizados y estudiados** desde el punto de vista de la generación del estigma social.

Desde un enfoque basado en los derechos de ciudadanía, **la interacción de la ciudadanía con las fuerzas y cuerpos de seguridad del Estado forma parte de la vida cotidiana**: desde las multas de tráfico hasta la interposición de cualquier tipo de denuncia. Además, se trata de un cuerpo público que, de forma opaca puede ejercer abuso de su autoridad ante el que, a menudo, la ciudadanía se siente en situación de vulnerabilidad. En este sentido, una cuestión sobre la que apenas se dispone de información y que resulta fundamental llegar a comprender es en qué medida los **prejuicios en relación con las personas con enfermedad mental** presentes en la sociedad **son compartidos por la policía y los cuerpos de seguridad** llegando a incitar situaciones discriminatorias en el ejercicio de su función pública.

Así mismo, se plantea necesario conocer en qué medida el estigma social es perpetuado por quienes realizan su labor en el ámbito de un **servicio público fundamental como es el acceso a la justicia** (ya sean jueces y juezas o fiscales), ante quienes la ciudadanía se encuentra en una situación de “inferioridad” notoria. Lo que en este estudio se ha perseguido es detectar si existen situaciones en las que estas figuras que tienen una función pública se dejan llevar por los prejuicios sociales asociados al trastorno mental y si esto se traduce en la **inducción de situaciones de discriminación**. Conocer si esto se produce, cuál es el grado de sistematicidad de estas prácticas así como las medidas implementadas para su erradicación, resulta de vital importancia en el **“mapeo” de la situación actual del estigma social de las personas con enfermedad mental** en el Estado español.

Teniendo en cuenta este escenario de partida en el que muchos de los ámbitos de actuación se han estudiado ya de manera prolija desde diversos puntos de vista y por diversos agentes especializados en la materia, se opta en este análisis integral por la realización de un **meta-análisis a partir de fuentes secundarias**, que permita recoger los principales hallazgos respecto a la generación del estigma y la promoción de la salud mental en estos ámbitos. Por otro lado, ante la

menor producción de información en el terreno policial y judicial, se opta por profundizar en estos espacios a través de un análisis específico que llevan a realizar trabajo de campo con los diversos agentes relevantes para profundizar en la materia, tal y como se detalla en el apartado metodológico.

Como todo proceso de investigación dirigido a una planificación estratégica, este se ha desarrollado con un marcado **componente participativo**, especialmente en lo relativo a la realización del diagnóstico del ámbito policial y judicial, interpelando a todos los componentes del movimiento asociativo de la Confederación, buscando un diagnóstico y una serie de propuestas compartidas, situando en el centro del debate y la reflexión conjunta la erradicación del estigma de las personas con trastornos mentales.

El estudio se ha **estructurado en varios capítulos**, que recogen, en primer lugar, los objetivos y el proceso metodológico desarrollado; a continuación se plantea el capítulo del meta-análisis a partir de fuentes secundarias de los diversos ámbitos de intervención, y de manera separada se desarrolla el capítulo relativo al ámbito judicial y policial, que incluye además de las fuentes secundarias el prolijo análisis de la información derivada del trabajo de campo desarrollado.

El esquema que se genera para el análisis en cada uno de los ámbitos es el mismo: se parte de las **percepciones y los estereotipos existentes**, se avanza en el análisis de los **factores causantes** o generadores del estigma, se **definen las barreras** a las que se enfrentan las personas con enfermedad mental como resultado del mismo, **se analizan algunas de las medidas puestas en marcha** para erradicar el estigma, y se explicitan las **lagunas informativas existentes** en cada uno de los ámbitos.

Por último, a modo de **conclusiones** se muestran para cada uno de los ámbitos estudiados los principales elementos que pueden estar propiciando especialmente situaciones de discriminación y estigmatización y que se convierten en elementos y factores clave a abordar para lograr la inclusión social.

2. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

El presente estudio cuenta con un objetivo general que será desglosado en diversos objetivos específicos, los cuales a su vez se dividen en sub-objetivos.

El **OBJETIVO GENERAL** de esta investigación es el **desarrollo de una batería de propuestas ordenadas y jerarquizadas** que sirva para elaborar una **Estrategia estatal de lucha contra el estigma** y de la promoción de la salud mental por parte de la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA.

Este objetivo general se concreta en diversos **OBJETIVOS ESPECÍFICOS** que estructuran el desarrollo del estudio:

- 1) Conocer el estado de **situación del estigma de las personas con trastorno mental** mediante un **meta-análisis diagnóstico de fuentes secundarias** con relación a la situación en el Estado español, con respecto a los siguientes ámbitos:
 - a. El sistema sanitario.
 - b. El sistema educativo.
 - c. El ámbito de los servicios sociales y la red de dispositivos de atención a la salud mental.
 - d. Los medios de comunicación.
 - e. El ámbito laboral.
 - f. El poder ejecutivo y legislativo.
 - g. Las familias de las personas con trastorno mental.
 - h. El ámbito penitenciario.

- 2) Conocer **específicamente la situación del estigma** hacia las personas con problemas de salud mental **en el ámbito de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado** (en adelante FCS) así como el **aparato judicial**.
 - ▶ Conocer las **percepciones y actitudes** de los principales agentes involucrados en esta materia como son los/as agentes de los cuerpos y fuerzas de seguridad del Estado (policía nacional, autonómica, local y guardia civil), los jueces y juezas y la representación de la fiscalía del Estado, entre otros.
 - ▶ Conocer las **principales barreras y obstáculos derivados del** estigma social que arrastran las personas con trastorno mental en la interacción con las FCS y el aparato judicial.
 - ▶ Conocer **el grado de implementación de medidas** puestas en marcha para derribar las barreras derivadas del estigma social que arrastran las personas con trastorno mental.
 - ▶ Avanzar en la **detección de recomendaciones de actuaciones** en estos ámbitos que puedan servir para dar cuerpo al futuro Plan de erradicación del estigma que apoye

empíricamente las acciones de incidencia política de la Confederación en estos contextos.

- 3) Se ha prestado especial atención, de modo transversal durante todo el estudio, a la **estigmatización o discriminación múltiple** que puedan estar experimentando ciertos colectivos (mujeres, LGTB¹, personas de origen extranjero, etc.).
- 4) Identificar y analizar las **principales recomendaciones** relativas a los diferentes ámbitos de actuación, para la erradicación del estigma social hacia las personas con trastorno mental y la promoción de la salud mental en España.

De manera transversal y como consecuencia de la consecución de estos objetivos se ha generado una serie de **datos fiables y contrastados** que, sin duda, serán de utilidad para la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA en su propósito de:

- ▶ Influir en la opinión pública (medios de comunicación y sectores clave).
- ▶ Convencer a partir de la información de sus estudios.
- ▶ Desarrollar proyectos y actividades específicas según los públicos diana identificados.
- ▶ Reivindicar el cumplimiento de la legislación vigente y reclamar nuevas medidas.

¹ Lesbianas, gays, transexuales y bisexuales.

3. METODOLOGÍA DEL ESTUDIO

En función de los objetivos planteados y con la finalidad de alcanzarlos, en la presente investigación se ha desarrollado una metodología basada en la combinación de técnicas de investigación eminentemente cualitativas y de carácter participativo. A continuación se presenta cada una de las técnicas implementadas así como las principales dimensiones de análisis.

3.1. Revisión documental: análisis de fuentes secundarias

3.1.1. Meta-análisis del estado del estigma social en el Estado español

Se ha realizado una revisión de los principales estudios sobre el estigma asociado a las personas con trastorno mental para satisfacer el primer objetivo de la presente propuesta, esto es, realizar un **meta-análisis diagnóstico** que aporte las principales claves para comprender **la situación de estigma** que experimentan las personas con trastorno mental en el Estado español, **en los siguientes ámbitos**:

- ▶ El sistema sanitario.
- ▶ El sistema educativo.
- ▶ El ámbito de los servicios sociales y la red de dispositivos de atención a la salud mental.
- ▶ Los medios de comunicación.
- ▶ El ámbito laboral.
- ▶ El poder ejecutivo y legislativo.
- ▶ Las familias de las personas con trastorno mental.
- ▶ El ámbito penitenciario.

Este meta-análisis se ha llevado a cabo a partir de un **trabajo de gabinete** concentrado en una revisión documental de las principales investigaciones, fundamentalmente españolas en materia de análisis del estigma y la discriminación de las personas con problemas de salud mental, así como documentos oficiales como la Estrategia Nacional en Salud Mental, protocolos sanitarios de actuación de diversas comunidades autónomas, documentos jurídicos, artículos científicos especializados, etc. En total, se ha realizado un **análisis documental** para la sistematización y ordenación de la información proporcionada por **alrededor de 70 textos así como material audiovisual relevante**². Este trabajo nos ha permitido delinear un mapa completo de los temas, contenidos y áreas de interés y la forma y método de abordaje de la cuestión.

Dicho meta-análisis nos ha permitido conocer qué se ha estudiado, quién lo ha hecho, con qué metodología de investigación y fundamentalmente qué resultados se han obtenido en torno al diagnóstico del estigma en cada uno de los ámbitos estudiados y qué recomendaciones se han definido para superarlos. Asimismo, este análisis ha contribuido a conocer el panorama de algunas lagunas adicionales de información y algunas de las tendencias de estudio necesarias en el medio plazo.

² Debidamente referenciados en la Bibliografía de este documento.

3.1.2. Análisis documental de productos en torno al trastorno mental generados por las fuerzas de seguridad y el aparato judicial

Al objeto de aproximarnos a conocer de qué manera las FCS y el aparato judicial reproducen el estigma social asociado a las personas con trastorno mental así como las estrategias que llevan a cabo para erradicarlo, se ha realizado de una forma somera y sin ánimo de exhaustividad, una revisión documental de diversos “productos” de las FCS y la judicatura (documentos internos así como productos comunicativos externos).

En tal sentido, se han analizado:

- ▶ Algunas entradas en las **páginas web y redes sociales de las principales FCS** en el Estado español, al objeto de “tomar el pulso” de cuál es la comunicación de cara al exterior que estos cuerpos realizan sobre el trastorno mental.
- ▶ **Documentos relevantes de las FCS** como son materiales educativos y divulgativos, así como:
 - **Protocolos de actuación** en el traslado de personas con trastorno mental en los que las FCS han participado activamente.
 - **Pautas para el tratamiento de situaciones de emergencia** con personas con trastorno mental, etc.
 - **Documentación didáctica y divulgativa** acerca de la intervención con personas con trastorno mental.
- ▶ **Documentos relevantes** existentes **en el ámbito de la judicatura** que tienen relación con las garantías judiciales de ciertas prácticas comunes que afectan a las personas con trastorno mental al igual que la principal legislación del ordenamiento jurídico español que, en este sentido, afecta a las personas con problemas de salud mental. Adicionalmente se ha revisado la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad sobre las personas con discapacidad así como protocolos internacionales de actuación en estos ámbitos.

3.2. Entrevistas focalizadas a actores clave

Con la finalidad de cumplir el segundo objetivo de la presente propuesta de investigación, se han llevado a cabo una serie de entrevistas focalizadas a actores clave que nos han permitido, por un lado, conocer las **percepciones y actitudes** de las y los agentes involucrados en esta materia, y, por otro, descubrir las **principales barreras y obstáculos derivados del estigma** social que arrastran las personas con trastorno mental en la interacción con las fuerzas y cuerpos de seguridad del Estado y el aparato judicial.

Para ello se ha seleccionado una serie de **INFORMANTES CLAVE** especializados en el trastorno mental y la relación con la justicia y las FCS de modo que contribuyeran a generar debate y obtener información de calidad sobre lo que está sucediendo en la realidad.

En este sentido, se han realizado un total de **ocho entrevistas individuales** a los **principales perfiles** de actores clave que se detallan a continuación:

- ▶ Una **persona con trastorno mental** perteneciente a una asociación formada por personas con problemas de salud mental.
- ▶ Un agente de la Policía Municipal de Madrid.
- ▶ Un agente de la Policía Nacional.

- ▶ **Fiscal** con más de 20 años de experiencia en Salud Mental.
- ▶ **Fiscal** del Tribunal Supremo especialista en Discapacidad.
- ▶ Un **abogado de oficio** en activo.
- ▶ Un **cargo técnico en una entidad de la Confederación** de una comunidad en la que existe un protocolo de traslados e ingresos de personas con trastorno mental.
- ▶ Una **experta jurídica** del entorno de la Confederación que **realiza atención y asesoramiento jurídico** a personas con trastorno mental y sus familiares.

Adicionalmente, se han realizado **dos entrevistas grupales** con profesionales con una larga experiencia en diversos ámbitos:

- ▶ Por un lado, **dos personas formadoras de la policía** que integran el **Gabinete Psicológico** de la Policía Municipal de Madrid.
- ▶ Por otro lado, nueve **expertos y expertas jurídicas** que trabajan diariamente en la atención y asesoramiento a personas con trastorno mental y sus familiares.

Se ha buscado, a la hora de contar con estos perfiles, una **combinación de personas expertas** en el mundo de las fuerzas y cuerpos de seguridad y el aparato judicial, así como de **personas del movimiento asociativo** del trastorno mental que conozcan de cerca la situación. Además, la contribución de una **persona con trastorno mental** perteneciente al mundo asociativo “en primera persona” ha sido clave para comprender, desde la voz de alguien que ha experimentado el estigma en su propia vida, las consecuencias del mismo así como las barreras sociales que genera.

Las entrevistas han tenido una duración de entorno a los **60 minutos** de tiempo y se han realizado tanto de **manera presencial** como **telefónica**, en los casos en que ha sido necesario.

3.3. Talleres de trabajo

El objetivo de estas reuniones denominadas **talleres de trabajo** con personas que integran la Confederación, ha sido la **elaboración final de una batería de medidas jerarquizada y ordenada de lucha contra el estigma**. Para ello se ha propiciado, a partir de una serie de pautas participativas, el **debate crítico** de la situación del estigma social al que se enfrenta este colectivo de personas con enfermedad mental (a partir del meta-análisis realizado tras la revisión documental y el conocimiento experto de las propias personas que participaron), así como una **revisión de recomendaciones y medidas** posibles que fueran, finalmente, a repercutir en la elaboración de propuestas concretas que den pie a la redacción de una estrategia articulada de lucha contra el estigma y de promoción de la salud mental.

Las y los **participantes en los talleres** han estado vinculados de manera muy directa con el movimiento asociativo y el trabajo de la Confederación:

- **Taller de personas con trastorno mental:** compuesto por representantes de diferentes federaciones autonómicas y asociaciones uniprovinciales miembros de la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA.
- **Taller de familiares:** participaron en este taller representantes de la Comisión Permanente como familiares de personas con trastorno mental.

La **dinámica de trabajo** que ha orientado los talleres ha sido muy participativa:

- ▶ Entre una y dos semanas antes de la realización de los talleres, se ha enviado a cada participante un **documento de trabajo previo**. En tal documento se presentaban los temas fundamentales sobre los que versarían las sesiones así como los objetivos de las mismas. A través de esta estrategia se ha propiciado que las y los participantes acudan a las sesiones con una cierta reflexión previa en torno a una serie de medidas posibles que habrían de ser consensuadas.
- ▶ El desarrollo de las sesiones de trabajo estuvo **conducido** por dos miembros del equipo de Red2Red Consultores.
- ▶ En un primer momento, las y los participantes estaban llamados a **plantear y debatir** el diagnóstico realizado en torno al estigma existente en diversos ámbitos
- ▶ En un segundo momento, se entra a **valorar una serie de propuestas de medidas** en la lucha contra el estigma que previamente han elaborado y se realizarán nuevas propuestas que contribuyan a conformar la base del Plan.
- ▶ Finalmente se ha analizado a nivel interno la **viabilidad de las medidas propuestas**, y/o se han realizado propuestas adicionales, priorizando y jerarquizando las mismas conforme a **criterios estratégicos relativos a la eficacia, visibilidad, urgencia, etc.**

Los **talleres de trabajo** han sido planteados como una técnica de recogida de información dirigida y participativa y han tenido una duración aproximada de entre dos horas y media.

3.4. Consulta *on-line*

Como técnica adicional y debido a la dispersión geográfica de las diversas entidades de la Confederación, se ha llevado a cabo una consulta *on-line* para contar con la participación de quienes pertenecen a la **Comisión de gerentes y coordinadores/as técnicos federativos**. Es decir, las y los técnicos representantes de las federaciones autonómicas y asociaciones uniprovinciales miembros de la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA.

Para la implementación de esta técnica se ha preparado un **documento similar a un cuestionario** en el que se ha facilitado, por ámbito de actuación, **una serie de prioridades** (extraídas del diagnóstico elaborado) que sirven como “justificación” de las medidas que se proponen para cada ámbito. En tal documento se contaba con **una serie de medidas y sub-medidas** (recogidas a partir de la revisión documental como de las entrevistas y talleres) que debían ser priorizadas por parte de los y las gerentes y técnicos. Además, se les animaba a aportar medidas o sub-medidas nuevas, así como observaciones generales que contribuyeran a la generación del Plan final.

Esta técnica nos ha permitido dotar de un **alcance nacional** a las contribuciones al Plan ya que se ha podido contar con representantes de prácticamente todas las CC.AA. y las ciudades autónomas.

4. ESTADO DE SITUACIÓN DEL ESTIGMA DE LAS PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL EN DIVERSOS ÁMBITOS

4.1. El trastorno mental a lo largo de la historia

4.1.1. La locura en la época clásica y el nacimiento de la psiquiatría

Han existido diversas concepciones y discursos en torno a la locura a lo largo de la historia. Conocer su evolución a lo largo del tiempo aportará claves para comprender las raíces históricas del estigma asociado a la locura y la enfermedad mental en la cultura occidental. Para ello conviene hacerse eco del trabajo del filósofo, psicólogo y teórico social francés **Michel Foucault**, quien desarrolló en su obra *Historia de la locura en la época clásica* (1961), un extenso análisis en el que pone de manifiesto las diferentes concepciones de la locura desde la época del Renacimiento hasta la constitución de la psiquiatría en el siglo XIX. Desde el surgimiento de la renacentista “*nave de los locos*”, una barca en la que éstos son expulsados de las ciudades y acaban vagando a la deriva por los ríos europeos, pasando por el **Gran Encierro** de los siglos XVII y XVIII, en que a “locos”, desempleados, mendigos, ladrones, etc. se les recluía en internados y Hospitales (que en aquel momento carecen aún de intención curativa); hasta el **nacimiento**, a inicios del XIX, **de la psiquiatría**, desde postulados de pretendida objetividad que, sin embargo, ocultan un sustrato moral de base, según el análisis genealógico³ de Foucault.

Durante la época clásica la **imagen social de los “locos”**, recogida en la literatura y productos culturales, **fue cambiando**. Según el pensador francés, parece haber existido un pasado en que los “locos” formaban, en mayor o menor medida, parte de la sociedad, pero con el paso del tiempo la práctica del encierro y la reclusión originados por el miedo se vuelve más frecuente. Si durante el Renacimiento eran una especie de figura satírica presuntuosa y castigada por su exceso de pasión, al tiempo que vivían un mundo lleno de ilusiones, poco a poco pasan a ser definidos con relación a la pobreza, la incapacidad para trabajar⁴ y la falta de ética, siendo su encierro fundamentado en la razón y la moral del momento. Se inicia un proceso en el que **la locura empieza a ser silenciada y marcada** (aún no como una enfermedad) **por la moral cristiana**, pasando los “locos” a ser concebidos como animales, como **no humanos** que deben ser domados por su exceso de libertad (que es lo que les ha llevado a la locura) a través de latigazos y palizas. Su experiencia serviría para adoctrinar al resto: se mostraba a la sociedad adónde llevaba la inmoralidad. La razón, a partir de la moral cristiana, marca los límites de lo “razonable” y todo aquello no racional es considerado locura y queda fuera, es excluido socialmente. **En el XIX la locura es definida como la falta de moral** y que se produce debido a un exceso de libertad, de sentimiento religioso o de estudio. Es decir, **el origen de la locura se enmarca dentro de la vida social** y las relaciones sociales, ya no se trata de algo “no humano”, sino que es una posibilidad emergente en el medio social.

Con el **nacimiento de la psiquiatría en el siglo XIX** la locura se individualiza cada vez más. Es decir, los “locos” ya no se asimilan con los desempleados, ladrones, etc. Mientras se establecen medidas que evitan **el confinamiento prolongado** de criminales o mendigos, el encierro **de los “locos”** (conceptualizados como “malos espíritus”) **se mantiene para evitar el “contagio”** de la locura. Los tratamientos psiquiátricos de los médicos Tuke o Pinel están fundamentados en el miedo: se

³ La genealogía es una técnica histórica que cuestiona el origen de creencias sociales compartidas, mostrando cómo éstas emergen como producto de relaciones de fuerza determinadas.

⁴ Resulta muy interesante el análisis de Foucault sobre el papel de manicomios y hospitales, centros de “reclusión” de locos y enfermos, ambos incapacitados para trabajar en el seno de una sociedad productiva.

fomenta que los “locos” sientan **miedo** de sí mismos, **culpa** por lo que les pasa, así como **vergüenza** y **arrepentimiento** a través de diversos métodos. La Psiquiatría de aquella época se convertiría, según Foucault, en una institución de poder que, a través de mecanismos objetivo-científicos legitima la reclusión y, haciendo las veces de administradora de justicia, busca el arrepentimiento y la dominación de la persona enferma⁵.

Bajo la influencia positivista del **siglo XX** se va forjando un **concepto nuevo de enfermedad mental** de **tintes más biologicistas**. En esta época se otorga una mayor relevancia a la observación clínica del trastorno mental así como a su supuesto origen biológico o genético, siendo relegado el relato de los síntomas que experimenta la persona enferma a un segundo plano: se incardina entonces la **psiquiatría como especialidad médica** (hasta ese momento había gozado de entidad propia). Los doctores Kraepelin y Bleuler introducen por primera vez los términos de psicosis maníaco-depresiva y esquizofrenia, respectivamente. Paralelamente surgen en esta época las **teorías psicoanalíticas** del neurólogo austriaco Sigmund Freud, que conceden un mayor protagonismo a los síntomas del enfermo como vía para la comprensión de su experiencia y como medio terapéutico, si bien se dedicaba fundamentalmente al tratamiento de la neurosis y la histeria, común entre la clase burguesa de la época. En definitiva, si bien la teoría psicoanalítica aporta elementos interesantes para la comprensión de la estructura de la psique humana desde un enfoque culturalista, lo cierto es que la **psiquiatría clínica** trata los trastornos mentales graves a través de **terapias puramente orgánicas**, hoy clasificadas como bárbaras, como la **lobotomía** (cirugía en la que se secciona una o varias conexiones nerviosas de un lóbulo cerebral), practicada legalmente por última vez en 1967. Este tipo de terapias serán sustituidas, con el paso del tiempo, por tratamientos farmacológicos menos agresivos.

4.1.2. Clasificación de los trastornos mentales

En 1952 se publica el primer *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM I) de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, en sus siglas en inglés), que actualmente cuenta con su quinta edición (DSM V). Este manual, en el que se categorizan las enfermedades mentales, conocido como la *biblia de la psiquiatría*, surge de la necesidad de establecer una clasificación consensuada de las enfermedades mentales, si bien no está exento de controversia y crítica en cada una de sus ediciones. Paralelamente, la Organización Mundial de la Salud (OMS) edita cada cierto tiempo el *Manual de Clasificación Internacional de las Enfermedades* (CIE, en sus siglas en español), que se encuentra ya en su décima edición y que cuenta con un apartado relativo exclusivamente a las enfermedades mentales y de comportamiento.

El DSM es asumido por las y los profesionales tanto de la psicología clínica como de la psiquiatría; entre los **trastornos mentales** hacen referencia a: la esquizofrenia y los trastornos psicóticos, los trastornos del ánimo (maníaco-depresivo, depresivo o bipolar), los trastornos de ansiedad, de conducta alimentaria (anorexia y bulimia nerviosas fundamentalmente), así como los trastornos de la personalidad (el trastorno límite de la personalidad o el trastorno obsesivo compulsivo son algunos de los más conocidos). Los trastornos ligados a la conducta sexual han sido los que han acaparado mayor polémica. De hecho, hasta 1973 el DSM IV recogía la **homosexualidad como trastorno mental** así como la **transexualidad**, eliminada del Manual en su última edición (de 2013), debido a la fuerte presión social⁶. El Manual de la OMS sin embargo no eliminó la homosexualidad hasta el 17 de mayo de 1990, fecha considerada como el **Día Internacional contra la Homofobia y la**

⁵ El sociólogo español Javier Sáez realiza una interesante síntesis de *Historia de la locura en la época clásica* de Foucault en su web Hartza.com.

⁶ La disforia de género (es decir, la no identificación de las personas con su sexo biológico ya que se contradice con su identidad de género), sin embargo, continúa existiendo como trastorno a pesar de las diversas campañas de despatologización de las identidades trans puestas en marcha. Para más información acceder a: <http://stp2012.info/old/es>.

Transfobia. En este sentido, se puede observar la vertiente construccionista de ciertos trastornos mentales así como la posibilidad de despatologización, a través del empoderamiento de los colectivos y la protesta social, de ciertos comportamientos humanos.

4.1.3. La antipsiquiatría y la desinstitucionalización

A partir de los años 60 del siglo XX se inicia una corriente de pensamiento que tiene un cierto “aire de familia” con la *Historia de la locura en la época clásica* (1961) de Foucault (Pastor y Ovejero, 2009) que será denominada como la “antipsiquiatría”, término acuñado por el psiquiatra inglés David Cooper en 1967. El movimiento de la antipsiquiatría, que comienza en el Reino Unido con David Cooper y Roland Laing, nace como una **crítica a la razón psiquiátrica**, un cuestionamiento de su pretendida objetividad científica, que promueve el cierre de los manicomios, llegando a afirmar la inexistencia de la “enfermedad mental”. Esto último es lo que sostiene otro de los referentes de esta corriente teórica, el psiquiatra de origen húngaro exiliado en Estados Unidos Tomas Szasz. En su texto *El mito del trastorno mental*⁷, este autor reduce el diagnóstico del trastorno mental a un “mito” o creencia, ya que al no considerarse la mente como cualquier otro órgano anatómico (como el hígado o el corazón), no existe la posibilidad de que ésta enferme. Por el contrario, lo que sí existe es una pluralidad de conductas humanas, algunas categorizadas socialmente como normales y otras como anormales, que, en todo caso, nunca deberían ser objeto de patologización. Según Szasz el diagnóstico de la “locura” en nuestras sociedades ha venido a sustituir al de la “posesión” de otros tiempos, así como el discurso científico-psiquiátrico vendría a sustituir el de la religión. La psiquiatría, según él, se constituye como una nueva inquisición: el Estado contemporáneo persigue enfermos mentales en lugar de brujas o herejes (Vasquez, 2011).

Tal y como lo explica el reconocido psiquiatra español Manuel Desviat (Desviat, 2006) es en la obra de Laing y Cooper donde se encuentra la verdadera esencia de la antipsiquiatría como movimiento teórico-práctico que va más allá de la comunidad terapéutica y las meras reclamaciones de desinstitucionalización y reforma psiquiátrica. Según ellos, el trastorno mental debe entenderse como **un viaje**, una experiencia vital por la que ciertas personas transitan, en la que el papel del terapeuta es el de un acompañante. En 1965 y basados en estas ideas, fundan la **Philadelphia Association** y crean una serie de *casas antipsiquiátricas* en las que conviven con personas con esquizofrenia, acompañándoles en una suerte de “renacimiento” del “yo auténtico” a partir de la inmersión en los delirios psicóticos que éstos experimentan. Una de las casas más famosas fue Kingsey Hall, convertida en punto de encuentro de la vanguardia artística contracultural inglesa de los sesenta. Allí se reunían sociólogos, artistas, poetas, etc., que sublimaban el delirio como creación lírica, al tiempo que denunciaban la alienación de la sociedad contemporánea.

En cierto sentido, la antipsiquiatría inglesa se convirtió en un **movimiento contracultural** que actuó como revulsivo ante la institucionalización y marginación de las personas con trastorno mental así como elemento cuestionador de la idea de razón, ensanchando los límites entre ésta y la locura, más que como un nuevo modelo terapéutico. No debemos olvidar que este movimiento adquirió estos tintes vanguardistas en el Reino Unido, donde existía un Estado del Bienestar muy desarrollado, mientras que en experiencias como la de la Psiquiatría Democrática italiana, los movimientos comunitarios norteamericanos o el propio caso de España, el objetivo fundamental estaba más centrado en el cierre de manicomios y la puesta en marcha de sistemas asistenciales de índole más comunitaria; cada uno con sus peculiaridades históricas y de contexto.

⁷ Publicado en 1961 en Estados Unidos. La primera edición española (de Amorrortu) es de 1989.

4.1.4. La reforma psiquiátrica española

En el caso de **España** la reforma psiquiátrica estuvo ligada a la lucha contra el franquismo, la reconstrucción del Estado democrático y la reconfiguración de la sociedad civil. En este sentido, la recuperación de las instituciones y servicios públicos era prioritario, si bien el ideario antipsiquiátrico (mayor libertad personal, cuestionamiento de la institucionalización) y del mayo del 68 francés permeó, en alguna medida, entre aquellos jóvenes psiquiatras que se encargarían de sacar adelante la reforma psiquiátrica. Estas ideas fueron, en cierto modo, recogidas en la **Ley General de Sanidad** de 1986, que guiará lo que será la reforma psiquiátrica en España. En este sentido, en el artículo 20 de la citada ley se desarrollan cuatro principios relativos a las personas con enfermedad mental, quienes, en virtud de la ley, serán tratadas como cualquier otra persona que requiera de servicios sanitarios y sociales, fuera de las instituciones. Así, la ley establece, entre otras cuestiones, que:

“La atención a los problemas de salud mental de la población se realizará en el ámbito comunitario, potenciando los recursos asistenciales a nivel ambulatorio y los sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio, que reduzcan al máximo posible la necesidad de hospitalización (...).”⁸

Los procesos de reforma asistenciales que se iniciarán en varios países europeos tras la Segunda Guerra Mundial estarán alentados por un contexto histórico en el que se empieza a considerar la salud mental como una parte importante de la salud en general. De hecho, la definición de Salud de la **Organización Mundial de la Salud** (OMS) recogida en la famosa **Declaración de Alma Ata**⁹ (Kazajstan) de 1978, describe la salud no sólo como la ausencia de enfermedad, sino como un estado de **bienestar bio-psico-social**. En esta reunión se otorga internacionalmente una relevancia prioritaria a la **Atención Primaria** como puerta de entrada al sistema sanitario.

El enfoque bio-psico-social está presente, al menos en sus principios, en la reforma psiquiátrica española: la salud mental se integra en el sistema como un servicio especializado en coordinación tanto con la atención primaria como con los servicios de atención sociosanitaria. Se otorga, además, un papel relevante a la rehabilitación psicosocial (psicoterapia, recuperación de habilidades sociales, etc.) en el tratamiento de los trastornos mentales graves, en detrimento de una terapia reduccionista basada únicamente en el tratamiento farmacológico¹⁰.

Algunos de los **cambios en el sistema sanitario que supuso la reforma psiquiátrica española** y que tienen una relación directa con la reducción del estigma de las personas con enfermedad mental tienen que ver, entre otras cuestiones, con:

- ▶ El cambio terminológico, relevándose el servicio de Psiquiatría, por el servicio de Salud Mental.
- ▶ La integración de los servicios especializados de Salud Mental en el sistema sanitario general, en coordinación con la atención primaria y la asistencia social.
- ▶ La creación de unidades de Salud Mental en los hospitales generales, así como el cierre progresivo de los hospitales psiquiátricos.
- ▶ El desarrollo de programas de atención ambulatorios y domiciliarios que evitan las largas estancias hospitalarias.

⁸ Ley General de Sanidad, Ley 14/1986, de 25 de Abril. Accesible en: [Ley General de Sanidad](#).

⁹ Accesible en: [OMS: Declaración de Alma Ata](#).

¹⁰ *Guía de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social de España*. Accesible en: [Guía de Salud de España](#).

- ▶ La formulación de cambios legislativos para el reconocimiento de los derechos de las personas con enfermedad mental en el marco de las normas generales, es decir, no se crean normativas específicas que podrían ser estigmatizantes.
- ▶ La modificación de la formación del médico residente en psiquiatría, creando las especialidades de Psicología clínica (PIR) y enfermería en salud mental.

Sin embargo, la **reforma** se desarrolla de manera **desigual en el territorio español** debido a la peculiaridad del Estado de las autonomías, acusándose mayores diferencias entre aquellos recursos de soporte sociosanitario así como en el desarrollo de los programas comunitarios. Esta situación, como veremos más adelante, podría explicar, en cierta medida, el estigma asociado al trastorno mental que pervive en parte de la clase médica española.

En la actualidad, un cierto **pragmatismo**, procedente o derivado de la omnipresencia de la empresa **farmacéutica**, podría estar impregnando la práctica clínica, concediendo excesiva relevancia a las perspectivas más biologicistas que reducen el trastorno mental a simples **desajustes neuronales sin tener en cuenta las múltiples vertientes (histórica, social, orgánica y psicológica) que la explican** (Desviat, 2011).

4.2. El estigma y las actitudes sociales

4.2.1. Estigma y discriminación. Algunos conceptos básicos

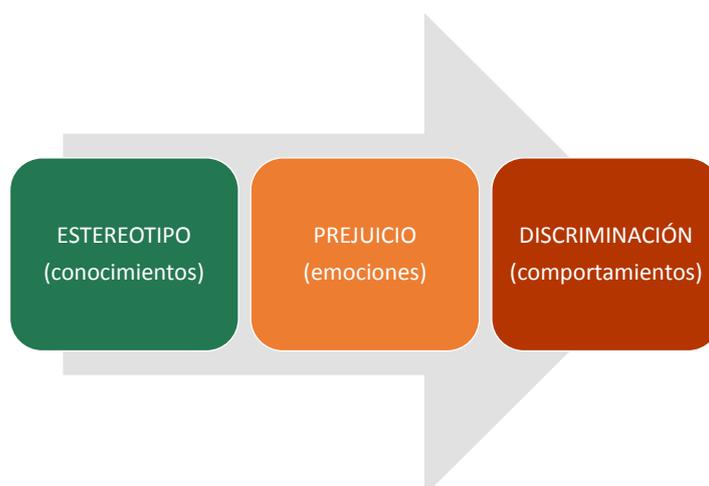
“*Estigma*” es una palabra de origen griego que hacía alusión a una picadura o “pinchazo” y la **marca corporal** que se genera, así como a un signo o señal aplicada en el cuerpo con la que se intentaba distinguir una **condición social inferior**, como a los esclavos y los ladrones a quienes se estigmatizaba con hierro candente.

En 1963 el sociólogo Erving Goffman recupera el concepto de estigma, entendido como la expresión de una identidad social devaluada (Goffman, 1963), fruto de ciertas características personales. Este autor describe **tres tipos de estigma**: el que hace referencia a características personales que son interpretadas como defectos, como es el caso del género, el trastorno mental, la homosexualidad, el encarcelamiento o la adicción; el estigma físico referido a “deformidades” del cuerpo, y el estigma que supone la identificación o pertenencia a un grupo particular como puede ser una etnia, una nación o una religión.

El **estigma** se manifiesta en una serie de **estereotipos** (mitos o creencias no contrastados) negativos, que a su vez producen una serie de **prejuicios** (actitud emocional de distanciamiento social) sobre un determinado colectivo que comparte una característica personal, y que normalmente devienen en **actitudes discriminatorias** (conductas de rechazo). Diversos grupos poblacionales han sufrido el peso de la estigmatización social a lo largo de los siglos: las mujeres, el colectivo LGTB¹¹, las personas con enfermedades mentales o las personas de origen extranjero.

¹¹ Lesbianas, gays, transexuales y bisexuales.

Cuadro 1: Manifestaciones del estigma



Fuente: Elaboración propia, basado en Muñoz *et al*, 2006

Los investigadores sociales Link y Phelan reconceptualizan el concepto de estigma explicando su existencia a través de lo que denominan un **proceso de estigmatización**, que contaría con cinco fases o momentos (Link y Phelan, 2001). En un primer momento se produce una **identificación o etiquetado**, asignando una suerte de “marca” a un conjunto de personas. En función de las creencias culturales compartidas, es decir, los **estereotipos**, esa marca y por tanto las personas que la comparten estaría designando características desagradables, lo cual favorecería la **generación de un “nosotros” y un “ellos”**. Esto no sería otra cosa que una simplificación reduccionista de la realidad a partir de la que se crea una identidad colectiva “no marcada” que produciría una distancia social (en base a los **prejuicios** existentes) con respecto a los “otros”. La **persona o grupo estigmatizado** que no es considerado parte del “nosotros”, perdería estatus social, sería **objeto de discriminación** y, por tanto, se encontraría en una situación de desigualdad social. En último término, esto sucedería ya que existe una **situación asimétrica de poder** político, económico y social de partida que legitima este proceso.

El **proceso de estigmatización**, como se ha comentado, **genera actitudes discriminatorias** cuyas consecuencias pueden clasificarse en objetivas y subjetivas. Las **consecuencias objetivas**, que pueden ser directas o indirectas, tienen como resultado la **imposibilidad del ejercicio de la ciudadanía plena** de las personas que acarrean el estigma. Esto se traduce en conductas de rechazo, menosprecio y distancia social por parte de la población general (“normal”, no “marcada”) más o menos evidentes en diversos espacios de la vida cotidiana, que no sólo dependen de actitudes personales sino de factores estructurales, originados a partir de ellas. No es menos cierto que existe una cierta gradación de la tolerancia social de las enfermedades mentales: existe una mayor tolerancia respecto a las enfermedades socialmente más frecuentes (como la depresión, ansiedad, etc.), así como una menor aceptación de los trastornos más graves y más relacionados con la típica imagen de la locura, como la esquizofrenia o el trastorno bipolar.

Las **consecuencias desde el punto de vista subjetivo**, tienen que ver con lo que se denomina el **autoestigma**, que no es otra cosa que la **interiorización de los estereotipos y prejuicios** generalizados. Como si se tratara de un “espejo”, las personas se “miran” a sí mismas a través del estigma que la sociedad les atribuye, llegando a asumirlo e interiorizarlo. En el caso específico de las personas con enfermedad mental, esto tiene importantísimas consecuencias tanto para sus relaciones sociales (acaban autodiscriminándose, dudando de sus capacidades, culpabilizándose y aislándose socialmente), como para el devenir de su tratamiento (la desmoralización, disminución de la autoestima y el aislamiento dificultan la petición de ayuda y el mantenimiento del tratamiento).

Las características psicológicas, físicas y/o socioculturales (López *et al*, 2008) que comparte un cierto grupo poblacional y que produce actitudes discriminatorias pueden darse **simultáneamente** en una misma persona, generando lo que ha venido llamándose **discriminación múltiple**. Es decir, el caso nada particular, por otro lado, de una mujer con diversidad funcional y de etnia gitana, por citar un ejemplo. Las situaciones de discriminación múltiple que se pueden producir se explican a partir de la combinación de estos diferentes aspectos y va **más allá de la simple suma** de cada uno de ellos.

4.2.2. El estigma asociado a las personas con trastorno mental

Las personas con trastornos mentales han de enfrentarse, en su vida cotidiana, por tanto, a una doble dificultad, lo que ha venido a denominarse la “doble enfermedad”. Por un lado, experimentan **los síntomas propios de su trastorno**, y por otro lado, deben hacer frente a los **efectos del estigma social** asociado a dicho problema de salud mental lo que generalmente conlleva la propia interiorización del mismo (autoestigma). Paradójicamente, los inconvenientes derivados de su trastorno son, generalmente episódicos y tratables con una adecuada atención sanitaria combinada con programas de rehabilitación psicosocial; mientras que, los conflictos que resultan del estigma social son más permanentes y complejos, por lo que las intervenciones para erradicarlos son más complicadas. Ambos fenómenos tienen importantes consecuencias en su calidad de vida y su proceso de integración social.

“Somos gente buena, que se siente mala”
(Persona con trastorno mental¹²)

El **principal estereotipo** asociado con los problemas de salud mental tiene que ver con la **violencia** y/o la **agresividad**. Es probable que esta asociación venga ligada a la experiencia de reclusión que “los locos” han vivido a lo largo de la historia, cuya fundamentación se basa en la negación de la locura como una manifestación del comportamiento humano así como en su vinculación a la inmoralidad, es decir, a lo “malo”. Además, el tratamiento en los medios de comunicación de algunos episodios esporádicos de violencia perpetrados por personas que tienen un trastorno mental, no hace sino terminar de apuntalar la imagen de la “loca” o el “esquizofrénico” violentos, irracionales y repudiables a quienes hay que temer. Las imágenes y discursos reproducidos por los medios de comunicación cada vez que sucede un episodio similar agrava y digamos que “confirma” el imaginario colectivo que vincula el trastorno mental con la agresividad y peligrosidad. No se trata de negar la realidad pues en ocasiones, sí se producen actos de violencia, sin embargo la mayor parte de los **estudios epidemiológicos no confirman que las personas con trastorno mental sean más violentas que el resto**. De hecho, los datos existentes no proporcionan información suficiente ni comparable como para identificar si la existencia de trastorno mental (independientemente de cualquier otra variable), supone una mayor predisposición a la violencia. Sin embargo, al considerar otras categorías como la edad joven, el sexo masculino o el consumo de tóxicos, se ha constatado que estos grupos presentan un riesgo de conductas agresivas mayor al de la población general (López *et al*, 2009).

Cuando se trata la vinculación entre violencia y trastorno mental, escasas veces (debido a los prejuicios existentes) se comenta que el **mayor volumen de violencia** entre las personas que tienen un trastorno mental corresponde a la **ejercida sobre ellos mismos** (López *et al*, 2009). Además, y de manera mucho más generalizada, las **personas con enfermedad mental suelen ser objetos** (más que sujetos) **de episodios violentos** ejercidos por otras personas. Es decir, se trata de un colectivo especialmente vulnerable, lo cual entra en contradicción con la imagen social estereotipada existente. La asociación, por tanto, de la peligrosidad y la violencia con las personas con trastorno

¹² Tomado del estudio de FEDEAFES, 2014 (pág. 32)

mental no se encuentra sustentada por la realidad (independientemente de que puedan existir episodios violentos esporádicos), sino más bien en la imagen social que, históricamente se ha extendido sobre estas personas.

Sin embargo no todas las personas que tienen un trastorno mental acarrean este estigma ya que no todos los trastornos mentales son iguales ni llevan asociada la misma creencia. En este sentido debemos hacer una distinción entre los diferentes trastornos mentales y la imagen estereotipada asociada a cada uno de ellos. Generalmente los estereotipos se asientan en una parte de realidad, en este caso, hacen relación a algunos efectos o síntomas de cada una de estas enfermedades: delirios, cambios de humor, etc. Sin embargo, éstos se exageran y tergiversan hasta convertirse en una creencia errónea que produce distancia social.

La **esquizofrenia**, un trastorno mental que suele denominarse como grave¹³, es el que más se asocia con la idea clásica de “loco” y, por tanto, el que genera mayor temor. En España afecta al 1% de la población (alrededor de 400.000 personas), aunque la cifra puede ser mayor debido al volumen de personas no diagnosticadas¹⁴. La esquizofrenia a menudo lleva aparejada una fase de delirios durante la cual la persona cree ser alguien diferente o que sucede algo que para el resto de las personas no es real, mientras que para él o ella es totalmente cierta¹⁵. Los delirios se manifiestan en forma de voces o visiones que, generalmente, aluden a símbolos o “productos” culturales comunes y socialmente compartidos como puede ser la figura de Dios, la salvación, la política, el poder, etc. Es decir, se trata de una compleja experiencia que, sin embargo, tiene un fundamento muy humano y que se genera, en muchas ocasiones, como una reacción adaptativa a una serie de circunstancias críticas o difíciles que experimenta la persona.

Sin embargo, el hecho de que la persona escuche o vea cosas que no son reales y pueda actuar sin que sea su propia voluntad la que le guíe, es probablemente lo que conlleva a asociar la esquizofrenia con la **violencia o la agresividad** (fundamentada en el temor que ocasiona) así como con la **impredecibilidad**.

Otro de los trastornos graves, el **Trastorno Bipolar**, antiguamente denominado trastorno maniaco-depresivo también suele vincularse a la impredecibilidad, probablemente debido a que suele llevar asociados cambios anímicos fuertes, alternándose la alegría y la tristeza. Este es el caso también de algunos trastornos de la personalidad, como el **trastorno límite de la personalidad** en el que existe una cierta **inestabilidad** emocional de la persona, lo cual puede resultar desconcertante. En el caso de trastornos como el **obsesivo-compulsivo** que combina etapas de obsesión con conductas compulsivas (por ejemplo, repitiendo reiteradas veces la misma acción), el estereotipo que más funciona es el que se relaciona con la **infantilización o la incapacidad**. La **deficiencia** o el **retraso mental** suele también asociarse de manera general a los trastornos mentales, debido al desconocimiento imperante sobre el tema. De hecho, más de la mitad de la población (56%) de la Comunidad de Madrid, según un estudio realizado en 2006, **confunde retraso mental con enfermedad mental** (Muñoz *et al*, 2006).

Existe otro tipo de trastornos que, en cierto modo no resultan tan “extraños” ya que en el imaginario colectivo pareciera que “nos pueden pasar a todos”, como la **depresión** o la **ansiedad**. Se trata de trastornos más comunes: alrededor de un cuarto de la población española aproximadamente tienen depresión (26,23%) y en menor medida ansiedad (17,48%). Si bien estos trastornos tienen una

¹³ Existe una fuerte controversia en cuanto a la clasificación de los trastornos mentales así como a su cualidad de “grave” por lo que aquí no se pretenderá exhaustividad alguna.

¹⁴ Asociación Mundial de Psiquiatría. La esquizofrenia abre las puertas (2007).

¹⁵ Vicente Rubio, un realizador español que forma parte del movimiento asociativo de familiares y personas con enfermedad mental reunido en SALUD MENTAL ESPAÑA, retrata muy bien lo que sucede en esos episodios de delirio en su documental “Solo”, en el que se filma a sí mismo en pleno brote psicótico (Documental “Solo” (2010) dirigido por Vicente Rubio. Ver la bibliografía)

mayor aceptación social que los anteriores, no dejan de estar sujetos al estigma del cual las personas que los tienen, son portadoras. Los estereotipos ligados a la depresión o la ansiedad tienen que ver con la **debilidad**, se cree que esto le sucede a gente que carece de **fuerza interior**, de ímpetu para afrontar la lucha constante que significa la vida contemporánea. No por casualidad las mujeres, tradicionalmente asociadas a lo débil, son las que mayoritariamente (y no exentas de controversia) son diagnosticadas de depresión, como veremos más adelante. En este grupo podrían también incluirse los trastornos alimenticios como la **anorexia nerviosa** y la **bulimia** que, paradójicamente suelen desarrollar de manera mayoritaria las mujeres, generalmente jóvenes y que se relacionan con la **falta de carácter** para “hacer frente” a las expectativas sociales sobre la apariencia física de su género.

La mayor parte de todos estos trastornos llevan aparejados la atribución de **responsabilidad** y **culpabilización** de la persona que los tiene¹⁶. Se tiende a culpabilizar a quien tiene un trastorno ya sea por la propia existencia del mismo o por no haberlo identificado con precocidad. La culpa también se extiende a su entorno familiar, fundamentalmente a madres y padres, a quienes se responsabiliza de una crianza desestructurada que habría precipitado la enfermedad de su hijo o hija. Paralelamente, está relativamente difundida la errónea creencia de que el trastorno mental es “incurable” o que es imposible recuperarse de una enfermedad mental. Esta idea, como veremos, a veces es manejada por las y los propios profesionales y genera una fuerte desmoralización en las personas con un trastorno mental.

Todo ello genera una serie de actitudes emocionales o **prejuicios** como, fundamentalmente, **miedo**, **rechazo**, **desconfianza** y, en menor medida, compasión hacia las personas con trastornos psíquicos. Esto desencadena una **distancia social** hacia el grupo estigmatizado, mediante el rechazo, el aislamiento e incluso la defensa de tratamientos coercitivos y relacionados con la reclusión. Sin embargo, estudios como el de Goffman sobre las “instituciones totales” (Goffman, 2008), como los manicomios, alertan de la anulación de la identidad subjetiva del paciente: se niega su rol social, su capacidad de autonomía (se fomenta la obediencia ciega), etc. En este sentido, y como si se tratara por lo tanto de una “profecía autocumplida”, las imágenes sociales históricas vinculadas a la locura legitimarían la reclusión, la cual, a su vez, podría estar produciendo, en las personas que la experimentan, esa sintomatología social (agresividad, infantilización, etc.) asociada a la locura¹⁷.

Quizás derivado de la situación histórica de reclusión, el estigma funciona atribuyendo una **connotación** negativa y **totalizadora** a la persona (o grupo) que comparte este trastorno. De este modo y en el caso de la persona que tiene esquizofrenia, ésta es caracterizada o calificada como “esquizofrénica”. Es decir, como si toda su identidad pasara por el hecho de vivir la experiencia de una enfermedad mental. Este “tomar la parte por el todo” no sucede, sin embargo, con otras enfermedades como el cáncer, y así no llamamos “cancerosa” a la persona que lo tiene¹⁸. Esto se debe probablemente a que el trastorno mental, tal y como ha sido tratada a lo largo de la historia, no es una enfermedad cualquiera. Es decir, se reconoce como enfermedad desde hace relativamente poco, mientras que antes era una etiqueta excluyente, un modo de catalogar lo que la sociedad “desecha”. ¿Qué tienen en común “locos” y ladrones? Por un lado, que eran sometidos al encierro ya que ambas conductas eran concebidas como faltas de moral, eran “malas” y por tanto debían ser apartadas de la sociedad, proceso que debía seguir su curso atendiendo a los principios morales de la época. En este sentido, la etiqueta de la “enfermedad mental” es similar a la de “homosexual”, a quienes también se consideraba enfermos puesto que su conducta no acataba la moral religiosa

¹⁶ Tomado de: [Taller Estigma y Autoestima de Activament](#). [consulta: 4 de febrero de 2015].

¹⁷ Esta crítica ha sido recurrente también en otras instituciones totales como la prisión, la cual estaría produciendo en las personas recluidas las características por las que se las encierra. Se genera una subcultura de la prisión, a partir de la cual uno sale “más delincuente” de lo que entró. Recurrente también la alusión, en el caso de la enfermedad mental, al filme “Alguien voló sobre el nido del cuco” (1975), en la que el propio ambiente de la reclusión termina por producir la enfermedad mental antes que “curarla”.

¹⁸ Tomado de: [Junta de Andalucía: Enfermedad y estigma](#). [consulta: 4 de febrero de 2015].

heterosexual. Una vez que se asume la etiqueta “homosexual” (es decir, cuando se “sale del armario”), toda la vida de esa persona es observada a través de las lentes de la homosexualidad: si un día de pequeño jugó con muñecas, esa anécdota se convierte en un argumento que da sentido a su etiqueta. Con el trastorno mental sucede algo similar pues una vez que se recibe el “diagnóstico”, todas las experiencias de esa persona cobrarán significado desde la lente de la “locura” que tiene: en este caso, se duda de la credibilidad de la persona pues todo lo dicho hasta ese momento puede haber sido producto de su imaginación.

Gran parte del estigma, como se ha comentado, deviene de un mero **desconocimiento** en la base del cual, los estereotipos, que simplifican y reducen la realidad, funcionan perfectamente como si describieran una realidad “verdadera”. La raíz inmoral del trastorno mental y su vinculación con algo “malo” viene acompañada de un silencio alrededor de la misma. Se trata de un tema tabú: algo de lo que no se habla en espacios públicos de forma no estigmatizada. Este ocultamiento produce sentimientos de vergüenza en quien tiene el problema de salud mental, así como favorece el desconocimiento que a su vez activa los estereotipos que generarán discriminación en el resto de la población. A pesar de los avances en todos los terrenos (biológico, psicológico, social y político) resulta complejo despojar a los trastornos mentales de ese halo moralista que genera culpa y vergüenza en quien los desarrolla así como en sus **familiares**. Éstos así como, en menor medida, las y los profesionales que atienden a las personas con trastorno mental, son portadores del peso del estigma, como si hubieran sido “contagiados” por una enfermedad infecciosa.

En un documento sobre *Estigma y exclusión social*, la sección europea de la Organización Mundial de la Salud (OMS) alerta de que aquello que se debe combatir es el denominado “**ciclo del estigma**” (OMS, 2008). Este ciclo, como se puede observar en el siguiente cuadro, genera discriminación que a su vez deriva en situaciones de exclusión social en las que las personas son despojadas de ciertos derechos como la participación plena en la vida social, lo cual tiene importantes repercusiones en su calidad de vida así como en sus derechos de ciudadanía.

Cuadro 2: Ciclo del Estigma.



Fuente: Elaboración propia, basado en OMS 2008.

Por lo tanto, la generación y mantenimiento del estigma y las actitudes discriminatorias que se traducen en exclusión social responden a un sistema complejo de abordar; sin embargo, en la medida en que se trata de construcciones sociales, **fruto de un contexto histórico** así como **consecuencia de unas relaciones de poder** determinadas, están sujetas a cambios y transformaciones y pueden ser deconstruidas. Se trata de actitudes aprendidas socialmente: el desconocimiento que se traduce en estereotipos para clasificar la realidad, los prejuicios que generan una distancia social, así como las conductas discriminatorias que suponen barreras, a veces invisibles, que impiden el ejercicio pleno de los derechos de ciudadanía de las personas con enfermedad mental como consecuencia del estigma social. En definitiva, cualquier intervención destinada a la **erradicación del estigma** debería tener en cuenta esta triple caracterización del mismo teniendo en cuenta la **vertiente cognitiva** (estereotipo), **emocional** (prejuicio) y **conductual** (actitudes discriminatorias). Resultaría deseable un cambio de mirada que conduzca a todas las personas a asumir un **compromiso social** contra los prejuicios y la discriminación, desde los diversos ámbitos de acción, con la finalidad de crear y mantener una sociedad más justa, inclusiva y democrática.

4.3. La estigmatización de las personas con trastorno mental en España

Como ya se ha avanzado anteriormente, el estigma social que experimentan las personas con trastorno mental es algo que ha existido desde hace siglos. Sin embargo, no será hasta mediados del siglo XX cuando este tema adquiera una mayor relevancia, derivado en parte por el interés que el tema suscita en la sociología y la psicología social a partir de los estudios de E. Goffman.

El estigma social que viven las personas con trastornos mentales se traduce en situaciones discriminatorias en diversos ámbitos de su vida diaria que afectan gravemente a su integración social y calidad de vida, como ya se ha avanzado. A continuación se da cuenta de los hallazgos fundamentales así como de **las lagunas detectadas** a partir del meta-análisis de algunos de los más recientes estudios sobre el estigma social de las personas con trastornos mentales y la promoción de la salud mental en España.

4.3.1. Estigmatización en el ámbito sanitario

Uno de los ámbitos fundamentales en la generación del estigma es el sanitario, ya que las personas con trastornos mentales **transitan más o menos asiduamente por los servicios especializados en Salud Mental** para recibir tratamiento a raíz de su trastorno; además, como cualquier otra persona, tienen relación con el sistema cuando se presenta **cualquier situación sanitaria de urgencia** o bien cuando, debido a cualquier otra dolencia, deben acudir a su **servicio médico de cabecera**.

Según un estudio publicado en 2014 de carácter cualitativo en el que se entrevistaron a más de cien personas con enfermedad mental y sus familiares, así como a profesionales y otros grupos de interés en la Comunidad Autónoma del País Vasco (FEDEAFES, 2014), existen diversas implicaciones del estigma social que, **con carácter general** se producen en el ámbito de la salud. Por un lado, algunos profesionales sanitarios **infravaloran la labor de los profesionales no sanitarios** que trabajan a su vez con personas con enfermedades mentales, es decir, **el papel de la rehabilitación psicosocial como vía hacia la recuperación del paciente**. Por otro lado, y como **consecuencia de la imagen totalizadora** que las y los profesionales sanitarios tienen de la **enfermedad** que tienen sus pacientes, **acaban achacando cualquier dolencia que éstos identifiquen al trastorno mental**, como si todo lo que les sucede se debiera a dicho trastorno.

A continuación se da cuenta de la “traducción” que dichas implicaciones, así como otras, tienen en cada uno de los “sub-ámbitos” que forman parte del sistema de salud, a partir de [situaciones concretas](#) en las que las personas con enfermedad mental se han visto involucradas.

a) Percepciones y actitudes en relación con el estigma en diversos sub-ámbitos sanitarios

a.1) En la Atención Primaria

Las personas con trastorno mental denuncian que, a la hora de acudir a su servicio médico de atención primaria, lo primero que el o la profesional tiene en cuenta es su trastorno mental, lo cual obvia cualquier otra dolencia existente (*Recurso audiovisual 1decada4: Estigma y salud*, 2013). Es decir, se produce un proceso de “[eclipsamiento](#)” del diagnóstico, de tal modo que [los síntomas físicos son atribuidos erróneamente al trastorno mental](#), no siendo investigados, y por tanto tratados adecuadamente (Ibañez *et al*, 2014; Magliano *et al*, 2012).

Esta situación que podría parecer baladí, sin embargo no lo es pues las personas con trastorno mental poseen [altas tasas de morbilidad por problemas físicos](#): diabetes, enfermedades cardiovasculares o cáncer. Por otra parte, relacionar el trastorno mental con la muerte por [suicidio](#), no deja de ser parte del estigma social que estas personas arrastran pues entorno al 60% de ellas fallecen debido a enfermedades cardiovasculares¹⁹. En particular, las personas con diagnóstico de esquizofrenia tienen un alto riesgo de muerte prematura por estas enfermedades, siendo una de las posibles causas la menor atención sanitaria asociada a estas enfermedades que reciben (Magliano *et al*, 2012). En este sentido, el [tabaquismo](#), uno de los factores de riesgo para su salud en este tipo de enfermedades continúa siendo un comportamiento [obviado por los profesionales](#) cuando se trata de una persona con trastorno mental. Tradicionalmente se ha restado importancia al hábito de fumar entre las personas con problemas de salud mental ya que parecía que aliviaba su ansiedad. Sin embargo, se ha comprobado que estas personas pueden, al igual que el resto, abandonar estos hábitos perjudiciales para la salud.

Las [mujeres](#) experimentan frecuentemente un [doble estigma](#) que tiene que ver con su posición estructuralmente menos favorable en la sociedad en función del género, combinada con el estigma propio al tener un trastorno mental. Existen, según las expertas, diferencias por género en el diagnóstico y tratamiento de todas las enfermedades y por tanto también de los trastornos mentales. En este sentido, las mujeres, más propensas a sufrir depresión o fibromialgia, son [tratadas con psicofármacos](#) (ansiolíticos o antidepresivos) en las consultas de atención primaria, al menos, el doble que los hombres (Markez *et al*, 2004). Además, [a ellos se les hacen más pruebas físicas](#) para descartar la organicidad de su dolencia que a ellas, a quienes se presupone mayor propensión a problemas psicológicos. Esta situación se explica, fundamentalmente, por el peso de los estereotipos de género entre los y las profesionales de la salud. Las mujeres experimentan, de manera patente, el estigma que tiene que ver con la expectativa social de su género: cuando su trastorno les impide realizar las tareas tradicionalmente asociadas al género femenino (cuidar de la familia, ocuparse de la casa, etc.) son doblemente juzgadas. O, por el contrario, cuando su trastorno presenta síntomas que tienen que ver con comportamientos ligados tradicionalmente al género masculino (consumo de sustancias tóxicas o práctica compulsiva de relaciones sexuales) son

¹⁹ Según José Luis Agud Aparicio. Médico internista del Hospital Severo Ochoa de Madrid, en el material audiovisual de 1decada4: Estigma y atención a la salud general de las personas con enfermedad mental.

culpabilizadas por dichos actos²⁰. Finalmente, es común la queja entre las mujeres con enfermedad mental de que se proporciona ninguna o muy poca importancia a su vida sexual y, por tanto, se vulneran sus **derechos sexuales y reproductivos**. En situaciones similares, las mujeres que no tienen un trastorno mental son informadas sobre las posibilidades de planificación familiar, mientras que quienes tienen enfermedad mental no reciben asesoramiento alguno.

En relación con la reproducción de toda una serie de estereotipos y prejuicios asociados al trastorno mental, **los y las profesionales de atención primaria** ponen de manifiesto la falta de información y formación a través de protocolos sobre la atención al trastorno mental grave²¹, fundamentalmente en lo que se refiere a cuestiones de comunicación y de interacción, al tiempo que aluden a la escasez de tiempo de consulta como los principales obstáculos para proporcionar una atención adecuada (FEAFES, 2008).

a.2) En el servicio especializado de Salud Mental

Las y los profesionales de la psiquiatría por muy bien formados e informados que se encuentren en relación con el trastorno mental, no dejan de ser parte de la sociedad y por tanto, potenciales agentes estigmatizadores. Si bien algunos estudios coinciden en que estos profesionales tienen actitudes significativamente más positivas que las del personal de enfermería, la población general e incluso los familiares, continúan manteniendo ciertas **actitudes paternalistas** por lo que acaban infantilizando a la persona con trastorno mental. Además, entre las y los profesionales de la salud mental pervive el estigma, especialmente relacionado con la **impredecibilidad** de las personas con enfermedad mental **así como sus limitadas posibilidades de recuperación** (Muñoz *et al*, 2009). De hecho, otras investigaciones apuntan a que una historia previa de violencia en un o una paciente tiende a determinar más fácilmente el **diagnóstico** de esquizofrenia por parte de su psiquiatra, lo cual demuestra la permanencia de estereotipos y prejuicios ligados a la violencia entre el personal sanitario especializado (López *et al*, 2008).

Según una **encuesta a profesionales de salud mental** miembros de la **Asociación Española de Neuropsiquiatría** (AEN), el estigma entre éstos sigue existiendo, si bien, de forma general, presentan actitudes positivas (aunque moderadas) a una mayor participación de las y los usuarios de los servicios de salud mental. Las y los profesionales apoyan, sobre todo, la **participación en los planes de tratamiento** y en la planificación y evaluación, pero para ello sería necesaria la capacitación de las personas con trastorno mental (Gómez, 2009).

a.3) En las Urgencias Hospitalarias

En el caso particular de las urgencias, un estudio elaborado por el conjunto de Defensores del Pueblo del Estado español, publicado en enero de 2015 se hace eco de las situaciones de discriminación que las personas con enfermedad mental viven cuando experimentan un **traslado al centro hospitalario** por las **fuerzas y cuerpos de seguridad** (FCS). En este caso, el uso de esposas o lazos de seguridad no sólo estigmatizan al paciente sino que puede agravar su estado. Lo mismo sucede con la utilización de elementos particularmente angustiosos para una persona que se encuentra en un estado de crisis, como luces o sirenas. Estos métodos **violán el derecho a la intimidad** de la persona haciendo partícipe a toda la comunidad de su traslado, sino que, además, pueden **agudizar su cuadro médico** (Defensores del Pueblo, 2015).

²⁰ Tomado del artículo de Emilia Laura Aras en Píkara Magazine sobre Salud Mental y género: <http://www.pikaramagazine.com/2013/04/%C2%BFlocas/>.

²¹ Sin embargo en la mayor parte de centros existen protocolos sobre la atención a otro tipo de enfermedades crónicas como la hipertensión o la diabetes.

También se ha comprobado que el personal sanitario a veces es reacio a tratar urgencias médicas o quirúrgicas como consecuencia de **actos autolesivos** relacionados con la presencia de una enfermedad mental (Magliano *et al*, 2012). Es decir, no se comprende el funcionamiento del trastorno mental y se acaba **culpabilizando al paciente**, cayendo de nuevo en la estigmatización del mismo.

b) Factores causantes o generadores del estigma

Existen algunas explicaciones plausibles para todas estas situaciones derivadas del estigma social que las personas con enfermedad mental acarrearán desde hace siglos. Se alude generalmente a la existencia de una cierta **concepción biologicista de la práctica médica** actual (ya que, como se ha demostrado, no siempre ha sido así a lo largo del tiempo), que otorgando una prevalencia casi total al **carácter neurológico o biológico de los trastornos mentales**, obvia la vertiente más humana de las enfermedades mentales. Incluso cuando se pretende luchar contra el estigma social se presenta, por poner un caso, la esquizofrenia como si fuera “cualquier otra enfermedad”, otorgando mayor importancia a los aspectos genéticos de la enfermedad que a los psicosociales.

Una **experiencia piloto** liderada por la **psiquiatra italiana Lorenza Magliano** demuestra que esta **concepción biologicista se inicia desde la etapa formativa** de los y las estudiantes de medicina, quienes comparten con los y las profesionales sanitarios ciertos prejuicios sobre la esquizofrenia. Es fundamentalmente en la etapa clínica de la carrera (los últimos años) cuando se produce la adhesión a un **modelo biogenético** así como el **uso de la etiqueta diagnóstica** que derivan en un aumento de la distancia social con el trastorno mental. La psiquiatra y su equipo de trabajo demostraron que, gracias a **un módulo formativo sobre los prejuicios de peligrosidad e incurabilidad** de la esquizofrenia de seis horas que trataba cuestiones como el tratamiento farmacológico y psicosocial, los derechos de pacientes y familiares, las causas del trastorno o la supuesta impredecibilidad y agresividad de los pacientes, **descendían los niveles de prejuicios en los y las estudiantes**. Fundamentalmente asociaban en menor medida la impredecibilidad y la agresividad al trastorno mental, así como otorgaban mayor relevancia a las causas psicosociales de la enfermedad. Uno de los aspectos que se juzgaron como más útiles fue contar con el testimonio en primera persona de cuatro personas que padecían esquizofrenia (Magliano *et al*, 2012).

En el caso específico de la **especialidad de psiquiatría** existen **algunos condicionantes históricos** característicos **de la experiencia española** que podrían explicar la pervivencia de algunos prejuicios con relación al trastorno mental. Por un lado, el tremendamente desigual desarrollo de la reforma psiquiátrica, fundamentalmente en lo que se refiere a recursos y programas sociocomunitarios, los cuales se vieron más afectados en favor del tratamiento más organicista que ataca las causas biológicas. Por otro lado, en lo que se refiere a la escasa participación de ciertos agentes sociales, como la Universidad, en la puesta en marcha de dicha reforma del modelo asistencial del sistema sanitario, lo cual explica, entre otras cosas, el choque aún existente entre un **currículo universitario notablemente biologicista** con los principios de la reforma basados en la predominancia de una atención comunitaria evitando recursos monográficos de Salud Mental segregados del resto de recursos asistenciales. Finalmente, ha de advertirse de las repercusiones que los conatos de **privatización** de la sanidad pública pueden tener en la profundización del modelo comunitario de asistencia, así como la falta de conciencia crítica entre la sociedad, que cada vez más deposita sus malestares en manos de expertos y expertas, convirtiendo en síntomas lo que no son más que dificultades propias de la existencia (Desviat, 2011).

c) Barreras derivadas del estigma a las que se enfrentan las personas con trastorno mental

Las imágenes con las que se identifica a las personas con enfermedad mental, las actitudes de parte del personal sanitario y los comportamientos señalados se convierten en barreras a las que se enfrentan las personas con enfermedad mental en el ejercicio pleno de sus derechos de ciudadanía. Estas barreras (que pueden ser visibles o, a menudo, invisibles) **generan discriminación** hacia las personas con algún trastorno mental así como una sensación de desatención por parte de las y los profesionales médicos. Una de estas barreras relacionada con la **interiorización del estigma** conduce a una desmoralización que, unida a una cierta desinformación, implica que las personas con enfermedad mental **no defiendan suficientemente sus derechos como pacientes**.

Entre las **barreras invisibles** se alude a la propia **etiqueta del diagnóstico**. Si bien algunos estudios ensalzan las virtudes, en relación con la adherencia al tratamiento, del diagnóstico de enfermedad mental y la autoconciencia de enfermedad por parte de los pacientes, lo cierto es que esta misma etiqueta resulta estigmatizante para ellos y ellas. Es decir, resulta compleja la disolución del hecho de autoconcebirse como enfermos (y por tanto, responsabilizarse, en cierto sentido, del propio tratamiento) con sentirse portadores y portadoras del estigma asociado al trastorno mental. Esta barrera afectaría en dos sentidos: tendría repercusiones en la continuidad en el tratamiento y dificultades en la integración social de las personas que han sido diagnosticadas con un trastorno mental; al tiempo que se estaría incitando a que personas con síntomas relacionados con una posible enfermedad mental no acudan a los servicios de salud mental y por tanto no sean diagnosticadas ni tratadas por causa directa de la estigmatización.

Fundamentalmente para las mujeres la **desigualdad de género** asentada en el ancestral sistema patriarcal, que se traduce en un mayor padecimiento de violencia sexual, acoso y violencia de género en comparación con los hombres, supone una de las más importantes barreras invisibles a las que se enfrentan. Diversos estudios reconocen que la salud mental, física, sexual y reproductiva de las mujeres está vinculada (Guimón, 2004) y que las situaciones de violencia a las que las mujeres están sometidas repercuten negativamente en su salud mental. Por lo tanto, la prevención de la violencia ejercida hacia mujeres y niñas (que pasa, inevitablemente, por la transformación de los estereotipos de género) supondría la mejora de la salud mental de las mujeres.

d) Medidas puestas en marcha para reducir el estigma en el ámbito sanitario

A continuación destacaremos, sin ánimo de exhaustividad, algunas de las principales medidas puestas en marcha para reducir el estigma en el ámbito sanitario desde diversos entornos y territorios. Si bien existen diversas campañas de sensibilización “generalistas”, es decir, que pretenden influir en la población en general y tratan sobre la discriminación en diversos ámbitos de la vida cotidiana, aquí nos hacemos eco de las campañas sólo destinadas al ámbito sanitario que nos han parecido más relevantes:

- ▶ Por un lado, el **programa 1decada4 de la Junta de Andalucía**, pionero y declarado buena práctica en la sensibilización social sobre el estigma asociado a las personas con enfermedad mental²² ha desarrollado algunas herramientas en relación con el estigma en el ámbito sanitario. En primer lugar, ha realizado un material audiovisual en el que personas con enfermedad mental, profesionales de servicios especializados y atención primaria, así como técnicas y técnicos de asistencia socio-comunitaria explican las situaciones de discriminación más comunes a las que se enfrentan las personas con trastorno mental en el

²² 1decada4 ha sido declarado Buena Práctica en la línea estratégica 1 de la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Accesible en: [Buenas prácticas Estrategia Salud Mental](#).

entorno sanitario²³. Además, se ha elaborado un folleto informativo llamado “[La experiencia importa](#)” en el que se proporcionan pautas a profesionales de la salud para erradicar el estigma asociado a personas con enfermedad mental así como mejorar la comunicación y el trato a estas personas²⁴.

- ▶ Por otro lado, se han puesto en marcha **investigaciones** como la desarrollada por la **Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA** (en adelante, la Confederación) en **colaboración con el Ministerio de Sanidad y Consumo sobre la Reducción del estigma de las personas con enfermedad mental grave en la asistencia sanitaria** (FEAFES, 2008). Se trata de una amplia investigación que comprendía, en primer lugar un análisis documental de los Planes de Salud Mental de las comunidades autónomas españolas en busca de referencias explícitas a la lucha contra el estigma en el sistema de salud. Los resultados del análisis demuestran que dichos planes **no tratan de manera directa el estigma** en el ámbito sanitario. Además la investigación comprendía entrevistas a profesionales de la salud así como la creación de un “comité de expertos” (formado por profesionales sanitarios así como miembros del movimiento asociativo del trastorno mental) que generarían una serie de **recomendaciones** a tener en cuenta para la reducción del estigma en este ámbito (algunas de las cuales se comentan a continuación).
- ▶ Los **programas formativos PROSPECT** son el resultado de un proyecto desarrollado por la Federación Europea de Asociaciones de Familiares de Enfermos Mentales (EUFAMI) que aunó las experiencias de 16 organizaciones de 12 países europeos, entre ellos la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA. Se inician en 2011 y a fecha de hoy siguen funcionando: se han realizado **54 ediciones y participado más de 600 personas**. Estos programas parten de la idea de que las personas con enfermedad mental y sus familias deberían ejercer una participación más activa en los procesos de recuperación y mejora de su calidad de vida; participación que se considera un derecho inherente a su condición de ciudadanos y ciudadanas. La **metodología empleada es dinámica y combina técnicas características de los programas de psicoeducación y los grupos de ayuda mutua**. Es una formación que no está centrada en los contenidos teóricos, sino en el intercambio de experiencias y técnicas a nivel grupal y desde una óptica de “horizontalidad” (otorgando igual importancia a la participación de personal experto como de las y los propios participantes). Este proyecto comprende **diferentes módulos sectoriales** dirigidos a: personas con trastorno mental, familiares y amistades y un módulo específico dirigido a personal sanitario y de atención social; así como un módulo común en que se fomenta la comunicación entre todos estos actores. **El módulo dirigido a profesionales** pretende: ayudarles a utilizar estrategias de trabajo efectivas para trabajar con familias y usuarios y usuarias, a trabajar con el trastorno mental desde múltiples perspectivas y a implicarse en estrategias de trabajo basadas en la colaboración, entre otras cuestiones.
- ▶ En 2006 abre sus puertas el **Centro Terapéutico Ciudad Jardín** para personas con Enfermedad Mental y atención especializada para personas en situación de dependencia (CARP), como servicio residencial comunitario, abierto y flexible, con objeto de atender una demanda social dentro del área de la Salud Mental, abordando todo aquello que excede al ámbito estrictamente sanitario pero que forma parte innegable de la **recuperación de la persona con trastorno**. En este recurso, que se encuentra integrado en la red **pública valenciana de salud mental**, se trabaja desde un entorno urbano con una perspectiva de rehabilitación psicosocial, mejora de la autonomía personal y social de las y los residentes. Se desarrollan programas de refuerzo y motivación, de rehabilitación cognitiva, de

²³ Material accesible en: [1década4: Estigma y salud](#).

²⁴ Material accesible en: [1década4: La experiencia importa](#).

entrenamiento de habilidades sociales, de autocuidado y actividades de la vida diaria, terapias integradas, actividades de ocio y tiempo libre, autoadministración de la medicación y prevención de recaídas, intervención familiar, etc.

- ▶ Finalmente, destacamos la elaboración en 2011 del [Plan Estratégico de Castilla-La Mancha](#) de actuaciones [de sensibilización y lucha contra el estigma y la discriminación asociados a las enfermedades mentales](#)²⁵, impulsado por la Consejería de Salud y Bienestar Social en el que ha participado la Federación de asociaciones de familiares y personas con enfermedad mental de Castilla-La Mancha (FEAFES CLM). En este Plan, que pretende modificar actitudes negativas en la sociedad e implementar políticas y actuaciones para disminuir la discriminación asociada al estigma, se prevé un Programa regional de información sobre el trastorno mental para profesionales de la salud.

e) [Recomendaciones para la erradicación del estigma en el ámbito sanitario](#)

A partir del meta-análisis realizado, se destaca una serie de recomendaciones mencionadas en varios de los estudios e investigaciones considerados en este trabajo. Las medidas que, con carácter general, deberían ponerse en marcha serían las siguientes:

- ▶ La [necesidad de una atención integral](#) que combine tanto la vertiente del tratamiento médico-sanitario como la del apoyo psicosocial, que esté fundamentada en modelos de recuperación y ciudadanía, con intervenciones precoces, continuadas y asertivas que enfatizen la prevención de conductas disruptivas y se integren en los mecanismos habituales de atención sanitaria y social (López *et al* 2008; FEDEAFES, 2014).
- ▶ La contribución al desarrollo de una [participación real y efectiva de las y los usuarios](#) como sujetos de pleno derecho, de los servicios de Salud Mental en los planes individuales de tratamiento, así como en la planificación y evaluación e incluso como expertos y expertas para acompañar a otros pacientes. Para ello es necesaria la [capacitación de las y los usuarios](#), que podría realizarse a través de la Escuela de Salud Mental de la AEN, por ejemplo, si bien sería deseable que una medida de este tipo fuera asumida por delegaciones autonómicas (Gómez, 2009).
- ▶ El desarrollo de [formación a personal sanitario en activo](#) (personal médico, de enfermería, auxiliares y celadores) así como a generaciones futuras (que forme parte del currículum de las carreras de medicina y enfermería) en la lucha contra el estigma asociado a las personas con enfermedad, lo cual supone informar sobre las causas de las enfermedades, los tipos de trastornos, los prejuicios asociados a los mismos, etc. y contando con el testimonio de usuarios y usuarias del servicio de Salud Mental. Se debería desarrollar una formación que tenga en cuenta la perspectiva de género a la hora de abordar el estigma de modo que sea capaz de identificar también los estereotipos asociados al género así como sus repercusiones en el diagnóstico y tratamiento de las y los pacientes (FEAFES, 2008). Esta recomendación compartida por diversos agentes sociales no ha sido aún recogida por parte de la administración en la [Estrategia de Salud Mental](#), donde la formación se reduce a cuestiones que tienen que ver con el trato de la enfermedad y no con los prejuicios a ella asociados.

²⁵ Accesible en: [CLM: Plan Estratégico Lucha contra el Estigma](#).

- ▶ Acabar con las **prácticas institucionales estigmatizantes** como la propia existencia de instituciones (direcciones generales, etc.) dedicadas específicamente a la Salud Mental, o la existencia de planes no integrados en los propios planes de Salud general.
- ▶ En relación con los **ingresos involuntarios** y la participación de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad (FCS) se identifica **como alternativa** una figura que sea experta en el trato con personas con trastornos mentales y que acompañe a éstas con el fin de proporcionarle un ambiente de confianza al tiempo que fomente una comunicación fluida médico/a - paciente así como evitar el uso de medidas de sujeción mecánica que, a menudo, se prolongan sin necesidad (Defensores del Pueblo, 2015). En cualquier caso, las **tareas de formación específica con las FCS** para que sepan cómo actuar ante personas con enfermedad mental resulta necesaria (FEAFES, 2008).

Paralelamente a las medidas ya propuestas, se plantea la necesidad de elaborar, en colaboración con entidades sociales, **protocolos** de actuación para los profesionales sanitarios así como **Planes** de Salud Mental, a la hora de abordar el trabajo con personas con trastornos mentales.

- ▶ Con relación a los **protocolos**, resulta necesario que el propio movimiento asociativo de personas con enfermedad mental lidere la lucha contra el estigma, en este caso identificando las acciones estigmatizantes, así como se requiere una mejor coordinación entre la atención primaria y los servicios de salud mental o la inclusión en los protocolos de variables que midan **el impacto en la reducción de la estigmatización**, así como la definición de buenas prácticas que puedan ser replicadas. Deberían existir protocolos en relación con la atención en **urgencias y los ingresos involuntarios**, en la **atención y cuidados en atención primaria** y en la **atención y estancia hospitalaria** (contemplándose la figura del psiquiatra de guardia).
- ▶ Los **Planes de Salud Mental** son considerados necesarios si bien deben tratar el estigma de forma explícita, profundizar en la creación de más recursos comunitarios, así como establecer alianzas con otras Consejerías para optimizar recursos. También deberían contener bases comunes a todas las CC.AA. así como tasas o formas de medición estandarizadas (como la tasa de contención mecánica, tasa de ingreso involuntario, número de equipos de profesionales y composición de los mismos, etc.) que permitan conocer el estado de la salud mental en el territorio con el objetivo de establecer medidas (FEAFES, 2008).

f) **Lagunas informativas en la investigación sobre el estigma en el ámbito sanitario**

Algunas de las lagunas informativas detectadas en este ámbito tienen que ver con la escasa existencia de estudios o investigaciones que traten el tema de la **discriminación múltiple** desde diferentes aspectos como la orientación sexual y el género. Este análisis convendría hacerlo desde un enfoque dual, es decir, desarrollando estudios específicos que aborden la doble estigmatización de **mujeres** con enfermedad mental o **personas LGTB**, así como el tratamiento de estas “variables” en las investigaciones que tratan el tema del estigma de un modo general. Si bien es cierto que se han realizado algunos estudios sobre el doble estigma que arrastran las mujeres con trastorno mental, en los diversos estudios aún no se adopta la perspectiva de género de manera sistemática aportando un escenario “sesgado” de lo que supone tener un problema de salud mental en nuestra sociedad. En este sentido, algunas expertas como la psiquiatra Cristina Polo, especialista en Salud y género comenta que los **factores de riesgo por sobrecarga familiar y laboral** en mujeres aún no se han investigado lo suficiente.

Paralelamente, poco se ha estudiado con relación al estigma agravado que pueden estar viviendo otros colectivos como las **personas sin hogar**, las **personas en situación administrativa irregular** (quienes, tras la aprobación del Real-decreto ley 16/2012 carecen de cobertura sanitaria, si bien ésta es ofrecida por ciertas comunidades en el caso de enfermedades crónicas, mentales o infecciosas) o las **personas de etnia gitana**, por citar algunos casos. Poco o casi nada conocemos sobre las barreras visibles o invisibles que estas personas afrontan en el ámbito sanitario en España.

Finalmente, cabría también mencionar que, a la luz de los datos analizados, sería recomendable realizar un estudio sobre la generación y mantenimiento del estigma en el **sub-ámbito de la atención primaria**, que, como puerta de entrada al sistema sanitario tiene una importancia crucial. Tal y como se ha observado aquí, existen bastantes quejas en relación con la reproducción del estigma en este espacio, por lo que sería interesante conocer qué tipo de estereotipos operan en las y los profesionales que componen este ámbito de trabajo, así como qué tipo de estrategias se podrían llevar a cabo para erradicar estas actitudes.

4.3.2. Estigmatización en el ámbito educativo

El ámbito educativo es un **espacio de desarrollo y aprendizaje** muy importante a lo largo del primer período de nuestra vida. Durante las fases de educación primaria y secundaria fundamentalmente, aunque también en la fase de estudios superiores, se invierte un importante volumen de horas en este ámbito en el cual los niños y niñas interactúan con sus iguales y con personas adultas. Durante este tiempo se prevé que adquieran las principales herramientas conceptuales y relacionales que les permitirán desarrollarse como futuros ciudadanos y ciudadanas. Sobre todo en las etapas iniciales (primaria y secundaria) en las que las y los jóvenes están conformando su personalidad, este espacio resulta vital atendiendo a: la educación en valores, las relaciones interpersonales con sus pares, el modo en que se desenvuelvan en este entorno, así como las estrategias que sean capaces de adquirir para manejar sus frustraciones, tomar decisiones, entre otras cuestiones, por lo que esta etapa resultará de especial relevancia en su crecimiento madurativo.

En este sentido, el diagnóstico de enfermedades mentales en este período vital en el que la personalidad se está conformando, un proceso generalmente acompañado de cambios de comportamientos, resulta delicado y, en algunos casos, no está exento de controversia. Así, el diagnóstico de **Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad** (TDAH) es uno de los casos más conocidos en los que existe cierta polémica en cuanto a su existencia, diagnóstico y tratamiento. Si bien no es parte de nuestro cometido aquí entrar a valorar lo adecuado o no del diagnóstico o tratamiento de este tipo de trastornos, resulta relevante poner de manifiesto la existencia de posiciones encontradas en el colectivo médico, así como un debate en torno al papel de los intereses económicos por parte de la industria farmacéutica a este respecto.

Teniendo en cuenta la importancia de este ámbito, sería interesante conocer la evolución del estigma a lo largo de las diferentes etapas educativas (primaria, secundaria y estudios superiores), de este modo se podría indagar en las diferencias en cuanto al proceso de generación del estigma y la tolerancia social en relación con el estigma en cada etapa. Sin embargo, las escasas publicaciones acerca del estigma que acarrear las y los jóvenes que tienen una enfermedad mental en ámbitos educativos en España se refieren, fundamentalmente, a la **etapa secundaria** o, en general, a las **personas jóvenes**, sin distinción con respecto a la fase educativa en la que se encuentran. Según los estudios, las enfermedades mentales suelen presentarse durante el fin de la adolescencia y el inicio de la etapa adulta, si bien esto puede variar (UUPD-ASIEM, 2012). Además,

puede producirse la situación de que se desarrolle una crisis durante esta época y la enfermedad no sea diagnosticada como tal hasta años más tarde. Especialistas en la psiquiatría infanto-juvenil estiman como más frecuentes los trastornos de conducta, de atención, cuadros de ansiedad y somatizaciones y cuadros depresivos con menor frecuencia.

a) Percepciones y actitudes en relación con el estigma en el ámbito educativo

El ámbito de la educación secundaria (que abarca entre los 12 y los 17 años, aproximadamente) es un espacio que a menudo acaba siendo **especialmente cruel** teniendo en cuenta que los y las adolescentes con enfermedad mental son particularmente vulnerables debido a su trastorno y a su corta edad, por lo que sus capacidades de sobreponerse a situaciones discriminatorias son previsiblemente menores.

Los y las jóvenes con enfermedad mental declaran sufrir o haber sufrido **aislamiento, burla y rechazo social** en la escuela. Estas reacciones por parte de sus iguales (aunque a veces también del profesorado) generan desmoralización y desasosiego en las personas que las viven y dificultan su recuperación (FEDEAFES, 2014). El **bullying** o **acoso escolar** es un fenómeno especialmente importante en este ámbito y puede tener consecuencias negativas que las personas arrastran hasta la edad adulta. Se trata de la puesta en marcha de conductas exacerbadas de burla y rechazo por parte de un grupo de personas o un individuo. El acoso puede manifestarse tanto como causa o como consecuencia del trastorno mental. Algunas investigaciones alertan de que alrededor de la mitad de los y las jóvenes que viven situaciones de acoso escolar desarrollan cuadros de depresión (54,8%) o ansiedad (43%), entre otros trastornos (León, 2009). Según los estudios sobre el maltrato escolar, si bien se puede hablar de tipos de maltrato (sexual, racista, homófobo, por ejemplo), resulta más adecuado hablar de factores de riesgo, características de vulnerabilidad (Defensor del Pueblo, 2007).

La **desigualdad de género** y los estereotipos y expectativas asociadas a hombres y mujeres, pero especialmente a estas últimas, tiene importantes repercusiones en las **chicas adolescentes**. Éstas son particularmente vulnerables a tener un **trastorno alimenticio** como la anorexia nerviosa o la bulimia. Se trata de trastornos íntimamente relacionados con la imagen corporal y la autoestima, fundamentalmente, si bien se vinculan también a otros factores (relacionados con los estilos de crianza familiar o con la existencia de otros trastornos mentales). En lo que respecta a los factores sociales, en este trastorno influyen particularmente las expectativas vinculadas al cuerpo que se asocia con el género femenino. Es decir, la exigencia de un físico determinado, que incide de manera desproporcionada en las jóvenes (una exigencia que, para ellas, se mantiene también en la edad adulta) y tiene su fundamento en comportamientos aprendidos en la familia, la escuela, los medios de comunicación y la sociedad patriarcal en general. Según un estudio realizado en Guipúzcoa, con más de 1.000 jóvenes entre 12 y 18 años, la preocupación por la apariencia física aparece en un tercio de las chicas (29,8%) y en menor medida en los chicos (11,2%), siendo moderada o extrema bastante más entre ellas (15,7%) que ellos (4,7%). Esta preocupación genera insatisfacción y baja autoestima en la mitad de las chicas (49,1%) y en menor medida (32,3%) entre los chicos (Ochoa, 2009).

Si bien no hemos detectado, entre los estudios analizados, referencias al estigma asociado a este tipo de trastornos, no resulta descabellado suponer que los estereotipos estarán asociados con la idea de debilidad de carácter y falta o carencia de personalidad de estas chicas en particular que a la hora de afrontar una expectativa que afecta a todas las mujeres se han dejado llevar “demasiado” por la idea de belleza. Este “pasarse de la raya” en el cumplimiento de la expectativa social, se las

vincula a un estereotipo de cierta “irracionalidad” originada por la distorsión manifiesta entre cómo ellas se perciben a sí mismas y cómo las ve el resto. Teniendo en cuenta los resultados físicos que estas enfermedades tienen en las chicas (delgadez extrema), es posible que padezcan un cierto aislamiento y rechazo social motivado por el desconocimiento o la “aprensión” del resto. Sin embargo, podría también suceder que los y las jóvenes desarrollen un mayor sentimiento de compasión ante estas chicas, pues la “enfermedad” tiene unos efectos físicos más visibles que el resto de trastornos, partiendo de la idea de que cuando los cambios son visibles y relacionados con el cuerpo (real, material) y no con el “alma” o “la mente” (componentes inmateriales, simbólicos), son más tolerados.

Con las personas jóvenes en general, por tanto, se da la paradójica situación de que, al encontrarse en un momento vital de cambios y en una institución totalizante como la escuela que regula lo que son buenos o malos comportamientos, cualquier modificación de su conducta pueda ser sobredimensionada o, al contrario, infravalorada. Por un lado, una persona joven que muestre un comportamiento hiperactivo podría ser categorizada como una chica o chico “molesto” o conflictivo y por tanto aislado en el aula para que no interceda en el desarrollo de la clase; en algunos casos podría suceder que el profesorado esté infravalorando lo que podría ser el desarrollo de un incipiente trastorno en esa persona. Por otro lado, y debido a la asociación generalizada entre juventud y salud, el mínimo cambio de comportamiento de un o una joven podría alimentar la sospecha de una enfermedad mental entre su entorno y, por tanto se estaría sobredimensionando esta opción. Sin embargo, el cambio de comportamiento podría deberse simple y llanamente a una reacción ante una situación conflictiva o dolorosa por la que está pasando esa persona. En este sentido, conviene tener en cuenta que ciertas situaciones personales o familiares que atraviesan las y los adolescentes (como una ruptura familiar, un proceso migratorio, etc.) pueden generar conflictos personales y dificultades adaptativas que tengan consecuencias en las relaciones interpersonales y en el comportamiento de las y los jóvenes. Dependiendo de otros factores, este cambio de conducta puede ser síntoma de un trastorno mental, o bien puede deberse a una estrategia de protección ante dificultades propias de la existencia. Resulta fundamental por lo tanto aportar a las y los jóvenes las herramientas emocionales necesarias para hacer frente a los traspiés a los que pueden enfrentarse en esta etapa de maduración personal.

b) Factores causantes o generadores del estigma

Los estereotipos que, en esencia, cumplen la función de simplificar y reducir la realidad a conceptos más sencillos, así como nos predisponen a una emoción “primaria”, distinguiendo entre “ellos” (los otros) y “nosotros”, funcionan a la perfección en el ámbito educativo (que a su vez, regula lo “bueno” y lo “malo”) en un contexto vital de construcción identitaria de las y los jóvenes. Esta construcción de la identidad se realiza forzosamente estableciendo un nosotros, un grupo de pertenencia y de referencia en concreto, pero también en abstracto, a través del cual las y los jóvenes se autoafirman. Este nosotros, se construye inevitablemente en oposición a un ellos, a un “exogrupo”. Es decir, una explicación del proceso de construcción del estigma podría tener relación con la necesidad de las y los jóvenes en su proceso de construcción de la personalidad, de distinguir entre el grupo de referencia y los otros, los extraños, los marcados, los diferentes.

Sin embargo, independientemente de las cuestiones que tienen que ver más con los factores psicológicos de conformación de la personalidad, lo cierto es que en el ámbito educativo se fomentan aprendizajes no sólo referidos a materias concretas, sino a valores de convivencia, como la tolerancia hacia la diversidad. Es probable que la escasez de recursos económicos así como personales y de tiempo de la educación pública esté imposibilitando la puesta en práctica de un trabajo de educación en valores y tolerancia social a la diversidad en las aulas.

En el caso de los trastornos de conducta alimentaria que, como hemos visto, afectan particularmente a las chicas, es de suponer que la desigualdad de género sea un factor explicativo de la especial vulneración de sus derechos y capacidades.

c) Barreras derivadas del estigma a las que se enfrentan las personas con trastorno mental

En la etapa de la **adolescencia**, a medio camino entre la infancia y la edad adulta, las chicas y chicos experimentan diversos cambios físicos y psicosociales que provoca que sus familiares los noten diferentes. Se trata de una etapa vital que, si bien es transitoria, no deja de ser importante. Durante esta fase de conformación de la personalidad pueden darse cambios de conducta, que pueden estar escondiendo un trastorno más complejo, o ser simples reacciones ante situaciones conflictivas y críticas en sus vidas. En todo caso, y teniendo en cuenta que en esta etapa de configuración de su personalidad, la relación con el grupo es muy relevante para ellas y ellos, es de suponer que las **actitudes tendentes al aislamiento** generen verdaderas barreras para su desarrollo. Esta situación se traduce no sólo en un obstáculo en el correcto tratamiento de esa persona, sino también en el acarreo de un fuerte estigma social en el aula que en ocasiones desencadena en situaciones de acoso escolar que van más allá de la “simple” burla y que pueden tener serias repercusiones (FEDEAFES, 2014).

Como ya se ha comentado anteriormente, una barrera importante tiene que ver con el imaginario que se tiene de la población joven y adolescente. Al **asociar directamente la juventud con la salud**, también mental, puede que no se acepte que las y los jóvenes también pueden sufrir situaciones dolorosas transitorias e incluso desarrollar un trastorno mental. El propio estereotipo de la juventud fuerte y sana podría estar generando barreras invisibles entre las y los jóvenes.

d) Medidas puestas en marcha para reducir el estigma

A continuación se presentan algunas de las actuaciones desarrolladas en diferentes contextos que se han considerado relevantes en la lucha contra el estigma asociado a las personas que tienen una enfermedad mental en el ámbito educativo y/o entre las personas jóvenes:

- ▶ **“Lo hablamos. Sensibilización sobre salud mental en las aulas”²⁶** es un proyecto elaborado, entre otros, por el Programa de Salud Mental del Servicio Andaluz de Salud y apoyado por asociaciones de usuarios/as y familiares como la Federación Andaluza de Familiares y Personas con Enfermedad Mental, FEAFES Andalucía. Se trata de una unidad didáctica de unas 2 horas y media de duración destinada a chicos y chicas de 14 a 16 años sobre salud mental. La sesión pretende promover entre las y los participantes un conocimiento más adecuado sobre salud mental, evitar el trato discriminatorio hacia las personas que tienen enfermedades mentales, así como sensibilizar sobre la importancia que tiene la propia salud mental en el bienestar emocional.
- ▶ **Campaña “Mentalízate”²⁷ contra el estigma.** En 2007 la Federación de asociaciones de familiares y personas con enfermedad mental de Castilla y León (FEAFES CyL) diseña la campaña Mentalízate, reconocida con varios premios (Obra Social Caja Madrid, Premios Toda Una Vida Para Mejorar y Premio Jaime Albert Solana). Desde febrero de 2008, su ejecución se ha generalizado a todo el territorio estatal, beneficiándose de la campaña más

²⁶ Material accesible en: http://www.1decada4.es/temporal/adolescenciayestigma/lohablamos/Manual_entero.pdf

²⁷ Material accesible en: [Campaña Mentalízate](http://www.mentalízate.info) o en www.mentalízate.info.

de 24.000 jóvenes. Su objetivo es la promoción de la salud mental a través del fomento de hábitos y estilos de vida saludables y a la prevención del trastorno mental centrada en concienciar a los/as jóvenes sobre el riesgo del consumo de tóxicos (especialmente alcohol y cannabis).

- ▶ En 2014 se pone en marcha el programa **“#Descubre. No bloques tu salud mental”**²⁸ implementado en un total de 21 entidades de la Confederación durante la primera edición. Se trata de un programa renovado, actualizado y ampliado con una imagen más llamativa y moderna con el fin de generar un mayor impacto en los jóvenes, ofreciendo información actualizada y adecuada sobre la importancia de la salud mental, así como de los factores de riesgo del consumo de drogas, los problemas de salud mental, y la posible relación entre ambos. En este programa se amplía el ámbito de actuación a otros actores del ámbito educativo como padres y madres y docentes.
- ▶ **Proyecto Chamberlin**²⁹ es un proyecto de sensibilización social que tiene como objetivo proporcionar información relevante sobre la esquizofrenia así como los tratamientos psicosociales que se utilizan para combatirla. Para ello se utiliza un formato cómic **“Una historia sobre Luis”**, en el que se detallan las distintas fases del curso de la enfermedad y los diversos abordajes e intervenciones que corresponden a cada una de ellas. Además, el comic cuenta con testimonios en primera persona de afectados y afectadas, así como de familiares y profesionales. El proyecto, que se dirige fundamentalmente a la población joven, pretende contribuir a la eliminación de estereotipos, ofrecer un punto de vista esperanzador, contribuir al desarrollo de una cultura social, así como promover en la población joven los valores éticos que propicien la eliminación de actitudes estigmatizantes e insolidarias.
- ▶ **“Espai Jove”**³⁰ es un programa comunitario de educación sanitaria con una duración prevista de 3 años (2012-2014), dirigido a los jóvenes de los distritos de Les Corts y Sarrià-Sant Gervasi. La finalidad de la intervención es aumentar el nivel de conocimientos sobre salud mental en la **población joven, las familias y los profesionales** que trabajan en contacto directo con ella. Han desarrollado fichas informativas sobre salud mental dirigidas a las y los jóvenes, así como manuales para profesionales sanitarios y equipos educativos. A su vez cuentan con una página web, actualizada donde se puede encontrar información rigurosa sobre el **bienestar emocional, la salud mental y la salud física**; como hábitos saludables en relación a la alimentación, el descanso o el ejercicio físico, información sobre los problemas emocionales o trastornos mentales más prevalentes y un espacio para resolver dudas en forma de consulta online.

e) **Recomendaciones para la erradicación del estigma**

A continuación se contemplan algunas de las recomendaciones aportadas en los documentos analizados, que se deberían tomar en consideración desde el ámbito educativo en la lucha contra el estigma social:

²⁸ Ver: Programa #Descubre. No bloques tu Salud Mental.

²⁹ Material accesible en: <http://www.proyectochamberlin.org/>.

³⁰ Ver: www.espaijove.net.

- ▶ Medidas de formación acerca del trastorno mental e inclusión de las personas con este tipo de trastornos en todas las etapas educativas; así como el fomento de la educación en valores en la escuela centrada en la aceptación de la diversidad (FEDEAFES, 2014; López *et al.*, 2008).
- ▶ Medidas relacionadas con la capacitación de los y las profesionales de la educación, particularmente en las etapas tempranas (educación infantil y primaria) de modo que sean capaces de intervenir precozmente.
- ▶ Medidas encaminadas a la mejora de los mecanismos de detección y prevención del acoso escolar.

La propia **Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud**, establece, entre sus recomendaciones en la lucha contra el estigma, lo siguiente:

- ▶ Las intervenciones dirigidas a fomentar la integración y reducir el estigma de las personas con enfermedades mentales se dirigirán preferentemente a profesionales de la salud, profesionales de la comunicación, **profesionales de la educación y escolares**, empresarios y agentes sociales, asociaciones de personas con trastornos mentales y sus familiares.

f) **Lagunas informativas en la investigación sobre el estigma**

Si bien existe cierta información en relación con el estigma asociado al trastorno mental en el ámbito educativo en la adolescencia, queda aún trabajo por hacer en lo referente al **ámbito universitario**. Los primeros síntomas suelen darse en torno al final de la adolescencia o principio de la edad adulta (UPD-ASIEM, 2012) por lo que sería interesante conocer qué sucede con quienes han iniciado una carrera universitaria y cómo se genera o retroalimenta el estigma en los centros de estudios superiores.

También es interesante conocer qué sucede con las personas que estudian Formación Profesional así como una comparación entre el grado de estigmatización que se reproduce en ámbitos de un nivel educativo más elevado; de este modo se podría comparar el grado de presencia de estereotipos y prejuicios entre grupos con diferente nivel educativo. De hecho, algunos estudios extranjeros apuntan a que el estigma se presenta en menor medida entre las personas con menor edad (jóvenes) y mayor nivel educativo o cultural (López *et al.*, 2008).

Como ya se ha adelantado, no existe mucha bibliografía con relación al doble estigma que las chicas adolescentes o jóvenes viven en relación con los **trastornos de la conducta alimentaria**. A pesar de que ha sido una temática que ha sido tratada por los medios de comunicación, etc., lo cierto es que no parece que se haya profundizado demasiado en esa discriminación múltiple que experimentan sus protagonistas. Sería interesante, por lo tanto, un trabajo que fuera en esta línea y desvelara las diferencias existentes entre el estigma que portan las chicas y los chicos que conviven con este tipo de trastornos.

En términos generales, se podría concluir que no se ha encontrado demasiada información en relación con el estigma asociado al trastorno mental (así como a otras situaciones) que las personas jóvenes acarrean en su espacio de socialización fundamental, el ámbito educativo. Es posible que el estereotipo generalmente extendido que vincula la juventud con la salud y el bienestar podría estar impidiéndonos conocer todas las aristas de la situación. En este sentido, sería interesante una

prospección más profunda pues precisamente en este entorno de cambios vitales y emocionales tan pronunciados, es probable que exista una riqueza de matices mayor de lo que a priori se considera.

4.3.3. Estigmatización en los medios de comunicación

Los medios de comunicación son agentes productores y reproductores de mensajes con una repercusión social relevante. Generalmente reproducen estereotipos existentes en el medio social exacerbando, a menudo, ciertos aspectos que consideran “de interés” y apelando a las emociones de modo que generan una suerte de sentimiento en torno a la información entre su audiencia. En el caso del estigma que portan las personas con enfermedad mental los medios de comunicación juegan un rol fundamental en la transmisión de informaciones que reproducen estereotipos y prejuicios negativos asociados al trastorno mental, así como una propensión a las conductas discriminatorias frente a estas personas. Resultan por lo tanto cruciales las intervenciones con los medios de comunicación, así como lo han hecho otros colectivos estigmatizados, para conseguir que transmitan informaciones veraces así como mensajes positivos, que genere reacciones emocionales afirmativas y actitudes de tolerancia social.

a) Percepciones y actitudes en relación con el estigma

Debido a diversos factores que más adelante analizaremos, los medios de comunicación cuentan y transmiten informaciones erróneas, a menudo confusas, sobre los tipos de trastornos mentales, utilizan un lenguaje estigmatizante, desvalorizan las estrategias de intervención con las personas con enfermedad mental, al tiempo que reproducen una serie de estereotipos vinculados a éstas, como puede ser el de la peligrosidad.

a.1) El contenido de las informaciones

Desde el punto de vista de los contenidos y mensajes que los medios transmiten a la audiencia que les sigue, la referencia más relevante o comúnmente realizada es la **vinculación entre trastorno mental y agresividad o violencia**. En el último *Anuario de Alerta Estigma* que realiza periódicamente la organización catalana Obertament³¹, que se nutre de la recogida por parte de la sociedad civil de informaciones sobre salud mental aparecidas en medios de comunicación, se concluye que la mayoría de los mensajes informativos (60%) de los medios relacionan el trastorno mental con el ejercicio de la violencia (Obertament, 2014). Esta presunción ha sido corroborada por un estudio nacional que analiza piezas informativas de prensa escrita, radio y televisión fundamentalmente en Madrid durante 11 días seguidos en abril de 2005, bajo una metodología rigurosa, que apunta a que los estereotipos más reproducidos son los que hacen referencia a la violencia y la **impredecibilidad** y, en menor medida, el de atribución de **responsabilidad** de su enfermedad a la persona enferma o **incompetencia**. Estos últimos parecen estar más presentes en los medios radiofónicos, si bien no existen diferencias significativas en cuanto a la utilización de un medio u otro en la reproducción del estigma (Muñoz *et al*, 2011).

³¹ OBERTAMENT (2014), *Anuari Alerta Estigma* (en catalán). Accesible en: [OBERTAMENT: Anuari Alerta Estigma](#). [consulta: 9 de febrero de 2015].

EL TRATAMIENTO INFORMATIVO DEL SUICIDIO

El suicidio es quizás el **tabú más extendido** en la sociedad en general y entre los medios de comunicación en particular. Si el trastorno mental ya tiene poca cobertura mediática y generalmente ésta es negativa, el suicidio sin embargo no tiene prácticamente cabida entre los medios. Algunos estudios ponen sobre la mesa el **posible “efecto contagio”** que tiene la publicación de noticias sobre suicidios en la población, en especial en la más joven. Lo cierto es que dichos estudios acompañados de recomendaciones han fomentado en **los medios de comunicación**, un silencio intencionado. La mayoría de los medios **no publican informaciones** que tengan que ver con estas prácticas, excepto en contadas ocasiones en que exista una especial relevancia informativa. Los *Libro de estilo* de El País, El Mundo o Radio Televisión Española se hacen eco del llamado “efecto contagio” y recomiendan no informar sobre suicidios (Gallardo, 2011).

Sin embargo, tanto algunos especialistas como asociaciones de supervivientes³² no comparten esta idea y estiman oportuno que **se rompa con el tabú y se hable del tema** de modo que no se estigmatice a quienes están pasando por una situación compleja. Las tasas de suicidio españolas, aun siendo bajas en comparación con otros países de la UE, han aumentado en los últimos años y alertan, según expertos, de un importante problema de salud pública. Cada año mueren en España unas 3.500 personas por suicidio, siendo la primera causa de muerte violenta y duplicando la cantidad de personas fallecidas por accidentes de tráfico³³. Aun así, hasta ahora **no existe un plan nacional para prevenir el suicidio en España** a pesar de que existe unanimidad por parte de la Comisión de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad del Congreso para la puesta en marcha de una proposición no de ley en este sentido³⁴.

Ante la relevancia de los datos, a partir de los años 2000 ciertos organismos internacionales como el la **Organización Mundial de la Salud (OMS)** o el **Consejo de Europa** publican **recomendaciones** en torno a la cobertura mediática del suicidio, por lo que la tendencia en los medios va cambiando. En las recomendaciones elaboradas por la OMS en colaboración con la Asociación Internacional de Prevención del Suicidio (OMS-IASP, 2008) se insta a los medios a publicar informaciones sobre suicidios siguiendo ciertas pautas como evitar facilitar información sobre el método utilizado o incluir siempre información sobre lugares a los que se puede pedir ayuda, entre otras.

a.2) El uso del lenguaje y las imágenes

En cuanto al lenguaje, generalmente los medios reproducen y contribuyen en la generación del estigma atribuyendo a la persona que tiene una esquizofrenia **el apelativo de “esquizofrénico”**, dando por hecho que esa persona es “esquizofrénica, sólo esquizofrénica y siempre esquizofrénica” (López, 2007). Es decir, al colocar la etiqueta, la marca, que no es más que un diagnóstico médico que tiene validez y sentido sólo en un ambiente clínico, esta persona es retratada únicamente a través de la lente del “trastorno mental”, como si su único rol social fuera el de persona enferma. Sabemos que los términos que utilizamos para nombrar las cosas, las situaciones, etc. tienen mucha importancia a la hora de proporcionar un significado y “crear” una realidad. Lo cierto es que el término de “enfermedad mental” parece ser algo “neutro” al incluir una vertiente médica-curativa a la “locura”, sin embargo el peso de la imagen de la locura en la época clásica es tan fuerte que acaba vinculándose a los mismos estereotipos. El fomento de un uso no estigmatizante de los términos (utilizar un lenguaje “políticamente correcto”) es un reclamo que ya ha sido expresado y

³² Como *Después del Suicidi*. Ver: <http://www.despresdelsuicidi.org/>.

³³ Ver: Eldiario.es (08092014): *Noticia sobre suicidio en España*.

³⁴ Ver: <https://es.noticias.yahoo.com/congreso-insta-gobierno-marcha-plan-nacional-prevenir-suicidios-183703707.html>

puesto en práctica por otros colectivos como la utilización de la palabra homosexual en lugar del apelativo peyorativo “maricón” o “bollera”. Sin embargo, el cambio terminológico probablemente no sea el único paso que se debería dar. Parece que existe poca evidencia científica de que únicamente el cambio terminológico funcione como inhibidor de la estigmatización y la discriminación. Más bien parecería que el proceso debería ser inverso: primero se deberían cambiar las actitudes y comportamientos discriminatorios para que los cambios en el lenguaje resulten útiles (López, 2007; Mena *et al*, 2010).

Además de la utilización incorrecta del diagnóstico médico, según las investigaciones empíricas realizadas, existe un contraste entre el volumen de informaciones sobre el trastorno mental y la **utilización abusiva de términos técnicos que hacen referencia al trastorno mental**. Generalmente, estos términos se utilizan de forma inadecuada (aplicada a objetos, por ejemplo), peyorativa o como recurso literario (Muñoz *et al*, 2011). A menudo se leen o escuchan expresiones como la “política esquizofrénica” o la “actitud delirante o loca” de tal personaje. Esto sucede generalmente en espacios no informativos: el *Anuario de Alerta Estigma* de Obertament establece que la mayor parte (casi el 70%) de los contenidos aparecidos en **espacios de ficción o de opinión** en Cataluña durante 2013 hacen un uso despectivo de conceptos psiquiátricos.

En la mayoría de los documentos analizados se hace alusión a la **necesidad de hacer uso de imágenes positivas de personas con problemas de salud mental** tanto en las informaciones como en los productos de ocio y entretenimiento, como las series o películas (López, 2007). Lo escaso que se ha publicado en cuanto al tipo de imágenes que se utilizan para ilustrar las piezas informativas sobre el trastorno mental, hace alusión a personas con actitudes pasivas, sin interacción social, o bien a personas con la mirada perdida o tapándose la cara en largos pasillos oscuros con luz al final (Gallardo, 2011). Sin embargo, más allá de esta enumeración no se han encontrado análisis de base empírica sobre el uso de las imágenes, incluso en los estudios que conllevan trabajo de campo que aquí se han mencionado, no se hace alusión alguna al uso nocivo o positivo de las imágenes en los canales analizados.

b) Factores causantes del estigma

Existen algunos factores “generales” que tienen que ver con cuestiones como las **condiciones laborales** así como con aspectos más relacionados con la **“cultura” propia de la profesión**. Es decir, la **precariedad laboral** que, afecta a muchas otras profesiones, ha tenido un especialmente fuerte impacto en los últimos años en España precisamente entre los y las periodistas, quienes, a menudo tienen escasa experiencia laboral, deben cubrir diferentes temáticas y hacerlo en tiempo record con mensajes simples y llamativos. Para que estas piezas informativas “enganchen”, a menudo se recurre al sensacionalismo.

Por otro lado, intervienen también aspectos propios de este gremio en cuestión que tienen relación con: **la línea editorial** o ideología del medio, así como con el **conocimiento y responsabilidad** del propio profesional con el tema. En este sentido, las y los profesionales reclaman información respecto a ciertos temas, al tiempo que cuentan con demasiado poco tiempo y no son amigos de pautas que puedan regular sus prácticas, lo cual a veces entienden como un ataque a la libertad de expresión (López, 2007). Todos estos son elementos contextuales del ejercicio de la profesión periodística que tienen una incidencia directa en el tratamiento de la información por parte de los medios, y en particular con la transmisión de información en torno a las personas con enfermedad mental.

En cuanto a la recurrente **vinculación de trastorno mental y actos delictivos** que realizan los medios, una explicación tiene que ver con cómo la sociedad en general analiza ciertos comportamientos “inexplicables”. Parece que genera una cierta “tranquilidad” atribuir la condición de “enferma mental” a cualquier persona que ha cometido un acto delictivo atroz de difícil comprensión. Resulta quizás **complejo aceptar que en la naturaleza humana exista la “maldad”** así como personas que la ejercen, por ello se atribuye una etiqueta de enferma a la persona que tiene ese tipo de comportamientos. **El crimen** entonces, según el psiquiatra de origen húngaro Thomas Szasz, **no puede ser resultado del “libre albedrío”, sino de una enfermedad mental** (Vasquez, 2011).

En relación con la cobertura del **suicidio**, como ya se ha comentado, hasta hace relativamente poco tiempo existía la presunción de que el tratamiento de noticias sobre el suicidio en los medios tenía un “efecto contagio” en la audiencia. Actualmente esta postura parece estar superada y las propias organizaciones internacionales como la OMS recomiendan desde hace años la cobertura de las prácticas suicidas fundamentalmente desde el enfoque de la prevención. Sin embargo, el estigma asociado al suicidio, al menos en el entorno de los países de tradición católica, hunde sus raíces en la moral cristiana-católica que juzga esta práctica como moralmente mala. Sirva como ejemplo, que si bien ahora no es así, históricamente y hasta hace bien poco en España las personas que cometían un suicidio no eran enterradas en sagrado; es decir, se les separaba del resto ya que habían pecado, no habían tenido un comportamiento moralmente ejemplar.

c) **Barreras derivadas del estigma a las que se enfrentan las personas con trastorno mental**

Como consecuencia del **efecto multiplicador** que tienen los mensajes difundidos por los medios de comunicación, los estereotipos y prejuicios que reproducen afectan **en todos los ámbitos de la vida** diaria de las personas con trastorno mental. Es decir, la presentación de “imágenes o tipos estereotipados” como el esquizofrénico agresivo, impredecible, que tiene la culpa de lo que le sucede y que además es incapaz, genera sentimientos de rechazo y distancia social de la población general, al tiempo que profundos sentimientos de desasosiego en las personas afectadas. En concreto, los estudios alertan de que existe una barrera invisible denominada **estigma percibido o anticipado**, que es especialmente nocivo a nivel emocional y que repercute negativamente en la calidad de vida y la autoestima, así como aumenta los síntomas de depresión y ansiedad (Muñoz *et al*, 2011).

d) **Medidas puestas en marcha para reducir el estigma**

- ▶ Una de las iniciativas más interesantes en España es la **Estrategia 1 de cada 4**³⁵, enmarcada en el Plan Integral de Salud Mental de la Consejería de Salud de Andalucía, que desde 2005 se dedica a la sensibilización en salud mental. El nombre de la estrategia alude a que, según los datos, una de cada cuatro personas desarrollará una enfermedad mental a lo largo de su vida. La estrategia, si bien se dirige a la población general, lo cierto es que en especial está destinada a las y los profesionales de los medios de comunicación. Su objetivo es conseguir que los medios **aborden de forma correcta, no estigmatizada y rigurosa las informaciones sobre trastorno mental**. Para conseguirlo desarrollan diferentes acciones:

³⁵ Accesible en: www.1decada4.es [consulta: 4 de febrero 2015].

- Elaboran y ponen a disposición de las y los profesionales un conjunto de **guías** y **recursos**³⁶ para mejorar el tratamiento de las piezas informativas.
- Cuentan con un **Observatorio de Medios** que realiza vigilancia activa del tipo de informaciones publicadas, en el que se insta a la participación ciudadana.
- Realizan diversas **jornadas de sensibilización** así como **talleres** más concretos en los que participan profesionales de los medios, del ámbito sanitario, personas con enfermedad mental y sus familiares.
- La **web 1decada4.es** que contiene información y documentación diversa (como datos y estadísticas, información jurídica o artículos periodísticos) para conocer el trastorno mental.
- Se llevan a cabo **proyectos de investigación** acerca de **la imagen del trastorno mental en los medios de comunicación** en Andalucía.

Esta iniciativa ha sido recogida como una **buena práctica** en la consecución de los objetivos de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (Ministerio Sanidad, 2010) en el área de sensibilización para la erradicación del estigma social sobre las personas con enfermedad mental, y es reconocida entre el movimiento asociativo de personas con trastornos mentales como un ejemplo a replicar.

- ▶ En el tercer sector encontramos, como señalábamos con anterioridad, entidades o colectivos como la organización catalana **Obertament**³⁷ que realizan, entre otras actividades, una **vigilancia activa** de los mensajes que lanzan los y las profesionales de la comunicación y nos ofrecen una relación de los principales estereotipos que reproducen. Esta organización nace en 2010 de la unión de diferentes entidades sociales vinculadas a la salud mental en Cataluña para promover cambios actitudinales en la población y facilitar la generación de aprendizajes en el ámbito de la salud mental. Una de las iniciativas de este grupo es la **“Alerta Estigma”**, un programa coordinado por un equipo de activistas que tienen un trastorno mental que vigilan los mensajes sobre trastorno mental que se emiten desde los medios de comunicación. También se llevan a cabo acciones de sensibilización a la población general, así como formación a activistas con trastorno mental para hablar con los medios de comunicación y trasladar mensajes positivos y de recuperación sobre sus enfermedades, basados en su experiencia.
- ▶ Por último, destacamos el trabajo de la Confederación en torno a los ejes interno y externo, que detallamos a continuación:
 - A nivel interno destacamos el trabajo de la Confederación en el fomento del desarrollo de habilidades de comunicación de la Salud Mental para cada una de las entidades de la Confederación. En esta línea, se elabora, con el apoyo del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad el **Manual de Comunicación para Entidades “Comunicar la salud mental”**, una herramienta dirigida a todas las entidades de la Confederación, con el objetivo de que puedan tener una base y una fuente de información efectiva y real con la que dirigirse a los medios de comunicación que demandan información. Algunas de las claves que se aportan

³⁶ Algunas de las guías de estilo como la guía Salud Mental y Medios de Comunicación publicada por FEFES (2008) pueden encontrarse aquí: [Guías 1decada4.es](http://1decada4.es). [consulta: 9 de febrero de 2015].

³⁷ <http://obertament.org/es/quienes-somos/presentacion>.

tienen relación con: cómo elaborar un plan de comunicación, como llegar a los medios, cuáles son las actividades de comunicación o cómo realizar portavocías.

- En cuanto al nivel externo, la Confederación ha elaborado una Guía para los medios denominada: **“Salud Mental y medios de comunicación. Guía de estilo”**³⁸ en la que se aporta a los medios definiciones y datos sobre los diferentes trastornos mentales, así como se desarmen los mitos asociados a ellos. Se ofrecen también propuestas concretas y una autorregulación para evitar que contribuyan a la reproducción del estigma.

e) Recomendaciones para la erradicación del estigma

Las prioridades a atender por parte de los medios de comunicación e información deberían residir en dar información correcta, integrada en los sistemas habituales de formación e información (sistema educativo, medios de comunicación, industria del ocio), con contenidos que incluyan información sobre la enfermedad y sus tratamientos, pero también sobre las capacidades y alternativas residenciales (López *et al.*, 2004a) y laborales (López *et al.*, 2004b), contrarrestando los contenidos tradicionales del estereotipo y contando con la participación individual y colectiva de las personas afectadas (López *et al.* 2008).

- ▶ Es necesaria **una actitud vigilante** ante flagrantes atentados a la dignidad de las personas y a **informaciones notoriamente erróneas, discriminatorias y estigmatizantes**. Para ello hay que:
 - Denunciar en primera persona, es decir, que las personas con enfermedad mental sean las encargadas de “llamar a la puerta” de los profesionales y hacerles ver el problema. De esta manera se genera un vínculo personal y el o la periodista se lo pensará dos veces antes de publicar otra noticia estigmatizante (Mena *et al.*, 2010).
 - Las denuncias deben realizarse no sólo hacia las y los profesionales de la comunicación sino también a la dirección de los medios, a la persona responsable de la redacción, así como a otras instituciones que velen por los derechos de la ciudadanía como defensores del lector, consejos audiovisuales u oficinas defensoras de las audiencias.
- ▶ Dado que la mayor parte de las informaciones que se dan son peyorativas y estigmatizantes, se debe promover la elaboración de piezas informativas y reportajes que ofrezcan una **imagen positiva** de las personas con trastornos mentales graves, presentándolos como ciudadanos con derecho y posibilidad real de ejercer roles sociales normales y no solo ni fundamentalmente el de enfermos. Para ello:
 - Esta imagen debe desarrollarse en primera persona, es decir, a partir de los testimonios de las personas que tienen un trastorno mental.
 - Resulta más pertinente ahondar más en las vidas concretas de las personas afectadas y las dificultades personales que les supone el estigma, en lugar de hacer grandes relatos sobre la enfermedad en sí, sus causas, la proporción real de personas violentas, etc., ya que al tratarse de un tema complejo, no se puede

³⁸ Ver: [Salud Mental y medios de comunicación. Guía de estilo \(2008\)](#).

sacar claras conclusiones simples al respecto y esto genera confusión (López, 2007).

- ▶ Es importante que las **imágenes positivas** de personas con problemas de salud mental se extiendan a **los formatos audiovisuales de la industria del ocio** como las series de televisión, los programas de entretenimiento, las películas, etc.
- ▶ Resulta importante que las **personas con trastorno mental reciban formación** y entrenamiento a la hora de hablar con los medios de comunicación de manera que sean capaces de manejar la presión y lanzar el mensaje que quieran transmitir.
- ▶ Parece haberse confirmado a la luz de la experiencia que es más útil **integrar la información en piezas informativas** dentro de los canales habituales, de manera transversal, **que hacer “grandes campañas”** de objetivos y audiencias muy generales y recortadas en el tiempo, cuya escasa utilidad es conocida.
- ▶ Establecer **acuerdos y alianzas** con los profesionales de los medios, que permitan **articular espacios periódicos de formación e intercambio**, en los que participen activamente **personas con trastorno mental**, así como ofrecer la **disponibilidad para asesorar** en demandas concretas. En este sentido, resulta crucial la elaboración de materiales de consulta como guías de buenas prácticas y de regulación y autorregulación (como protocolos) de ciertos aspectos en la práctica profesional relacionada con el trastorno mental desde un enfoque de periodismo ético comprometido con el respeto de los derechos humanos (López, 2007).
- ▶ Algunas personas con enfermedad mental plantean un **cambio terminológico**, es decir, utilizar expresiones como “personas en riesgo psicosocial” en lugar de enfermos y enfermas. O bien hablar de “trastorno de adaptación social” en vez de “enfermedad mental”, a modo de iniciativa para erradicar el estigma que, según ellos y ellas radica en la palabra.

f) **Lagunas informativas en la investigación sobre el estigma**

A pesar de que se ha escrito mucho sobre el estigma que reproducen los medios de comunicación, y se han elaborado guías de estilo o protocolos que las y los profesionales de los medios pueden consultar para mejorar la cobertura de piezas informativas sobre esta temática, lo cierto es que son **escasos los trabajos que realizan un análisis de las piezas informativas** para identificar claves sobre cómo y de qué manera se reproduce dicho estigma. A la hora de plantearse una estrategia de erradicación del estigma en este ámbito que sea eficaz y útil, resulta fundamental basarse en estudios empíricos sobre el tema. Se echan en falta investigaciones que, a raíz del desarrollo de un trabajo de campo minucioso desmenuen todos los matices en torno al recurso del estigma entre los medios. En España existen fundamentalmente tres trabajos, el último de hace 10 años y todos ellos están basados en la prensa escrita (Muñoz *et al*, 2011). En este sentido, sería preciso que este estudio en torno a **la imagen social del trastorno mental en los medios de comunicación** (esto es, el tratamiento que éstos dan a los trastornos mentales en sus informaciones) analizase **diversos medios y canales de comunicación** como prensa escrita (incluida la prensa gratuita, de amplio alcance), audiovisual y radio, aunque también otros formatos más actuales como internet, utilizando una metodología rigurosa. Adicionalmente, se debería incluir el análisis de las **imágenes o ilustraciones** que acompañan las informaciones, tan poco estudiadas y que sin embargo tienen su repercusión también.

Siendo **Internet** como uno de los **canales de información y creación de opinión más en auge** en los últimos años, no se ha estudiado lo suficiente, por lo que **desconocemos totalmente** cómo se

reproduce el estigma en este medio así como qué tipo de estereotipos funcionan. Una de las peculiaridades de este medio es que cualquier persona puede crear contenidos, lo cual introduce ciertas variables nuevas con las que trabajar para erradicar el estigma. En este sentido, un estudio pormenorizado acerca del imaginario social del trastorno mental en este medio sería deseable.

Se plantea también la necesidad de contar con un estudio sobre la imagen social del trastorno mental en la **industria del entretenimiento y del ocio**, es decir, magazines, películas, series de ficción, etc. ya que tienen una importante repercusión en lo que se refiere a la transmisión de estereotipos así como, y fundamentalmente, en la movilización de emociones en la población general (Muñoz *et al*, 2011; Mena *et al*, 2010; López, 2007).

Finalmente, cabría destacar que ninguno de los estudios, artículos o vídeos analizados hacen referencia a **cuestiones transversales como el género, la opción sexual o la etnia** (por citar algunas) que pueden estar interviniendo en la generación de un doble estigma en las informaciones de los medios de comunicación. En este sentido, y tal y como se viene recomendando en este trabajo, la observación de la transversalidad del género o las situaciones de discriminación múltiple resultan fundamentales para conocer la realidad más completa posible del estigma del trastorno mental. Si obviamos ciertas características que atraviesan a las personas, que las “colocan” en una posición social determinada y que pueden generar matices relevantes en las actitudes sociales así como la multiplicación de las desigualdades, entonces estamos recogiendo una imagen sesgada sobre la imagen del trastorno mental.

4.3.4. Estigmatización en el ámbito de los servicios sociales y la red de dispositivos de atención a la salud mental

Otro de los ámbitos que las personas con enfermedad mental frecuentan con cierta asiduidad es el de los servicios sociales, lo que hace que tengan relaciones más o menos estrechas con las y los profesionales que desempeñan su trabajo en los diversos centros que forman la red **de asistencia social**, los cuales no están exentos de convertirse en **espacios de discriminación potencial**. La red asistencial está fundamentalmente compuesta por hospitales de día, Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS), Centros de Rehabilitación Laboral (CRL), Mini-Residencias, etc. En estos espacios trabajan profesionales de la psicología, la educación social, el trabajo social, la terapia ocupacional, etc. Las personas con enfermedad mental pasan gran parte del día o incluso a veces pernoctan en estos centros, en función de su tratamiento psicosocial y de sus necesidades.

a) Percepciones y actitudes en relación con el estigma

El estudio *Estigma y enfermedad mental* elaborado por un equipo investigador de la Universidad Complutense y promovido por la Comunidad Autónoma de Madrid (CAM) entrevista, entre otros colectivos, a profesionales de la psicología, la educación social, la terapia ocupacional o el trabajo social de la red pública asistencial de la CAM. Las conclusiones de dicho estudio apuntan a la casi inexistencia entre las y los profesionales de los servicios sociales de estereotipos comunes entre la población general como la peligrosidad y la responsabilidad, así como a la ausencia de miedo o rechazo social de las personas con enfermedad mental. Tampoco se detectan, como sucede en otros profesionales que trabajan con personas con enfermedad mental como el personal sanitario, actitudes de deshumanización, paternalismo, infantilización y bajas expectativas de recuperación. Sin embargo, otras actitudes relacionadas con el estigma fueron algo más frecuentes, como la **compasión** y la **disposición a la coacción para el seguimiento del tratamiento**. Por otro lado,

aunque existe en este grupo una conciencia clara de los efectos negativos de la utilización de un lenguaje estigmatizador y el uso de etiquetas, la mayoría admite utilizar este tipo de expresiones (como loco o loca, etc.) que, en ocasiones, han tenido consecuencias adversas para ellos o para los usuarios de los centros en los que trabajan (Muñoz et al, 2009).

Complementariamente, tal y como se avanzaba en el inicio de este trabajo, el estigma social que viven las personas con enfermedad mental es tan potente que se proyecta, por contacto con estas personas, a las y los profesionales que les atienden. Según los estudios analizados, existe, aunque no sea mayoritario, un cierto **estigma por asociación entre las y los profesionales de la atención psicosocial** que les lleva, en ocasiones a **ocultar su profesión por miedo al rechazo social**.

De otro lado, cabe mencionar las actitudes discriminatorias materializadas en una **tolerancia fría y paternalismo**, cuando no directamente **rechazo social** entre las y los vecinos que habitan en el entorno de un recurso de atención psicosocial (Badallo et al, 2013).

b) Factores causantes del estigma

A pesar de la formación de las y los profesionales de los servicios sociales en relación con el trastorno mental, el estigma asociado a la misma, etc., estas personas no dejan de formar parte de la sociedad por lo que resulta razonable que algunos de los estereotipos asociados al trastorno mental puedan afectarles. De hecho, tal y como se ha venido demostrando hasta ahora, la fuerza del estigma es tan potente que ni siquiera las propias familias de las personas afectadas están exentas de reproducir ciertos estereotipos y prejuicios. Sin embargo, en el caso de las y los profesionales de la asistencia social, las actitudes más frecuentes tienen relación con el uso de la coacción con el fin de que las y los usuarios del servicio continúen el tratamiento (lo que, a fin de cuentas, constituiría un tipo de paternalismo), así como el desarrollo de la **compasión**. Estos sentimientos recuerdan más a **un tipo de relación familiar** de las y los profesionales con las personas con trastorno mental, que a un tipo de relación profesional. Esto podría deberse a que las y los profesionales de la asistencia social **pasan mucho tiempo con las personas que han sufrido un trastorno mental**, e incluso a menudo comparten “techo” (como en el caso de las Mini-Residencias o los pisos tutelados), por lo que la distancia que se crea entre usuarios y profesionales se difumina, lo cual sin embargo no sucede en el ambiente hospitalario entre personal sanitario y pacientes. En este sentido, cabe tener en cuenta que las dinámicas estigmatizantes a menudo se dan cuando ingresan personas nuevas en el servicio que son desconocidas y por las que hay un mayor miedo a su posible descompensación. Una vez que se generan las relaciones sociales en el centro entre usuarios y profesionales, la sensación de “riesgo” se desvanece (FEDEAFES, 2014). De modo que de nuevo, incluso en el gremio de profesionales de la asistencia directa a personas con enfermedades mentales, la incertidumbre que genera enfrentarse a personas etiquetadas como enfermas mentales por la interiorización de imágenes generalizantes condiciona su primera reacción ante ellas.

En cuanto a la discriminación que se produce **en el entorno de los recursos de atención social**, como es el caso de las Mini-Residencias, parece que las dinámicas estigmatizantes de la vecindad y/o de las y los trabajadores municipales tiene relación con el tiempo de permanencia de los usuarios y el número de los mismos, disminuyendo las actitudes estigmatizantes cuanto mayor es el **tiempo de permanencia en la residencia**, así como **menor es el grupo de usuarios**. Sin embargo, lo que se ha constatado también es el **escaso conocimiento** con respecto a lo **qué es una residencia**, qué significa **la rehabilitación psicosocial**, así como cuáles son las necesidades de las y los usuarios. Es probable que este desconocimiento unido a los estereotipos y prejuicios

que existen en la sociedad (que acaban siendo los únicos medios de información acerca de los trastornos mentales), sean los que generan tolerancia fría y paternalismo entre el vecindario.

c) Barreras derivadas del estigma a las que se enfrentan las personas con trastorno mental

Las dinámicas estigmatizantes y las actitudes discriminatorias derivadas del estigma que se despliegan en el ámbito del recurso psicosocial (las actitudes discriminatorias de vecinas y vecinos unidas a las del propio personal psicosocial) **influye negativamente en el proceso de recuperación** de las personas con trastorno mental (Badallo *et al*, 2013). Este proceso resulta crucial para que la persona se sienta confiada consigo misma y recupere su proyecto de vida.

Tanto los conatos de privatización de los servicios públicos sociosanitarios como la propia heterogeneidad de los mismos en función del territorio tienen sus consecuencias negativas en la puesta en práctica del llamado enfoque comunitario. Si bien cada Comunidad Autónoma desarrolla de manera diversa la red de atención, según datos de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, la **dotación de recursos humanos** en los centros de salud mental de adultos **es heterogénea y en general insuficiente en el conjunto de los servicios asistenciales** de las comunidades autónomas. No sólo hay una carencia de profesionales sino también de plazas en los centros y mini residencias para las personas con enfermedad mental (Jiménez, 2011). Esta situación no hace sino dificultar las tareas de rehabilitación psicosocial y posterior recuperación de las y los usuarios, en el entorno comunitario, lo cual, a su vez conlleva una serie de obstáculos para la integración y reducción del estigma de las personas que tienen un trastorno mental.

Finalmente, existe una discusión sobre si los recursos sociales para personas con enfermedad mental deberían integrarse en los recursos habituales de asistencia social, en lugar de tener servicios específicos para personas con enfermedad mental, independientemente de que, en el interior de esos recursos generales, existan otros especializados necesarios. Podría ser que la existencia de servicios únicamente para personas con enfermedad mental esté actuando de barrera para una mejor integración social ya que evitan el contacto social con otras personas que frecuentan los servicios sociales.

d) Medidas puestas en marcha para reducir el estigma

En el presente trabajo de meta-análisis no se ha identificado un gran volumen de medidas puestas en marcha para reducir el estigma en este ámbito en concreto. Recordemos que, según los estudios analizados, en el espacio del recurso en sí no se han observado importantes dinámicas estigmatizantes, si bien no está exento de ellas. Sin embargo, parece que podría existir una mayor presencia de estigma en el entorno de los recursos: en las comunidades en las que se insertan. Por un lado, se destaca el desarrollo de actividades antiestigma en las que se promueve la interacción entre las personas con enfermedad mental usuarias de los servicios sociales y la comunidad en la que se insertan. Por otro lado, el propio desarrollo de redes de asistencia social potentes y con recursos suficientes que promuevan la recuperación de la persona a través de su inserción y desarrollo en el medio comunitario, se plantea como una vía fundamental en la lucha contra el estigma en el ámbito de los servicios sociales. En este sentido, destacamos las siguientes medidas:

- ▶ En los diversos **centros de la Red de Atención Social de la Comunidad Autónoma de Madrid** se promueve el desarrollo de distintas **actuaciones de lucha contra el estigma que sufren las personas con enfermedad mental**³⁹.
 - Se realizan múltiples acciones a nivel local, charlas, actuaciones comunitarias (voluntariado con personas mayores), sensibilización en institutos, elaboración de audiovisuales⁴⁰, etc.
 - También se realizan otro tipo de **actuaciones integrales en algún municipio** como, por ejemplo, el proyecto **“Participa y Comprende”**⁴¹, que se desarrolla en el municipio de Getafe con la activa implicación de todas las instituciones y entidades de la zona (Ayuntamiento de Getafe, Asociación de Familiares de enfermos mentales de Getafe, Servicio de Salud Mental de Getafe y Centros de Atención Social existentes en Getafe -CRPS, Residencia, CRL, Centro de Día y Equipos de Apoyo Social Comunitario-).
- ▶ Desde la **Fundación Pública para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental de Andalucía**, conocida como **FAISEM**, la lucha contra el estigma es componente nuclear de todas las **acciones destinadas al apoyo de la recuperación y los derechos de ciudadanía** de las personas con Trastornos Mentales Graves (TMG). En ese sentido, pone en práctica distintas actividades como:
 - El establecimiento de una red de recursos de apoyo social que facilite la vida en la comunidad de las personas con TMG en cuestiones básicas como el alojamiento, el empleo y la vida cotidiana. Estos recursos, además, son situados de forma integrada en los entornos sociales que en cada caso corresponde, facilitando la interacción social de y con las personas atendidas.
 - La facilitación del desarrollo y visibilidad de estas personas en el ejercicio de roles sociales distintos del de enfermo o enferma, como, por ejemplo, los vinculados al empleo o las actividades culturales y deportivas.

e) **Recomendaciones para la erradicación del estigma**

Entre otras actuaciones, los diversos estudios analizados al respecto, recomiendan la puesta en marcha de las siguientes iniciativas:

- ▶ Facilitar la interacción y contactos sociales de las personas con trastorno mental y su entorno, a través de la integración de los servicios sanitarios y sociales en sus respectivos contextos, el desarrollo de funciones o roles distintos de los de la enfermedad y la participación en actividades de formación.
- ▶ Establecer un sistema de vigilancia y protesta activa frente a manifestaciones flagrantes de estigmatización y discriminación (López *et al*, 2008).

³⁹ Ver: [CAM: Sensibilización social y lucha contra el estigma asociado a la enfermedad mental.](#)

⁴⁰ Ver: [CRPS Los Cármenes, Intress, CAM: Videoclip Una mirada diferente.](#)

⁴¹ Ver: [Participa y Comprende.](#)

- ▶ Intervenir desde el punto de vista psicosocial para reducir el impacto del estigma en el proceso de recuperación de las y los usuarios: desarrollando estrategias de afrontamiento y de construcción de una identidad recuperada.
- ▶ Potenciar la participación de las y los usuarios en la vida del municipio: participación en actividades comunitarias, utilización de recursos comunitarios, etc.
- ▶ Actividades de sensibilización e información sobre los propios recursos comunitarios así como a otorgarles un cierto valor añadido (Badallo *et al*, 2013).

En el caso de **la actuación de las y los propios profesionales**, se aconseja:

- ▶ Incorporar la lucha contra el estigma como parte de un “certificado de profesionalidad” de las respectivas profesiones.
- ▶ Asumir la responsabilidad de ser agentes sociales de cambio, apoyando y acompañando procesos de empoderamiento de las personas con enfermedad mental. Todo ello desde un enfoque que respete los tiempos de las personas que tienen trastornos mentales ya que son ellas las que han de hacer su propio camino (FEDEAFES, 2014).

f) **Lagunas informativas en la investigación sobre el estigma**

Debido a la **diversidad** en cuanto al **desarrollo de los recursos asociados al enfoque comunitario** de atención a las personas con enfermedad mental en cada una de las **Comunidades Autónomas**, resultaría interesante poder contar con un **análisis integrado que permita observar las debilidades y fortalezas** de cada una de ellas. En este sentido, sería relevante poder contar no sólo con un análisis del nivel de desarrollo de los recursos de atención social comunitaria en cada Comunidad sino también sobre la medida en que se reproduce o no el estigma en los mismos y sobre las actuaciones llevadas a cabo para erradicarlo en el entorno de la comunidad, así como en el interior del recurso.

De nuevo, no se ha detectado información referente a la **transversalidad** o la diversidad de percepciones del estigma entre las personas con enfermedad mental en función del **género, la etnia o la orientación sexual**, por poner algunos ejemplos. Adicionalmente, sería interesante conocer hasta qué punto el **lugar de residencia**, sea rural o urbano, influye en el enfoque de los servicios sociales que les atienden, de tipo comunitario con un enfoque de derechos de ciudadanía o de tipo más asistencial.

4.3.5. **Estigmatización en el ámbito del empleo**

El estigma vinculado al trastorno mental tiene importantes y nefastas implicaciones en el ámbito del empleo, tanto para acceder a él como para mantenerlo. Además, influye en las relaciones sociales que se establecen en el lugar de trabajo. Sin embargo, la posibilidad de tener un empleo y mantenerlo representa un **indicador** de integración social, al tiempo que es un **instrumento** en el proceso **de recuperación de las personas con trastorno mental**.

La **recuperación** es un proceso único e individual ligado al crecimiento personal y a un cambio de actitudes, valores, sentimientos, metas, habilidades y roles de una persona. Consiste en construir un

proyecto de vida, definido por la propia persona con trastorno mental, independientemente de la evolución de sus síntomas. Este concepto otorga una gran importancia a la necesidad que tienen las personas con trastorno mental de construir proyecto de vida más allá de la enfermedad. En este sentido, el contar con un **empleo** resulta fundamental ya que indica que la persona ha **recuperado sus capacidades funcionales** (que, momentáneamente, en los periodos de crisis con mayor sintomatología podría haber perdido) para desempeñar un trabajo, al tiempo que se convierte en una herramienta que **propicia la inclusión social**: fomenta las relaciones y redes sociales, mejora la calidad de vida y la autonomía de las personas, entre otros aspectos (López, 2010).

En las sociedades post-industriales, el empleo es un elemento fundamental en la integración social y un eje vertebrador de la identidad (históricamente entre los hombres, y en la actualidad también entre las mujeres). En este sentido, ha de advertirse, como se ha señalado con anterioridad en otros ámbitos que, como se suele decir vulgarmente, no se sabe si “fue antes el huevo o la gallina”, pues tanto la **falta de empleo** como **la calidad del mismo** tienen importantes **repercusiones en la salud mental** de las personas. Según un informe del Servicio Andaluz de Salud, financiado por el Programa de Fomento del Empleo y la Solidaridad Social de la Unión Europea (PROGRESS), el **clima laboral** influye en la **aparición de trastornos** de ansiedad, depresión y somatizaciones leves y moderadas (Pérez, 2012). Según un estudio de la Unión Europea, el 60% de las y los trabajadores europeos acaba desarrollando un problema de salud mental. De hecho, las y los empresarios reconocen que los denominados **riesgos psicosociales** (la existencia de estrés relacionado con un excesivo número de horas de trabajo, situaciones de acoso, etc.) son difíciles de gestionar. Por ello, la **Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo** ha desarrollado la campaña “**Trabajos Saludables**”, para concienciar socialmente sobre este tema y elaborar recomendaciones a las empresas en la gestión del estrés laboral que afecta a las y los trabajadores (Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo, 2013).

a) Percepciones y actitudes en relación con el estigma

El estigma que acarrean las personas con enfermedad mental suele estar vinculado a creencias negativas relacionadas con la **falta de competitividad** o productividad así como con la **incompetencia**. También son compartidas, entre **las y los empleadores**, las siguientes ideas erróneas con respecto al trastorno mental: la **equiparación del trastorno mental a la deficiencia mental**, el **temor a la incertidumbre** o la posible **conflictividad**. En el caso de los casi dos millones de personas que se estima padecieron depresión en España en 2013 el estereotipo está asociado a la idea de **debilidad** y carencia de la fuerza suficiente para competir en el mercado de trabajo así como a la falta de productividad (absentismo, etc.) que pudiera generar dicho trastorno.

Estos estereotipos se unen a las **dificultades propias de la enfermedad**, esto es, limitaciones que varían en función de la gravedad y evolución del trastorno así como de los potenciales problemas derivados del proceso de atención: como la medicación (y sus efectos secundarios), las ausencias en el puesto de trabajo debido a las visitas al personal sanitario y psicosocial, etc. Además, existen otros factores que interactúan con los problemas del trastorno mental que dependen de características personales o sociales que tienen que ver con la educación, el desarrollo de habilidades sociales o actitudes hacia el empleo de cada persona (Muñoz *et al*, 2009; López, 2010).

Según un estudio reciente llevado a cabo en la Comunidad de Madrid, sólo el 5% de las personas entrevistadas con enfermedad mental tenía un empleo regular. Entre ellas, casi **la mitad** (44%) **declaran haber sufrido** algún tipo de **discriminación** en el ámbito **laboral** (Muñoz *et al*, 2009). Esta discriminación, resultado de la existencia de prejuicios entre las personas empleadoras suele suponer, entre otras cosas, el cambio en las funciones que antes de conocer su enfermedad mental

desempeñaba la persona con un diagnóstico de patología mental, o bien que se la relegue a puestos de menor responsabilidad o cualificación. En algunos casos se puede producir incluso el despido. La discriminación, sin embargo, no se circunscribe a las personas empleadoras. A menudo los rumores acerca del trastorno mental influyen también en el comportamiento de **las y los compañeros de trabajo** que, por desconocimiento, comienzan a mostrar **miedo**⁴². En el caso de enfermedades como la depresión y en el caso de que suponga la baja laboral (temporal o permanente) de la persona, el estigma entre las y los compañeros a menudo se torna en una **desconfianza o incredulidad** sobre el propio diagnóstico.

En el caso de la **búsqueda del empleo**, la percepción de las personas afectadas es que **las y los empleadores ignoran lo que significa un trastorno mental** y la asocian con conflictividad e improductividad por lo que **no estarían dispuestos a contratar a una persona** que tiene un trastorno mental. Esto lleva a las personas con enfermedad mental a ocultar su estado de salud, lo cual genera otro tipo de obstáculos e inconvenientes que más tarde analizaremos.

b) Factores causantes o generadores del estigma

Los prejuicios y mitos en torno al trastorno mental que estigmatizan a las personas que desarrollan en algún momento de su vida un trastorno de este tipo producen situaciones de discriminación que dificultan considerablemente la integración laboral y social, en sentido amplio, de este colectivo. Este tipo de ideas erróneas sobre el trastorno mental están bastante extendidas entre la población por lo que las personas empleadoras no están exentas de reproducirlas. En este sentido, parece que **las empresas no están** (como, por otra parte, sucede en el resto de la sociedad) **suficientemente informadas y concienciadas** sobre lo que implica tener un trastorno mental y por lo tanto acaban estigmatizando a las personas que lo sufren, desmoralizándolas. La consecuencia de todo ello es la baja participación en el mercado laboral de las personas con algún trastorno mental, circunscribiéndose a menudo en espacios de trabajo protegido.

Por otro lado, la propia **lógica del mercado de trabajo** de las sociedades capitalistas está caracterizada por una **fuerte competitividad y presión laboral** así como una **baja tolerancia a la discontinuidad** en el empleo, es decir, a la presencia de períodos de baja temporal o permanente asociados a **pérdidas significativas de productividad**. En este contexto, cualquier tipo de enfermedad que conlleve un cierto absentismo acarrea un estigma vinculado a la baja productividad. Sin embargo, en el caso de las enfermedades mentales como la depresión, una de las principales causas de baja temporal o permanente, ésta se puede agravar debido a la **culpabilización** de la persona que tiene la enfermedad. El estigma asociado a la **depresión**, que **en España afecta** a casi el **doblo de mujeres** (16,5%) **que de hombres** (8,9%), se basa en la consideración de la persona como alguien débil de carácter ya que no es capaz de afrontar la presión con la que todas y todos los trabajadores conviven. Además, en este caso, probablemente como consecuencia del profundo desconocimiento sobre la gravedad de la depresión clínica asociada a un simple período de tristeza, a menudo se **desconfía sobre la veracidad del diagnóstico**. Tras esta actitud subyace la idea de que la persona que tiene la depresión exagera los síntomas engañando a las y los profesionales sanitarios para, en realidad, “aprovecharse” de los recursos del Estado, como la baja laboral.

⁴² Tomado de: www.1decada4.es

c) Barreras derivadas del estigma a las que se enfrentan las personas con trastorno mental

El **principal obstáculo** derivado del estigma que viven las personas con enfermedad mental es, por tanto, **la imposibilidad de acceder a un empleo**. No es de extrañar ya que según los datos del estudio *Estigma y enfermedad mental*, sólo el 5% de las personas con enfermedad mental entrevistadas tenían un empleo regular (Muñoz *et al*, 2009). Los datos del **Informe de 2013** sobre el **empleo en las personas con discapacidad** que elabora el **Instituto Nacional de Estadística**, apunta a una **tasa de empleo** de las personas con trastorno mental con una discapacidad reconocida del **15,7%**. Se trata de la **tasa más baja de todos los tipos de discapacidad**, si bien el trastorno mental supone la segunda enfermedad más frecuente (19,6%) entre las personas con discapacidad. En el otro extremo, la mayor tasa de empleo corresponde a las personas con deficiencias auditivas (41,7%), una enfermedad con muy baja incidencia entre la población en edad laboral (5,8%) (INE, 2015). En cuanto al nivel educativo, las personas con enfermedad mental generalmente alcanzan un nivel formativo y de estudios superior al de otras personas con discapacidad, sin embargo su acceso a un puesto de trabajo es significativamente inferior (Orihuela *et al*, 2003). Debemos destacar que la situación ha empeorado considerablemente, como en el conjunto de la población y de las personas con discapacidad en general, ya que en 2011 la tasa de empleo de las personas con discapacidad por un trastorno mental era diez puntos porcentuales mayor que en 2013, en el que se situaba en el 25,5% (INE, 2013).

Entre aquellas personas que, afortunadamente se encuentran trabajando, la mayor parte desarrollan su labor **en el marco del empleo protegido**; es decir, centros públicos o privados (como por ejemplo los Centros Ocupacionales, Centros de Rehabilitación Laboral o Centros Especiales de Empleo, entre otros) en los que se realiza un trabajo productivo y asistencial asegurando una remuneración para las y los trabajadores y cuyo objetivo es la integración de las personas con discapacidad. El empleo protegido supone una solución satisfactoria para muchas personas que, de otra forma, tendrían grandes dificultades para desarrollarse laboralmente. Sin embargo, esto no es así para otras personas, con posibilidades de integrarse en un mercado normalizado, atendiendo a que en algunos casos los salarios en este tipo de entidades son bajos, lo que puede no permitirles hacer frente a sus necesidades (Muñoz *et al*, 2009; Franco, 2008).

La dificultad tanto para encontrar como para **mantener el empleo** propicia el **ocultamiento consciente** del trastorno mental, ante el miedo de perder el (potencial) puesto de trabajo. Por esta razón algunos y algunas profesionales de la inserción sociolaboral aconsejan a las personas con enfermedad mental que oculten su trastorno, al tiempo que reconocen que no es obligatorio hacerlo saber (como sucede con otras enfermedades). Esto, sin embargo, implica una **preocupación constante** por mantener el “secreto” además de otras consecuencias de índole práctica como la imposibilidad de utilizar la **cobertura del seguro sanitario** para el tratamiento y disponer de **permisos** para acudir a las citas médicas.

Una de las posibilidades existentes en nuestro país para las personas con una discapacidad reconocida de, al menos, el 33%, es la obtención de un **“certificado de discapacidad”**: un documento que puede proporcionar beneficios sociales y económicos tanto a la persona con enfermedad mental como a su familia. **La posición especial del trastorno mental en el espectro de la discapacidad**, hace que la relación de las personas que conviven con la misma sea controvertida, en parte por la fuerte estigmatización que este tipo de enfermedad lleva asociada. Las personas que tienen un trastorno mental a menudo se niegan a solicitar este certificado que, si bien les podría proporcionar beneficios a nivel laboral, termina de “colocarles” la etiqueta de enfermos mentales que tanto les estigmatiza en el resto de ámbitos de su vida. Incluso en los casos en que el certificado de discapacidad pueda tener una funcionalidad “estratégica” no deja de ser compleja su

asimilación para algunas personas con enfermedad mental. Sin embargo, la petición de este certificado podría sacarles de la situación de desempleo que, cuando es prolongada en el tiempo, genera a su vez sensación de “incapacidad” en quien la experimenta.

El **rol tradicional femenino** que vincula a las mujeres al ámbito privado, unido a la **escasa perspectiva de género** existente **en el entorno de la salud mental** en general **y en el empleo en particular**, supone una barrera adicional para las mujeres que tienen un trastorno mental. Algunas de las implicaciones derivadas de esta debilidad son: una menor participación de las mujeres en los recursos sociales, en particular de aquellos relacionados con el empleo, ya que están diseñados en función de las necesidades masculinas y, por consecuencia, son frecuentados fundamentalmente por hombres. Esto repercute en la **menor participación en el empleo de las mujeres** quienes **no cuentan con recursos** ni grupos de trabajo y empoderamiento específicos.

Teniendo en cuenta que el apoyo a la participación en el empleo de colectivos discriminados como el de las personas con enfermedad mental requiere de recursos y voluntad política para poner en marcha políticas de empleo, es de suponer que los **recortes en política social** derivados de la gestión de la crisis económica tengan importantes repercusiones en la generación de barreras que las personas con trastorno mental deben enfrentar en el ámbito del empleo.

d) **Medidas puestas en marcha para reducir el estigma**

Teniendo en cuenta que la principal consecuencia negativa derivada del estigma que viven las personas con enfermedad mental es la **falta de empleo**, se recogen aquí algunas iniciativas que, desde diferentes instancias, tanto públicas como privadas, en Comunidades Autónomas diversas, han fomentado la inserción laboral de dicho colectivo:

- ▶ En Andalucía la reforma psiquiátrica y posterior defensa de los principios de la Atención Comunitaria en Salud Mental dio lugar a la creación de la **Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de las Personas con Enfermedad Mental** (FAISEM)⁴³, dependiente de las Consejerías de Salud, Igualdad y Bienestar Social y Empleo y Economía y Hacienda de la Junta de Andalucía, que articula la *red de apoyo social a la enfermedad mental*, al tiempo que se coordina con la *red de servicios sanitarios*, dependiente del Servicio Andaluz de Salud. La coordinación de ambas redes asistenciales ha dado lugar a un protocolo de actuación denominado **“Proceso Asistencial Integrado Trastorno Mental Grave”**. Este protocolo coordina actuaciones en los niveles sanitario, de ocupación prelaboral, formativo y laboral, con el objetivo de **fomentar el empleo entre las personas con trastorno mental grave** de manera individualizada, generando “itinerarios individualizados hacia el empleo”. Para ello, hacen uso de los siguientes dispositivos:
 - Los **servicios de salud mental** del **Sistema Sanitario Público**. Además de recibir el tratamiento adecuado las personas con enfermedad mental, reciben una primera orientación laboral de tipo general.
 - En los ocho **Servicios de Orientación y Apoyo al Empleo** (SOAE) dependientes de FAISEM y coordinados con el Servicio Andaluz de Empleo se proporciona orientación, rehabilitación vocacional, formación profesional y apoyo en la búsqueda y mantenimiento de empleo. En estos centros se ha atendido a más de 2.500 personas, de las que 321 consiguieron contratos. El 60% de los contratos eran de corta duración y 40 de ellos fueron indefinidos.

⁴³ Ver: <http://www.faisem.es/index.php/es/>

- Existe una red de 115 **Talleres Ocupacionales** que apoyan la rehabilitación laboral y funcionan como espacio previo al empleo de los más de 2.000 usuarios y usuarias regulares. Alrededor de 200 personas han seguido cursos de Formación Profesional, de los que el 30% han finalizado con un contrato.
 - Las nueve **Empresas Sociales** dirigidas desde una empresa instrumental facilitan empleo estable a poco menos de 500 trabajadores, de los que 250 tienen un trastorno mental grave (TMG) y 135 algún otro tipo de discapacidad. Más de la mitad de las personas con TMG poseen 5 años de experiencia en la empresa.
 - Se han desarrollado **iniciativas de apoyo al empleo en empresas ordinarias** sin una metodología precisa. Sin embargo, parece haberse iniciado en 3 provincias un proyecto específico de empleo de apoyo cuya eficacia aún debe ser evaluada.
- ▶ Una **experiencia interesante** en el ámbito de la integración laboral es la de **La Fageda**. Se trata de una **entidad catalana de iniciativa social sin ánimo de lucro** creada en Olot en 1982. Su finalidad es la integración laboral de las personas de la comarca de la Garrotxa (Girona) que sufren discapacidad intelectual o **trastornos mentales severos**. En total trabajan 270 personas, incluidas usuarios y usuarias y profesionales. Este proyecto social está integrado por diversas entidades que persiguen la integración plena en la sociedad de estas personas a través de un trabajo digno y justamente remunerado. La Fageda produce y comercializa postres lácteos, helados y mermeladas, y cuenta también con secciones de Jardinería y Granja, además es titular del Centro Especial de Empleo. También es una cooperativa de consumidores cuyo objetivo es la integración social de las personas que trabajan en el proyecto y de sus familiares ofreciendo formación, acompañamiento, ocio, espacios culturales y deportivos así como aquellos que contribuyan a aglutinar y a reforzar el sentido de pertenencia al “proyecto Fageda”.
- ▶ Destacamos también el trabajo en la Comunidad Autónoma Vasca de la organización no lucrativa **Lantegi Batuak**⁴⁴ cuya misión es generar oportunidades laborales de calidad para personas con discapacidad a través de la creación y gestión de actividades industriales y de servicios que posibilitan el seguimiento de un itinerario de inserción sociolaboral a las personas con discapacidad. Si bien esta organización está especializada en la inserción laboral del colectivo de personas con discapacidad intelectual, desde 2002 ha iniciado un proceso de inserción del que se han beneficiado más de 150 personas con trastorno mental. Para ello han desarrollado un itinerario de inserción laboral a través de un servicio de atención y orientación estructurado y coordinado con servicios de salud, asociaciones de familiares y usuarios, así como del mundo de la discapacidad y la inserción laboral, que comprende:
- La **orientación y formación**, adaptada a la historia laboral de la persona y a sus capacidades.
 - Los talleres laborales en los **Centros Ocupacionales**.
 - El trabajo en los **Centros Especiales de Empleo** en los que trabajan más de 120 personas con enfermedad mental.
 - El **Empleo Ordinario** como último paso en la inserción laboral de las personas con enfermedad mental.

⁴⁴ Ver: <http://www.lantegi.com/>

Finalmente, nos hacemos eco aquí también de una iniciativa interesante en relación con la responsabilidad y liderazgo de las empresas a la hora de incentivar la salud mental en el entorno laboral:

- ▶ Destacamos la publicación **Salud Mental y Empleo. Cómo ayudar a las personas a mantener su actividad laboral. Guía para empleadores**⁴⁵, elaborada por la Dirección General de Empleo de la Comisión Europea en el marco del Programa para el fomento del empleo y la solidaridad social de la Unión Europea – PROGRESS (2007-2013). Se trata de una guía dirigida a los departamentos de recursos humanos, supervisores, alta dirección y sindicatos de las empresas que ofrece unas pautas de orientación para prevenir los problemas de salud mental, fomentar la recuperación de los mismos así como la reincorporación al trabajo. Además de proporcionar recomendaciones, la guía también incluye ejemplos y recursos de apoyo que se puede consultar para llevar a cabo las acciones de apoyo. En el marco del mismo proyecto se ha elaborado adicionalmente una **guía de Salud Mental y Empleo destinada a las y los trabajadores**⁴⁶ con problemas de salud mental que les proporciona una serie de recursos para el mantenimiento de su puesto de trabajo así como para la promoción de la salud mental y el bienestar en el entorno laboral.

e) Recomendaciones para la erradicación del estigma

Con **carácter general** existen algunas pautas en las que, la mayor parte de los documentos analizados coinciden a la hora de fomentar la inserción laboral de las **personas con trastorno mental grave** y erradicar el estigma:

- ▶ Articular las actuaciones de la red de **apoyo laboral** con el apoyo externo de carácter **social** (asociación de familiares e instituciones competentes) y **sanitario** (red de centros de salud mental) (Franco, 2008; López, 2010).
- ▶ Articular **políticas generales con programas específicos** adaptados a las necesidades del colectivo. En este sentido, la propia **Estrategia de Salud Mental** alude a la discriminación de género como un elemento fundamental a la hora de desarrollar programas de inserción laboral de personas con trastorno mental.
- ▶ Contar con **equipos de profesionales especializados** en la orientación al empleo y la intervención sociolaboral que actúen como red de apoyo para las personas con enfermedad mental.
- ▶ Formar a los **familiares y personas allegadas** con la finalidad de que se conviertan en agentes de apoyo que colaboren activamente en el proceso de integración sociolaboral.
- ▶ Es necesaria también la **motivación y compromiso de la persona** con enfermedad mental (adquirido a través del proceso de orientación), así como la satisfacción con el trabajo, para que la intervención tenga éxito.
- ▶ Es fundamental el apoyo desde el punto de vista legislativo, financiero y técnico de las **empresas sociales**, una herramienta muy útil como vía de entrada en el empleo para las personas con trastorno mental (López, 2010).

⁴⁵ Ver: [Comisión Europea \(2012\): Salud Mental y Empleo. Guía para empleadores.](#)

⁴⁶ Ver: [Comisión Europea \(2012\): Salud Mental y Empleo. Guía para trabajadores.](#)

- ▶ Son necesarias **campañas de sensibilización** que promuevan la implicación de las y los empresarios.
- ▶ Promover el **reconocimiento y valoración de las empresas** que apuestan por las personas con enfermedad mental (FEDEAFES, 2014).

En el caso de los trastornos **leves y moderados**, se proponen las siguientes iniciativas para fomentar el **mantenimiento del empleo** (Pérez, 2012):

- ▶ La existencia de flexibilidad y adaptación en la reincorporación laboral.
- ▶ La incorporación de la salud mental en la evaluación de riesgos laborales.
- ▶ La mejora del clima laboral y el fomento de los entornos laborales saludables.
- ▶ La puesta en práctica de actividades de prevención del acoso laboral.
- ▶ El desarrollo de campañas de desestigmatización y sensibilización sobre la salud mental en el entorno laboral.
- ▶ El refuerzo de la autoestima del trabajador o trabajadora con problemas de salud mental.

f) **Lagunas informativas en la investigación sobre el estigma**

El **enfoque de género** está completamente ausente en la mayor parte de las investigaciones sobre salud mental, tal y como aquí se ha venido reflejando hasta ahora. Sin embargo, en el caso del ámbito del empleo que, como hemos comentado, resulta fundamental para la definitiva inserción social de las personas con enfermedad mental, la situación es incluso peor debido, en parte, a la tradicional vinculación de las mujeres con el espacio privado y el trabajo doméstico no remunerado, en comparación con los hombres, a quienes se asocia con el trabajo remunerado fuera del hogar. Esto tiene importantes repercusiones en cuanto al proceso de empoderamiento de las mujeres con enfermedad mental así como a su recuperación e inserción social. Por lo tanto, sería deseable contar con un diagnóstico en relación con las necesidades a nivel laboral de las mujeres con enfermedad mental que aportara estrategias o soluciones a poner en marcha desde los recursos sociales así como las asociaciones de familiares de usuarios e usuarias, etc.

Existe así mismo poca o nula información acerca del proceso de integración laboral en función de otras características como puede ser el **lugar de residencia**. Algunos expertos apuntan a la necesidad de prestar especial atención a las personas con trastorno mental que habitan en **zonas rurales** ya que el proceso de **integración laboral** en dichas zonas parece ser **más complejo** que en los entornos urbanos. Sería necesario conocer hasta qué punto esta hipótesis es real y cuáles serían las medidas que se deberían poner en marcha para mejorar la inserción laboral en dichos lugares.

4.3.6. **Estigmatización en el ámbito de las familias**

Los estudios ya mencionados en este documento hacen alusión a la **doble vertiente del estigma** en el seno de las familias de personas con trastorno mental. Por un lado, los miembros de la familia comparten con el resto de la sociedad los estereotipos y prejuicios acerca del trastorno mental y sus

consecuencias, por lo que se convierten en **reproductores del estigma**. Por el otro, debido a su cercanía (que frecuentemente conlleva la convivencia) con personas con enfermedad mental también acaban siendo **receptores del estigma** ya que existe un **efecto “contagio”** del mismo.

a) Percepciones y actitudes en relación con el estigma

La recepción del diagnóstico de un trastorno mental en un familiar resulta traumática y compleja para toda la familia y las personas allegadas, no solamente para la persona afectada. Esta situación provoca, muy frecuentemente, una ruptura del proyecto vital de la persona con problemas de salud mental así como el de su familia, que había generado una serie de expectativas con respecto a la persona. Además, la irrupción de la enfermedad genera otra serie de cambios en el seno familiar: se reducen las redes sociales, aumenta la dependencia de la persona con trastorno mental, las relaciones entre las personas que forman parte del grupo familiar se vuelven más intensas y menos recíprocas, al tiempo que disminuye la estabilidad emocional de los miembros (Maluenda *et al.*, 2014). Todo ello redundando en una serie de **actitudes y comportamientos negativos** hacia la persona con enfermedad mental: **falta de aceptación y rechazo**, utilización de **comentarios despectivos o desalentadores o culpabilización** de la persona con trastorno mental.

El desconocimiento, en un primer momento, entre las familias sobre lo que conlleva tener una enfermedad mental, unido a la repercusión de los estereotipos y prejuicios asociados a ésta, provoca entre los familiares un fuerte sufrimiento, que a menudo se traduce en un ocultamiento de la enfermedad tanto por miedo a la reacción del resto para con sus familiares, como para con ellos o ellas mismas. Esto supone una tendencia tanto a la **sobreprotección** y las **actitudes paternalistas** o excesivamente **compasivas** con sus familiares con trastorno mental (de cuyas capacidades de recuperación a menudo dudan) como a los **sentimientos de vergüenza** con respecto a ellos y su enfermedad. Además, desde el punto de vista de las familias el trastorno mental es concebida socialmente como un tema tabú, por lo tanto no hablan de ella en público debido a la presencia del estigma (generalmente asociado a la peligrosidad).

Por otro lado, como señalábamos, el **impacto del trastorno mental sobre la familia** es fuerte y complejo. Fundamentalmente son las mujeres, madres o hermanas de la persona con enfermedad mental, quienes se ocupan de ellas. La sobrecarga familiar que conlleva el rol de cuidadora tiene importantes repercusiones tanto en su vida social (se reducen las relaciones sociales), como a nivel psicológico (puede provocar problemas de salud mental), laboral (se pierden oportunidades laborales) o emocional (se generan sentimientos de culpabilidad y vergüenza). Este conjunto de **sentimientos autoestigmatizadores de culpa y vergüenza**, unidos a la sensación de incompreensión social les lleva, con frecuencia, a **ocultar** la enfermedad de su familiar y por tanto vivirla en soledad, lo cual provoca un cierto **aislamiento social** (FEDEAFES, 2014).

Finalmente, pero no por ello con menor importancia, conviene tener en cuenta que, en la mayor parte de los casos, la **responsabilidad final de la persona enferma suele recaer en las familias** quienes a menudo carecen de ningún apoyo institucional para hacer frente a la situación. Además, en términos generales, en el momento de la aparición de la enfermedad, desconocen sus efectos, así como las posibilidades de recuperación o las pautas a seguir. En este sentido, en ocasiones se produce una situación de **desbordamiento familiar** que en algunas ocasiones puede degenerar en la solicitud de medidas coactivas de internamiento de su familiar. Esta razón podría estar en el origen de la petición al Parlamento Español en 2004, por parte de las familias, de regular el **Tratamiento Ambulatorio Involuntario (TAI)**, una medida que ha sido aplicada en algunos países de nuestro entorno y que se basa en la posibilidad de obligar a una persona a recibir un tratamiento bajo una serie de condiciones. Se trató, en su momento, de una solicitud no exenta de polémica y

bastante controvertida que, finalmente, se desestimó. Sin embargo, esta situación nos muestra la dificultad que muchas familias atraviesan debido, probablemente, a la excesiva responsabilidad que se les atribuye en cuanto al cuidado de un familiar con enfermedad mental. Además, en última instancia, esta situación tiene, obviamente, importantes repercusiones en la propia persona que tiene un trastorno mental (González, 2006). Sin embargo, actualmente la postura de la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA (entonces FEAFES) es completamente diferente. En 2013 la Confederación elabora un completo documento denominado “**Medidas terapéuticas para evitar tener que recurrir a medidas coactivas**”⁴⁷, en el que exponen su convencimiento de que si se realizaran intervenciones terapéuticas a tiempo y adecuadas, no sería preciso hacer uso del TAI. En este sentido, la Confederación aboga por un tratamiento integral para cada persona con trastorno mental que incluya: un plan individualizado de atención, un equipo de intervención familiar, el apoyo domiciliario y un equipo multidisciplinar enmarcado en los centros o unidades de Salud Mental.

b) Factores causantes o generadores del estigma

Las y los **familiares de personas con trastorno mental** forman parte de la sociedad y son permeables a los estereotipos y prejuicios existentes en la misma sobre el trastorno mental. En este sentido, tienden a reproducir por **desconocimiento y falta de información**, al menos en un primer momento, el estigma asociado a los mismos prejuicios que el resto de la población.

Por otro lado, la reproducción de **actitudes sobreprotectoras y paternalistas** que la familia tiene con las personas con trastorno mental **se origina en la vulnerabilidad** que estas personas transmiten en los episodios más críticos de la enfermedad en los que perciben una realidad alterada y no son responsables de sus actos. Pareciera comprensible que, acostumbrados a atender a la persona con trastorno mental así como a decidir ciertas cosas por ella en los períodos más vulnerables, las y los familiares tiendan a prolongar ese tipo de relación también cuando la persona se encuentra más estabilizada y se responsabiliza de sus acciones.

Una razón fundamental tiene que ver con el hecho de que no se haya desarrollado plenamente el **sistema de atención sanitaria previsto en la Ley General de Sanidad**, traducido en: atención en el ámbito comunitario, potenciando los recursos asistenciales a nivel ambulatorio y los sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio. Esto ha supuesto que fundamentalmente sean las familias quienes deban hacerse cargo de la persona con trastorno mental, pues no existe una verdadera provisión de recursos socio-sanitarios que proporcionen apoyos. Se trata de una responsabilidad muy grande que, por un lado, agota a las familias, por otro lado, genera un cierto aislamiento de la persona con trastorno (que carece de espacios profesionalizados y pertenecientes a una red pública de asistencia, en los que relacionarse con otras personas). Además genera también sentimientos de culpa en las familias.

Finalmente, el mayor **autoestigma** que sufren las familias es el de atribuirse la **culpabilidad del trastorno** de su familiar, lo cual les lleva una vez más a ocultar, en la medida de lo posible, el trastorno mental. Esta percepción se basa en la **cultura popular** que entiende que **el trastorno mental se origina en una mala crianza** por parte de las madres y padres (Muñoz *et al*, 2009).

⁴⁷ Ver: [Medidas terapéuticas para evitar tener que recurrir a medidas coactivas \(FEAFES, 2013\)](#)

c) Barreras derivadas del estigma a las que se enfrentan las personas con trastorno mental

Las actitudes paternalistas de las y los familiares de las personas con enfermedad mental provocan desmoralización y tienen **repercusiones en la recuperación** de las mismas ya que **merman su autoestima** y generan **dudas con respecto a sus propias capacidades**.

Con respecto a la inserción laboral de las personas con enfermedad mental, sus familias tienen actitudes ambivalentes (Muñoz *et al*, 2009). Si bien reconocen que se trata de un paso importante en la recuperación de su familiar, lo cierto es que el empleo pocas veces posee las condiciones de un trabajo ordinario, a través del cual percibir un sueldo que les permita mantener una vida digna. Ante esta dificultad las familias, a veces, optan por la **petición de la incapacidad laboral** para su ser querido con enfermedad mental, de modo que se le proporcione una **pensión que le permita vivir** de cara al futuro de manera más segura y desahogada. Sin embargo esta opción supone una **dura barrera** para las personas afectadas en su **proceso de rehabilitación y recuperación de sus derechos de ciudadanía**.

En cuanto a las barreras que sufren las familias, destaca la **sobrecarga familiar**, fundamentalmente **entre las mujeres debido a su rol de cuidadoras**. En el caso de las mujeres se une el estigma derivado del trastorno mental de su familiar (que les atribuye cierta culpa o responsabilidad en la enfermedad de su ser querido), junto con los estereotipos de género (que las vincula al espacio doméstico y a la esfera de los cuidados). Esta situación, como comentábamos anteriormente supone una barrera fundamentalmente para las mujeres en su relación con el **mercado de trabajo**, en sus **relaciones sociales y afectivas** así como en su salud mental. A menudo las mujeres cuidadoras desarrollan **problemas de salud mental** como depresión o ansiedad como resultado del sobre esfuerzo realizado en el cuidado de su familiar.

d) Medidas puestas en marcha para reducir el estigma

- ▶ En el País Vasco, la **Asociación Vizcaína de Familiares y Personas con Enfermedad Mental** (AVIFES) cubre esta doble vertiente de las familias como reproductoras del estigma social hacia las personas con enfermedad mental al tiempo que receptoras del estigma por “contagio”. AVIFES publicó el año pasado un documento denominado “**La familia en AVIFES**” en el que se hace referencia al proceso de cambios que se vive en la unidad familiar cuando irrumpe la enfermedad de alguno de sus miembros. En él se explica cómo se produce un deterioro de la calidad de vida así como la ruptura de ciertas expectativas o proyectos que es necesario readaptar a la nueva situación. En este sentido, el documento propone una serie de pautas a las familias para que actúen como agentes facilitadores en la recuperación de la persona con enfermedad mental. Entre las recomendaciones se alude a la lucha contra el estigma así como al seguimiento de la persona con enfermedad mental o el aumento de su autoestima, entre otras. AVIFES también desarrolla un “*itinerario de atención a la familia en los servicios*” a personas con enfermedad mental de modo que se sientan acompañadas y apoyadas en su proceso de adaptación a su nueva realidad. Además, la asociación tiene varios programas de formación, de ayuda y apoyo mutuo y de intervención destinados a las propias familias tanto para orientarles en torno al trastorno mental y sus consecuencias como para aportarles apoyo emocional (Maluenda *et al*, 2014).
- ▶ Por otro lado, en Cantabria, un grupo de personas expertas de la psiquiatría, la práctica clínica y la investigación en salud elabora una **Guía de psicoeducación para las familias de personas diagnosticadas de psicosis** en el marco de un proyecto financiado por los

fondos para la cohesión territorial. Se trata de un manual educativo que surge a partir de la experiencia del Programa Asistencial de las Fases Iniciales de la Psicosis (PAFIP), desarrollado en Cantabria. El objetivo de la guía es **mejorar la educación familiar** y social en torno a los trastornos mentales. Describe de forma muy clara y concisa los conceptos más importantes para comprender la psicosis: cómo se manifiesta, cómo se desarrolla un episodio psicótico o cuáles son los factores de riesgo. También se proporcionan claves importantes para las familias a la hora de detectar las señales de recaída así como se explica el funcionamiento del tratamiento y se aportan recomendaciones para saber cómo actuar ante los síntomas de la enfermedad (Crespo *et al.*, 2010).

- ▶ Finalmente, conviene destacar el **módulo formativo dirigido a familiares y amistades**, dentro del programa formativo **PROSPECT** descrito con anterioridad. El objetivo fundamental de dicho módulo es favorecer que la persona con trastorno recupere la confianza en sí misma, y reconocer y aprovechar recursos internos y externos para mejorar su calidad de vida. En este sentido, se apoya a familiares y amistades en el manejo del estrés, la pérdida o el duelo así como en la creación de redes de apoyo. También se les ayuda a: sentirse más cómodos en las relaciones con usuarios y usuarias y profesionales, a identificar qué comportamientos facilitan las interacciones con estos grupos, a sentirse en condiciones de igualdad con las y los profesionales, usuarios y usuarias y la sociedad en su conjunto, a hacer frente a su situación con autonomía, así como a afrontar su situación con el apoyo de otras personas y de recursos de apoyo.

e) **Recomendaciones para la erradicación del estigma**

Las principales investigaciones analizadas sugieren el abordaje de las siguientes acciones con la finalidad de erradicar el estigma que se vive en el seno de las familias de personas con trastorno mental, en la doble vertiente ya mencionada:

- ▶ Fomentar la **implicación de las familias en el movimiento asociativo**, favoreciendo el **empoderamiento** de las mismas y su rol como agentes activos en favor del colectivo y de la erradicación del estigma (López *et al.*, 2008; FEDEAFES, 2014).
- ▶ Favorecer que las familias acepten la ayuda que les ofrecen, sobre todo las asociaciones en la **gestión del autoestigma**, así como la **erradicación de actitudes estigmatizadoras** para con sus familiares con enfermedad mental (López *et al.*, 2008; FEDEAFES, 2014).

f) **Lagunas informativas en la investigación sobre el estigma**

Tal y como ya se ha venido comentado en este trabajo, la **perspectiva de género** en el entorno de la salud mental es notoriamente insuficiente y sin embargo resulta fundamental. En el caso del estigma que afecta en el entorno familiar y a pesar de que algunas investigaciones enfocan el problema desde la perspectiva de género, se echa en falta algo más de dedicación a la diferente repercusión del estigma asociado al trastorno mental entre padres y madres así como la articulación de éste con los estereotipos de género que afectan a ambos géneros de forma diversa.

Ninguno de los estudios analizados comenta las **percepciones o actitudes de las y los hijos de las personas con trastorno mental**, en el caso de que los tengan. Si bien la actitud común entre

los familiares es la tendencia al paternalismo, ésta no resulta extraña cuando la llevan a cabo padres o madres, incluso hermanos. Sin embargo, resultaría interesante conocer si también las hijas e hijos de una persona con enfermedad mental desarrollan actitudes sobreprotectoras o paternalistas o bien otro tipo de comportamientos. Además, resultaría interesante conocer de qué manera el autoestigma les afecta, si es que lo hace de modo diferente al del resto de familiares.

4.3.7. Estigmatización desde el poder ejecutivo y legislativo

Existen dos estrategias diferentes en el tratamiento legislativo de los derechos de las personas que sufren problemas de salud mental. Se puede desarrollar una **legislación específica** que haga alusión a los derechos y libertades de estas personas, o bien se pueden introducir cambios que afectan a las personas con trastorno mental en las leyes generales para reconocer sus derechos, lo que se denomina **legislación dispersa**. No existe “evidencia científica” de la efectividad de una estrategia sobre la otra, ya que ambas tienen ventajas e inconvenientes. La legislación específica es más fácil de promulgar y adoptar, sin embargo se ha criticado que reproduce el estigma social hacia las personas con enfermedad mental al tratar de forma monográfica la salud mental. Por otro lado, si bien parece que la legislación dispersa genera menos estigma, en términos prácticos resulta más problemática pues implica la revisión y modificación de toda una serie de leyes ya existentes. Ambos enfoques comparten ciertas carencias en la aplicación real de la legislación, lo cual actúa en detrimento de la integración de las personas con trastorno mental (OMS, 2005).

En **España** el proceso de **reforma psiquiátrica** desarrollado en el inicio de la nueva democracia restablecida tras la dictadura franquista, estaba inspirado en los principios de la atención comunitaria y abogaba por una **legislación dispersa**, que incluyera objetivos de lucha contra el estigma. No existe por lo tanto una legislación específica sobre salud mental, sin embargo los derechos de las personas con trastorno mental son protegidos. Empezando por la promulgación de la **Constitución Española** de 1978, donde se recupera el concepto de ciudadanía, pasando por la **Ley General de Sanidad** (Ley 14/86) en la que se equipara a los enfermos mentales con las demás personas que requieran de atención sociosanitaria, y se promueve la integración de los servicios de salud mental en el sistema sanitario general o el desarrollo del Código Penal (Ley Orgánica 10/95) por el que se deroga la Ley de Peligrosidad Social de 1970, con lo que se otorga seguridad jurídica a las personas con enfermedad mental (González, 2009). Desde entonces, los derechos de las personas con enfermedad mental se han venido reconociendo a lo largo de los años⁴⁸.

a) Percepciones y actitudes en relación con el estigma

A pesar de que, como hemos señalado, la producción legislativa española desde los años 80 ha supuesto un **avance significativo en la desestigmatización** de las personas con enfermedad mental desde el **punto de vista legislativo**, parece que **la falta de aplicación** de las leyes en algunos casos es lo que perpetúa la situación de discriminación. Según expertos como el Dr. Bertolote, responsable de trastornos mentales y cerebrales de la OMS, España es el país más avanzado en materia de protección de los derechos de las personas con enfermedad mental, si bien el problema es **el cumplimiento de las leyes** (González, 2009).

Sin embargo, la elaboración y promulgación de las leyes no sólo depende del poder legislativo, sino que son inspiradas y proyectadas por el **poder ejecutivo**. En el caso de España la existencia de estereotipos y prejuicios estigmatizantes en relación con el trastorno mental entre los miembros del

⁴⁸ Tomado de: informacion1decada4.es.

poder ejecutivo ha resultado evidente a raíz del proceso de elaboración de la reciente **reforma del código penal**, aprobada por las Cortes el pasado mes de enero. En el proyecto de reforma del código **se equiparaba explícitamente enfermedad mental con peligrosidad**, de hecho, este concepto era el elemento conductor de toda la reforma. Además, la reforma suponía, desde el punto de vista de la filosofía del derecho, un cambio sustancial desde el “derecho penal de hecho” (lo que genera consecuencias penales son las conductas de las personas, no sus circunstancias personales), al “derecho penal de autor” (se descontextualizan las conductas, y los hechos delictivos son vinculados a las características personales del sujeto que, en este caso, por tener una enfermedad es juzgado como peligroso). Sin embargo, se sabe que no existe ninguna evidencia científica que avale el concepto de peligrosidad, sino que más bien son los prejuicios los que llevan a vincular conducta delictiva con enfermedad mental.

Durante la discusión de esta reforma se sucedieron diversas manifestaciones en contra desde diversas instancias, como el estudio realizado por la Defensoría del Pueblo Vasco–Ararteko en el que se entra a valorar, desde la perspectiva de los derechos humanos, las consecuencias que tal proyecto de reforma tenía sobre las personas con enfermedad mental. En palabras del Defensor del Pueblo del País Vasco, la inseguridad jurídica en la que se colocaba a las personas con enfermedad mental (encierro preventivo previo al delito, privación de libertad fundada en suposiciones, etc.) era inadmisibles; juicio compartido por personas expertas tanto del mundo de la psiquiatría y la rehabilitación psicosocial, como del comisionado de la Convención de personas con discapacidad de la ONU⁴⁹ o no sólo por la doctrina científica sino también por miembros del Consejo General del poder Judicial (ARARTEKO, 2014). Entre las diversas medidas que contenía el documento de proyecto de reforma **se proponía la supresión del límite máximo de las medidas de seguridad** aplicadas a las personas con enfermedad mental que hubieran cometido un delito. Sin embargo y gracias a la presión de la sociedad civil organizada, esta medida fue **desestimada en el documento final**⁵⁰.

Destacamos también el caso de la elaboración de la **Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia** (Ley 39/2006) y su impacto en las personas con trastorno mental grave. Si bien la Ley se valora positivamente en términos generales desde el entorno del trastorno mental, lo cierto es que se han identificado carencias en lo que se refiere a la consideración de la situación específica de las personas con enfermedad mental, lo cual denota una cierta **ignorancia** con respecto a la problemática específica de este grupo de personas. Una de las principales críticas a la ley es el baremo existente para la valoración de la situación de dependencia, el cual no se ajusta a la situación de las personas con enfermedad mental, ya que se centra en las dificultades “físicas” derivadas del desempeño de actividades básicas (como comer, beber, asearse) y no en otro tipo de situaciones que afectan particularmente a estas personas (como las dificultades en la autonomía y funcionamiento psicosocial) (Sobrino *et al*, 2012; Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014). Esto repercute negativamente en el acceso a las ayudas a las que tienen derecho las personas con enfermedad mental y sus familias.

Por otro lado, se produce una **incompatibilidad** entre el modelo **de atención del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD)** y el **modelo de atención comunitaria en salud mental** promulgado en la Ley General de Sanidad. Es decir, coexisten prácticamente sin conexión un sistema basado casi totalmente en la atención a la dependencia desde un enfoque asistencial, burocrático y rígido, en el que predomina la concesión de ayudas económicas más que la concesión de servicios y que tiene implicaciones en la recuperación de las personas con enfermedad mental

⁴⁹ En este sentido destacamos el informe, muy crítico con la reforma del código penal, elaborado por la Asociación Española de Neuropsiquiatría, así como el elaborado por Carlos Ríos, miembro experto del Comité de la ONU sobre los derechos de las personas con discapacidad.

⁵⁰ Tomado de: [FEAFES: comunicado ante modificación proyecto reforma código penal](#).

debido a la condición de “dependiente”. Por otro lado, el modelo de atención comunitaria en salud mental se caracteriza por estar orientado a la mejora de la autonomía de la persona, basarse en la articulación y continuidad de los cuidados sanitarios y sociales de un modo personalizado en el que se prima la integración sociolaboral de las personas así como su empoderamiento a través del movimiento asociativo (Sobrino *et al*, 2012).

Finalmente, cabría mencionar el caso de leyes como la [Ley de Autonomía del Paciente \(2002\)](#), cuyo principal valor reside en el reconocimiento de los principios básicos de [autonomía de la persona con enfermedad mental](#) así como la necesidad de su [consentimiento previo](#) ante cualquier actuación sanitaria. Resulta también positivo que la persona reciba información adecuada y que cuente con el derecho a [decidir libremente entre los tratamientos disponibles](#). Sin embargo esta ley contempla algunos límites al consentimiento informado. Para evitar tener que materializarlos, la Confederación propone [intervenciones terapéuticas alternativas al tratamiento ambulatorio involuntario](#)⁵¹ basadas en los principios de atención integral de las personas con enfermedad mental y sus familiares. Esto es, una atención que contemple todas las medidas terapéuticas necesarias, reconociendo y reivindicando el centro o unidad de salud mental comunitaria como estructura básica de atención.

b) Factores causantes o generadores del estigma

En el caso del [estigma que se deriva del incumplimiento de las leyes](#), debemos hacer referencia a la [reproducción de prejuicios](#) entre las propias [personas encargadas de cumplirlas](#) en cada una de las situaciones que deban aplicarse, ya sean miembros de la judicatura, personal médico o miembros de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad (FCS), por ejemplo.

En el caso de la propuesta particularmente polémica del poder ejecutivo de reforma del código penal resulta razonable citar, por un lado, el [marcado carácter conservador del ejecutivo](#) actual y por otro una cierta [tendencia](#) existente en España [por la que se responde a una supuesta “alarma social” a golpe de cambio legislativo](#). En cuanto al carácter conservador del Gobierno, cabe destacar tanto la similitud de los principios inspiradores de la reforma con la antigua Ley de Peligrosidad y Rehabilitación Social franquista de los años 70 (los recursos al encierro ilimitado o la vinculación de la enfermedad con la peligrosidad), así como la reciente aprobación de una Ley de Seguridad Ciudadana que, según la Organización de Naciones Unidas⁵², amenaza con violar derechos y libertades fundamentales. En cuanto al segundo argumento, según el propio movimiento asociativo de la Confederación, esta reforma se justifica por la supuesta “alarma social” existente que, a su vez, podría estar debida a una sobreexposición mediática de determinados casos de personas con enfermedad mental que han cometido actos violentos, lo que contribuye a estigmatizar a todo el grupo de personas con enfermedad mental.

En otros casos, como puede ser la llamada “*Ley de Dependencia*”, abiertamente criticada desde colectivos cercanos al trastorno mental, es probable que el hecho de perjudicar en cierto sentido a las personas con enfermedad mental esté basado en la [falta de conocimiento](#) de los legisladores acerca de la singularidad de estas enfermedades. Por otro lado, como consecuencia de la particularidad de las enfermedades mentales así como el tipo de modelo de atención que se propone para su recuperación, lo cierto es que los [trastornos mentales son menos conocidos](#)

⁵¹ Para conocer más acerca de las medidas planteadas por la Confederación, ver: [Medidas terapéuticas para evitar tener que recurrir a medidas coactivas, FEAFES \(2013\)](#).

⁵² Ver: [Infolibre \(23 Febrero 2015\): La ONU rechaza la Ley de Seguridad Ciudadana, el Código Penal y la reforma antiterrorista](#).

dentro del mundo de la discapacidad, a pesar de que, como ya hemos señalado aquí, son la segunda enfermedad con mayor incidencia entre las personas con discapacidad en edad laboral.

c) Barreras derivadas del estigma a las que se enfrentan las personas con trastorno mental

La existencia de este tipo de prejuicios entre quienes proponen o elaboran las leyes así como la fuerza performativa que tiende a impregnar las normas sociales de estas ideas erróneas y profundamente injustas acerca de las personas con trastorno mental, repercute de manera patente en la merma de su calidad de vida y la de sus familias, así como imposibilita su consideración como sujetos de pleno derecho y el ejercicio activo de su derecho a la ciudadanía. Como menciona el psiquiatra y sociólogo Marcelino López, de FAISEM, es necesaria una evolución de enfoque en todos los ámbitos, también en el del desarrollo y aplicación de las leyes que permita la transición entre los términos “loco” o “loca” (que hace referencia a reclusión y peligrosidad) a ciudadano o ciudadana y para ello, es necesario también la transición de “enfermo” o “enferma” (alguien que precisa de atención sanitaria) a “ciudadano” y “ciudadana”.

d) Medidas puestas en marcha para reducir el estigma

No se han identificado medidas específicas que aborden el estigma existente entre los miembros de los poderes ejecutivo y legislativo. Sin embargo, cabe destacar dos iniciativas interesantes que han intentado rebatir las reformas legislativas que se consideran negativas para el colectivo, así como en términos de defensa de los derechos de las personas con trastorno mental.

- ▶ Por un lado, la fuerte movilización social que se ha llevado a cabo en el trastorno del movimiento asociativo de las personas con enfermedad mental y sus familiares, liderada por la **Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA** (en aquel momento denominada Confederación FEALES) para paralizar el proyecto de reforma del código penal, profundamente injusto con las personas con trastorno mental. En un principio se muestra el desacuerdo por parte de la Confederación en diversos foros⁵³ a través de comunicaciones directas con el Ministerio de Justicia⁵⁴ hasta que, en 2014 se realizó una campaña de recogida de firmas, sobre los motivos de la Confederación⁵⁵ para la modificación de los artículos estigmatizantes del proyecto. Esto se realizó a través de las redes sociales y con la ayuda de un video divulgativo llamado “**Motivos no nos faltan**”⁵⁶ explicando las razones por las que era necesario participar en contra del proyecto de reforma.
- ▶ Por otro lado, la puesta en marcha, por parte de la Federación de personas con enfermedad mental En Primera Persona⁵⁷ de la **Guía Cómo defender nuestros derechos**⁵⁸, editada en 2014, cuyo objetivo es que las personas con trastorno mental tomen conciencia de sus derechos como ciudadanos. Además, la guía pretende informar acerca de los canales a través de los cuales reivindicar y reclamar sus derechos en caso de que hayan sido

⁵³ Ver: [Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA: En contra del Código Penal.](#)

⁵⁴ Ver: [Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA: Carta abierta al Ministro de Justicia en relación con la reforma del código penal.](#)

⁵⁵ Ver: [Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA: Los 10 motivos de FEALES contra la reforma del código penal.](#)

⁵⁶ Ver: [Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA: Video 'Motivos no nos faltan' contra la reforma del código penal.](#)

⁵⁷ Ver: www.enprimerapersona.org

⁵⁸ Acceso a la Guía: [En Primera Persona: Guía Cómo defender nuestros derechos.](#)

vulnerados. El marco legislativo del que parte la Guía es la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

- ▶ Además, cabría destacar dentro del **programa “In-Formádonos. La autonomía es un derecho”** de la Confederación, con el apoyo de la Obra Social La Caixa, la **formación específica “Informando. En primera persona”** que pretende dotar a las personas con enfermedad mental de la información y de las herramientas necesarias para que puedan desempeñar la labor de acogida y acompañamiento en las entidades a las que pertenecen. Siendo las personas responsables últimas de proporcionar soporte y de potenciar el desarrollo de conductas y actitudes positivas, aumentando las redes de apoyo social, la ayuda mutua y su nivel de participación ciudadana. En esta formación se potenció el desarrollo de competencias y habilidades comunicativas fundamentales (escucha activa, empatía, asertividad...), y se dieron pautas sobre qué tipo de información deben conocer para poder ofrecer un asesoramiento eficaz.
- ▶ Finalmente, el curso **“Derechos Humanos y Convención de la ONU sobre los derechos de las personas con discapacidad”**, del que se han realizado ya tres ediciones, está enmarcado dentro del programa de **“Prevención y vida independiente de personas con enfermedad mental”** de la Confederación, que desarrolla acciones positivas dirigidas al empoderamiento de las personas con enfermedad mental, el reconocimiento de sus derechos y el fomento de su participación e integración social. Considerando que el acceso a la información es un derecho fundamental, esta formación resulta fundamental para garantizar la defensa de los derechos de las personas con trastorno mental y sus familiares. La formación tiene por objetivo que las personas con problemas de salud mental y sus familias aprendan a reconocer sus derechos y cómo ejercerlos, a fin de desarrollar herramientas para su empoderamiento, a través de una metodología activa y participativa favoreciendo el trabajo grupal, el debate y la reflexión.

e) **Recomendaciones para la erradicación del estigma**

A continuación se recogen algunas de las recomendaciones fundamentales que se han extraído de los documentos analizados:

- ▶ Implantar mecanismos que permitan identificar en la legislación vigente y en las nuevas propuestas legislativas, barreras que impidan el ejercicio de la ciudadanía a las personas con trastornos mentales (Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud).
- ▶ Aumentar la sensibilización sobre la existencia de instrumentos y normas para la protección de los derechos humanos entre las personas con trastorno mental.
- ▶ Utilizar mecanismos que sirvan para monitorizar la protección de los derechos de las personas con trastorno mental.
- ▶ Sensibilizar y formar a todos los agentes sociales (incluidos los miembros del poder ejecutivo y legislativos) en la importancia de la protección de derechos para eliminar el estigma y promover la recuperación y garantía de ciudadanía de las personas con trastorno mental (1decada4).
- ▶ Fomentar un movimiento asociativo fuerte, informado y activo que se mantenga vigilante ante cualquier vulneración de los derechos humanos de las personas con enfermedad mental.

f) **Lagunas informativas en la investigación sobre el estigma**

En relación con este tema, los artículos y documentos fundamentales han versado particularmente sobre el proyecto de reforma del código penal, ya que, como hemos mencionado, su aprobación tal y como estaba formulado en un principio, habría supuesto un retroceso significativo en la garantía de derechos fundamentales con respecto a esta población. Teniendo esto en cuenta, cabría comentar la escasez de estudios acerca del estigma que reproducen en discursos, documentos o políticas diversas, los poderes ejecutivo y legislativo.

Podría resultar interesante realizar un análisis sistemático que muestre si se realiza un **mal uso de terminología relacionada con el trastorno mental** (como “política esquizofrénica” o “proyecto loco”) así como los estereotipos que pueden estar detrás de ciertas **declaraciones políticas o discursos**. Esto permitiría conocer hasta qué punto estos agentes **reproducen el estigma** asociado al trastorno mental, y por tanto, podría aportar claves sobre cómo actuar para erradicarlo.

4.3.8. Estigmatización en el ámbito penitenciario

Si bien la situación de las **personas privadas de libertad** constituye ya de por sí una realidad a la que resulta difícil acceder, lo cierto es que la situación que viven las personas **con trastorno mental** en este contexto es aún más oculta y desconocida, convirtiendo a esta población en un **colectivo muy vulnerable**.

Según el Código Penal del Estado español, las personas con trastorno mental que cometen un delito son declaradas inimputables (ya que su voluntad se ha visto reducida por el problema de salud mental), por lo que, en principio no deberían ir a prisión, sino que a estas personas les corresponde **medidas de seguridad en un establecimiento adecuado al tipo de alteración psíquica**. En España dichos establecimientos son: el Hospital Psiquiátrico de Alicante, el de Sevilla y la sección psiquiátrica de Barcelona. La finalidad de estas medidas es doble: por un lado, se asegura que la persona objeto de las medidas no vuelva a afectar a la víctima de su eventual delito en el futuro (en función de la peligrosidad del autor del hecho) y por otro lado, existe una función terapéutica, ya que el delito se produjo cuando la persona padecía problemas de salud mental (Ortiz, 2012; Ortiz, 2013).

Puede darse el caso, como ya se ha visto anteriormente, de que durante la instrucción no se detecte la presencia de una enfermedad mental pero sí posteriormente, lo cual determinaría la presencia de una enfermedad mental sobrevenida. En estos casos se aplica a la persona condenada la **eximente incompleta**, que, en virtud del artículo 60 del Código Penal, no significa la exención de responsabilidad penal pero que actúa como atenuante. La puesta en práctica de esta eximente supone la “semi-imputabilidad” y conlleva el cambio de la pena por una medida de seguridad revisable.

La aplicación inadecuada de la ley da como resultado una prevalencia de enfermedades mentales entre las personas reclusas **cinco veces mayor a la de la población general** (Grupo PRECA, 2011). La preocupación por la elevada prevalencia de este tipo de trastornos entre la población reclusa, fundamentalmente masculina (92%), fomentó la creación, desde la Administración Penitenciaria del **Programa Marco de Atención Integral a Enfermos Mentales en Centros Penitenciarios** (PAIEM) que, a pesar de partir de un amplio consenso teórico entre las y los

profesionales, ha tenido un grado de aplicación práctica menor y de desigual en el Estado (ARARTEKO, 2014).

a) Percepciones y actitudes en relación con el estigma

Según el **Estudio de Prevalencia de Trastornos Mentales en Centros Penitenciarios Españoles** (denominado estudio PRECA), la gran mayoría (84,4%) de personas privadas de libertad en el estado español han sufrido algún tipo de trastorno mental a lo largo de su vida, como el **trastorno por consumo de sustancias** (76,2%), la **ansiedad** (45,3%), el **trastorno afectivo** (41%) o el **psicótico** (10,7%). La prevalencia de presentar cualquier trastorno mental en el último mes fue del 41,2%. El trastorno más frecuente fue el de ansiedad (23,3%), seguido del trastorno por consumo de sustancias (17,5%), trastorno afectivo (14,9%) y trastorno psicótico (4,2%). Adicionalmente, alrededor del **80% de la muestra presentaba al menos un trastorno de personalidad** (Grupo PRECA, 2011; DGIP, 2007). Estos datos son significativamente más elevados a los de la prevalencia de este tipo de trastornos en la población general y conllevan la necesidad de proporcionar una **atención integral** en salud mental⁵⁹ a la población reclusa.

Existe un antecedente de un estudio de 2006 promovido por la **Dirección General de Instituciones Penitenciarias** que recoge datos sobre la prevalencia de enfermedades mentales entre reclusos y reclusas de más de 60 centros penitenciarios del Estado español (DGIP, 2007).

Según las y los profesionales, en la prisión las personas que sufren un trastorno mental son atendidas adecuadamente, reciben su medicación y su tratamiento psicosocial. También parece existir cierta tolerancia y empatía entre los funcionarios de prisiones y los propios internos, algunos de los cuales se ocupan específicamente de ellos. En este sentido, priman las **actitudes paternalistas** con respecto a los internos con enfermedad mental y **cierta compasión** con quienes tienen adicción a sustancias (lo cual se entiende como una causa o efecto del trastorno mental, si bien no se entiende como enfermedad en sí misma) o una discapacidad intelectual.

El problema fundamental se encuentra, según las y los profesionales, en la dificultad de dar continuidad a los cuidados una vez que las personas abandonan la prisión. La población reclusa que convive con un trastorno mental acarrea un **doble estigma**: por un lado, el asociado a su trastorno mental y, por otro, el que se vincula al medio penitenciario. Según los estudios analizados, el hecho de haber pasado por la prisión resulta más estigmatizante para estas personas que el trastorno mental que tienen. Sin embargo, no deja de tratarse de una combinación de ambas situaciones que resultan en una realidad ampliamente ignorada.

Existe una **carencia total de recursos específicos** para estas personas, lo cual supone que no tienen cabida y **no son bien recibidas ni en los servicios para población reclusa** (debido a la existencia de una enfermedad), **ni en el caso de acudir a servicios para personas con problemas de salud mental** (ya que son vistas como delincuentes y no como personas con enfermedad mental). Por otro lado, también en los casos en los que existe inimputabilidad o semi-imputabilidad, se producen situaciones discriminatorias. Según un estudio realizado a personas condenadas a medidas de seguridad privativas de libertad en el Hospital Penitenciario de Alicante, casi el 30% de los internos que formaban parte de la muestra no deberían tener medida privativa de libertad alguna ya que su situación clínica había cambiado y estaban en condiciones de vivir en libertad, sin

⁵⁹ Si bien es cierto que existe un Protocolo de Aplicación del Programa Marco de Atención Integral a Enfermos Mentales en Centros Penitenciarios (PAIEM), de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias

embargo permanecían en el centro debido a la inexistencia de recursos abiertos adecuados a sus circunstancias (Ortiz, 2013; Ministerio de Sanidad, 2012).

Además, en el medio comunitario se percibe una **gran hostilidad** a proporcionar apoyo a las personas con trastorno mental y antecedentes penales, así como la falta de coordinación de los medios de atención pública, lentitud con los medios jurídicos, reticencias en la cobertura asistencial a estas personas, etc. Todo ello puede dar lugar a situaciones de discriminación y vulneración de los derechos humanos (ARARTEKO, 2014).

b) Factores causantes o generadores del estigma

En primer lugar, en cuanto al hecho de que las personas con trastorno mental que hayan cometido un delito cumplan una pena en un centro penitenciario ordinario, destacamos la insuficiencia de la aplicación práctica de la legislación española que permite esta situación. En este sentido, en España parece **primar la perspectiva jurídico-penitenciaria sobre la médica a la hora de aplicar la ley**, mientras que en otros países europeos sucede lo contrario. Según un informe del *Central Institute of Mental Health* de la Comisión Europea, en países como Inglaterra, Irlanda y Noruega (entre otros), el sistema público de salud es el que custodia a estas personas, por lo que no se contempla la existencia de este tipo de condenados en el interior de prisiones ordinarias. En tales países por tanto, estaría primando la perspectiva médico-terapéutica sobre la penitenciaria (Ortiz, 2012). De hecho, la propia **Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud**, en su línea estratégica 2 hace especial mención a: la necesidad de proporcionar a las personas recluidas en centros penitenciarios una atención sociosanitaria de características equivalentes a las que recibe la población general, así como un tratamiento normalizado en la red de salud mental a las personas sometidas a una medida de seguridad, lo cual hasta ahora no está resuelto.

Paralelamente, según investigaciones recientes, la razón por la que **tantas personas con trastorno mental acaban cumpliendo condena en una prisión ordinaria** se debe a diversas circunstancias como: que durante la tramitación de la causa penal la existencia de un trastorno mental pase inadvertida por los agentes intervinientes; el creciente número de enjuiciamientos rápidos; la constatación de una situación de trastorno mental y que sin embargo no se consiga acreditar la inimputabilidad. Sucede también que, incluso cuando el trastorno mental ha sido detectado ya sea antes o después de la sentencia, y por tanto la persona es condenada a medidas de seguridad, se dan deficiencias en la aplicación de la ley que conllevan situaciones discriminatorias. En este sentido, las medidas de seguridad que, según la ley son revisables, en pocas ocasiones son verdaderamente sujetas a cambio por parte del juzgado, en parte debido a procedimientos engorrosos (es el juzgado de vigilancia quien debe emitir un informe positivo al tribunal sentenciador y éste quien debe proponer un cambio en la medida impuesta anteriormente) así como a la escasa coordinación entre el sistema de atención sociosanitario y el sistema jurídico-penal (Ministerio de Sanidad, 2012). La **inexistencia de protocolos de derivación** para coordinar este tipo de medidas entre los órganos judiciales y la red sanitaria y social de atención, así como las entidades sociales que desarrollan actividades de apoyo supone también un problema.

Además, parecen cobrar especial relevancia en el análisis **los trastornos de personalidad** ya que **no existe diagnóstico compartido** en cuanto a su incidencia en la comisión del acto delictivo. Algunos trastornos de la personalidad se encuentran en una delgada línea entre el trastorno mental y la personalidad desviada, por lo que a efectos de imputabilidad en muchos casos se entiende que las personas que los tienen son completamente conscientes de sus actos (Esbec *et al*, 2010). Finalmente, existe una escasa aplicación de las medidas de seguridad para las personas con trastorno mental que han cometido algún delito, que permiten el cumplimiento de la responsabilidad

penal en espacios terapéuticos, en detrimento de las penas en centros penitenciarios ordinarios (ARARTEKO, 2014).

Por otro lado, la existencia de **actitudes paternalistas entre las y los profesionales sociosanitarios** tienen relación con el **funcionamiento interno en el ámbito de la prisión**, donde parece existir una cierta contradicción entre el principio de autoridad propio del régimen de una prisión con el derecho a la rehabilitación de una persona con enfermedad mental. Es decir, se produce una primacía de **criterios de beneficencia y justicia sobre criterios de autonomía**, lo cual camina en dirección opuesta al modelo de rehabilitación psicosocial que fomenta la autonomía personal y el empoderamiento del paciente. En este sentido, un régimen privativo de libertad como el de la prisión ordinaria no parece ser el mejor lugar para la recuperación de una persona con trastorno mental.

c) **Barreras derivadas del estigma a las que se enfrentan las personas con trastorno mental**

La **inexistencia de recursos específicos** unido al **doble estigma** al que estas personas se enfrentan en situación de libertad, por motivo de su doble condición de personas con enfermedad mental y ex reclusas **dificultan su itinerario de integración y rehabilitación social**. En este sentido, es muy probable que estas personas que interrumpen la recuperación de su enfermedad, acaben en algún momento reincidiendo delictivamente. Según las y los propios profesionales, la ineficacia de los recursos externos y la inexistencia de alguien que controle el seguimiento de estas personas producen que estas personas acaben de nuevo en la prisión un tiempo después pero en unas condiciones de salud gravemente deterioradas.

d) **Medidas puestas en marcha para reducir el estigma**

Tal y como hemos comentado con anterioridad, las publicaciones aquí analizadas hacen menos referencia al estigma que las personas con trastorno mental viven en el ámbito de la prisión, que a la propia situación sociosanitaria de estas personas en dicho contexto, poco apto para su recuperación. Las medidas que aquí se recogen van en esta línea. Destacamos las siguientes iniciativas puestas en marcha por instituciones tanto públicas como privadas:

- ▶ Por un lado, la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA gestiona el programa de **“Apoyo a la Rehabilitación de Personas con Enfermedad Mental Internas en Centros Penitenciarios. Apoyo a la Rehabilitación Psiquiátrica”**, desde el año 2005, gracias a la financiación del Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales, si bien se ha intervenido con población penitenciaria desde 1993. Actualmente 18 entidades de 8 Comunidades Autónomas, desarrollan su acción en múltiples Centros Penitenciarios y los dos Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios. El principal objetivo de este programa es mejorar la situación de las personas con enfermedad mental grave internas en los Centros Penitenciarios y Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios, favorecer su reinserción social y potenciar el apoyo familiar, tanto en la fase de internamiento, como en la preparación de la salida. El trabajo se enfoca en una triple vertiente: por una parte favorecer la rehabilitación psicosocial de los internos con enfermedad mental a través de intervención individual y grupal tanto fuera como dentro de los centros penitenciario, ofrecer apoyo y asesoramiento a los familiares para paliar esta situación, y atender a las necesidades de formación y asesoramiento de funcionarios e internos sobre las personas con enfermedad mental.

- ▶ Por otro lado, resulta interesante la elaboración, por parte del Ministerio del Interior, a través de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, de la [Guía para la Promoción de la Salud Mental en el Medio Penitenciario](#)⁶⁰ a través de la que se pretende realizar una prevención primaria para evitar que se desarrollen problemas de salud mental entre la población penitenciaria. Esta guía recoge recomendaciones así como actividades de trabajo diario en la atención a la salud mental en las prisiones. Está destinada a las y los profesionales de los centros así como a las personas en régimen penitenciario y sus familiares.

e) Recomendaciones para la erradicación del estigma

Partiendo de la premisa de que la prisión ordinaria no debe ser el lugar en el que una persona con enfermedad mental cumpla una pena derivada de la comisión de un acto delictivo, diferentes instituciones y personas expertas recogen una serie de pautas clave que deberían ponerse en marcha para, al menos, reducir las consecuencias negativas de la experiencia de la vida en prisión para estas personas. En tal sentido, la primera recomendación iría en la línea de conseguir que cualquier persona que padezca un trastorno mental cumpla su pena o medida de seguridad en estructuras no penitenciarias (FEDEAFES, 2014). A continuación se presentan una serie de pautas a tener en cuenta en cada una de las etapas del proceso penal:

e.1) Etapa de cumplimiento de la condena:

En cuanto a las **medidas de seguridad**:

- ▶ Poner en marcha equipos de tratamiento asertivo comunitario que desplieguen actuaciones de integración activa de la persona con enfermedad mental en su entorno, de modo que no deje el tratamiento y pueda, eventualmente, delinquir en un estado de crisis y pérdida de conexión con la realidad.
- ▶ Creación de grupos de trabajo multidisciplinares (sanidad, justicia, servicios sociales y organizaciones de usuarios) que asesoren a los juzgados mediante evaluaciones periódicas de cada caso, en cuanto a los recursos de derivación más adecuados para cada persona (Ministerio de Sanidad, 2012).
- ▶ Elaboración de protocolos de derivación para coordinar las medidas entre los órganos judiciales, la red de atención sociosanitaria y las entidades sociales que prestan apoyo a las personas con enfermedad mental (Ministerio de Sanidad, 2012).

En cuanto a quienes cumplen una **pena privativa de libertad**:

- ▶ Potenciar la existencia de medios asistenciales específicos para las personas con trastorno mental grave, que ofrezcan tratamiento especial también a quienes sufren una patología dual (Ministerio de Sanidad, 2012).
- ▶ Fomentar una mayor coordinación y formación entre los profesionales de las diversas áreas (judicial, sanitaria, de vigilancia, educativa, etc.) que facilite y mejore la aplicación del PAIEM (Ministerio de Sanidad, 2012).
- ▶ El PAIEM debería experimentar ciertos cambios en cuanto a los criterios de inclusión (tener en cuenta los trastornos de personalidad así como las patologías duales) y en relación con

⁶⁰ Ver: [Min. Interior: Guía para la promoción de la salud mental en el medio penitenciario](#).

la adscripción al programa de las entidades comunitarias que ofrecen atención fuera de la prisión. En este sentido, el PAIEM debe orientar su mirada más al exterior de la prisión que al interior (Ararteko, 2014).

- ▶ Resulta fundamental poner especial atención a las mujeres, en las que se aprecian enfermedades de mayor gravedad y que encuentran mayor dificultad en el acceso a recursos comunitarios; así como a las y los menores (Ararteko, 2014).

e.2) En la etapa de reinserción:

- ▶ Puesta en marcha de acciones de sensibilización dirigidas a personal y a internos de los centros penitenciarios para luchar contra el doble estigma que tienen las personas con trastorno mental (FEDEAFES, 2014).
- ▶ Potenciar la capacidad del PAIEM de fomento de la reinserción social, con apoyos extrapenitenciarios
- ▶ Adaptación de los recursos comunitarios ya existentes a la situación de las personas presas con trastorno mental (Ararteko, 2014).
- ▶ Apoyar el mantenimiento de la persona en su entorno familiar y social, teniendo en cuenta el arraigo (Ministerio de Sanidad, 2012).
- ▶ Elaborar una guía de recursos que informe acerca de los protocolos de acceso y derivación y, por tanto delimite los perfiles atendidos en los mismos (Ararteko, 2014; Ministerio de Sanidad, 2012).

f) Lagunas informativas en la investigación sobre el estigma

Las diversas investigaciones analizadas arrojan conclusiones ciertamente mejorables en relación con el doble estigma que viven las personas con enfermedad mental sometidas a una condena penitenciaria. Sin embargo, no deja de ser éste un ámbito que se ha estudiado poco, lo cual probablemente se debe a las dificultades de acceso y de recogida de información por parte de los agentes implicados. En este sentido, resulta interesante destacar que, si bien se ha estudiado, en contadas investigaciones, la situación de las personas con enfermedad mental en el ámbito penitenciario, poco se conoce respecto a la **condición pre-existente o sobrevenida de este tipo de trastorno**. Resultaría de gran interés, conocer hasta qué punto, las propias condiciones de reclusión así como las dinámicas de vida interna de las prisiones, están o no precipitando la aparición de los trastornos mentales. De hecho, en la literatura sobre el tema, y así lo hemos mostrado aquí, se plantea existen ambientes (el excesivo estrés, por ejemplo) o prácticas (como el consumo de sustancias) que pueden funcionar como catalizadores y precipitar la aparición de una enfermedad mental, por lo que se echa en falta una reflexión al respecto entre las investigaciones analizadas.

Por otro lado, entre las publicaciones detectadas, se aporta escasa información en torno a **cuestiones transversales como el género, la nacionalidad o la edad**. No tenemos conocimiento acerca de la situación, probablemente diversa, que viven las mujeres con trastorno mental en situación de privación de libertad o sometidas a medidas de seguridad. Como adelanta el estudio de Ararteko, se trata de un segmento poblacional que cuenta con necesidades diferenciadas ya que varias de ellas pueden tener familiares a su cargo, por lo tanto las consecuencias negativas de la

experiencia de la prisión es probable que les afecte en mayor medida. En la misma línea, poco se conoce sobre el tipo de atención sociosanitaria que reciben las personas migrantes sometidas a una pena privativa de libertad y que tienen un trastorno mental.

5. ESTIGMATIZACIÓN EN LOS ÁMBITOS POLICIAL Y JUDICIAL

“El enfermo mental es en primer lugar un ciudadano, en segundo lugar un ciudadano enfermo, y en tercer lugar un ciudadano afectado por un tipo de enfermedad peculiar”.

Rodrigo Bercovitz en *La marginación de los locos y el derecho* (1974).

“Nosotros somos supervivientes. Nosotros no vivimos, nosotros sobrevivimos (...) Cuando te dan un diagnóstico...yo muchas veces me he sentido marginado”

José Luis (persona con trastorno mental).

La **Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad de la Organización de Naciones Unidas** (ONU, 2006) constituye uno de los instrumentos internacionales más recientes y completos destinados a la protección del colectivo de las personas con discapacidad en general, afectando, en este sentido, a una parte importante de las personas con trastorno mental. Dicho instrumento, ratificado en 2008 por el Gobierno del Estado español, recuerda, en su preámbulo los principios de *“la dignidad y el valor inherentes y de los derechos iguales e inalienables”* de todos los seres humanos, *“sin distinción de ninguna índole”* así como *“la necesidad de garantizar que las personas con discapacidad los ejerzan plenamente y sin discriminación”*. Además, la Convención reconoce la necesidad de *“promover y proteger los derechos humanos de todas las personas con discapacidad”* al tiempo que observa con preocupación que *“pese a estos (...) instrumentos (...), las personas con discapacidad siguen encontrando barreras para participar en igualdad de condiciones con las demás en la vida social y que se siguen vulnerando sus derechos humanos en todas partes del mundo”*.

El entorno judicial y policial no está exento de constituir un ámbito de potenciales discriminaciones hacia las personas con discapacidad, y en particular aquellas con trastorno mental que son las protagonistas del presente estudio. Existen diferentes situaciones en las que las personas con enfermedad mental interactúan con ciertos agentes institucionales que ofrecen un servicio público como son las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad (en adelante FCS) así como los diversos miembros de la administración de justicia, como abogados y abogadas, fiscales, jueces o juezas, además de notarios y notarias.

En algunas ocasiones se trata de **traslados e ingresos** de personas con trastorno mental a centros sanitarios para recibir tratamiento médico. Otras veces, estas situaciones tienen relación con la **presunta comisión de un delito** por parte de la persona con enfermedad mental, por el cual es denunciada, acudiendo las FCS al lugar de los hechos. Puede darse también el caso de una **persona** que al encontrarse **en un momento de alteración psíquica** en un espacio público, sea encontrada por las FCS y trasladada a dependencias policiales. Por último estarían los **procesos de incapacitación civil** de una persona con enfermedad mental, así como otros procesos judiciales de tipo civil como los **procedimientos de familia**.

En todas estas situaciones de interacción de las FCS y el aparato judicial con personas que pueden tener un trastorno mental, resulta razonable suponer que el grado de aceptación y reproducción de estereotipos y prejuicios asociados al trastorno mental que se dé entre las personas encargadas de llevar a cabo estos procedimientos influirá en el trato que las personas con trastorno mental reciban. Si bien los ámbitos judicial y policial no han sido ampliamente estudiados en relación con la

reproducción del estigma asociado al trastorno mental, como sí lo han sido otros ámbitos aquí señalados, lo cierto es que se trata de espacios de interacción especialmente relevantes en tanto que los agentes implicados tienen el deber de proteger la integridad física así como los derechos fundamentales de las personas, particularmente de aquellas más vulnerables. En este sentido, cualquier tipo de **deficiencia en la aplicación de las leyes**, ya sea motivada por el estigma que opera en los diferentes agentes o por otra razón, o la propia indefinición o ambigüedad de las mismas **podría tener importantes consecuencias** en el menoscabo de ciertos derechos fundamentales de las personas con enfermedad mental.

La escasez de estudios o investigaciones que profundicen en torno a la reproducción del estigma asociado al trastorno mental en el ámbito policial y judicial constituye la razón fundamental por la que se ha decidido acudir a las fuentes primarias a través de un trabajo de campo desarrollado en 2015. Éste ha estado compuesto por⁶¹:

- ▶ **Entrevistas** semi-estructuradas a:
 - **fiscales** especializados en la discapacidad y la Salud Mental,
 - **personal formador de las FCS** en materia de trastorno mental,
 - **policías nacionales y municipales** en activo,
 - una **persona afectada por un trastorno mental** perteneciente a una asociación formada por personas con enfermedad mental.
- ▶ Un **taller de trabajo** con el **comité jurídico** de la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA.
- ▶ **Acceso a diferentes documentos** elaborados por las **FCS** (ya sea éste material de sus propias páginas web y perfiles de la red como a material didáctico diverso).

Como consecuencia, se ha obtenido información relevante con respecto al estigma que opera en este ámbito. A continuación se presenta el diagnóstico de la situación basado tanto en revisión bibliográfica como en el trabajo de campo apenas mencionado.

a) **Percepciones y actitudes en relación con el estigma**

Existen, por lo tanto, diversas situaciones en las que se produce una interacción social entre las FCS o miembros de la administración de justicia y las personas con enfermedad mental. En todas ellas se detectan **actitudes estigmatizantes** por buena parte de las y los agentes que entran en interacción con las personas con trastorno mental. Fundamentalmente **se relaciona el trastorno mental con la peligrosidad**, lo cual en ocasiones genera sentimientos de miedo. A continuación se señalan, a través de ejemplos clarificadores, este tipo de actitudes desplegadas por las FCS y miembros de la judicatura en cada uno de los escenarios fundamentales en los que estos agentes interactúan con personas afectadas por un trastorno mental.

⁶¹ Para una explicación más exhaustiva y completa acerca del trabajo de campo desarrollado en el presente estudio, remitirse al capítulo 3: Metodología.

a.1) En el supuesto de traslados e ingresos

Una de las situaciones más comunes en las que se encuentran las personas con trastorno mental y FCS son los traslados y los posteriores ingresos por motivos de salud en un centro sanitario, ya sea público o privado. Éstos pueden ser **ingresos voluntarios**, es decir, aquellos en que la propia persona decide voluntariamente internarse en un centro hospitalario por una cuestión de salud mental. Esta sería la situación “ideal” ya que es la propia persona con trastorno quien lo solicita. Las complicaciones aparecen cuando la persona es ingresada “**contra su voluntad**”, lo cual debe realizarse, según el ordenamiento español, con una serie de garantías legales de modo que no se vulneren sus derechos fundamentales. Este tipo de ingreso involuntario, a su vez, puede ser de carácter ordinario o urgente. En cualquier caso es el médico quien debe recomendar que la persona sea internada. Según el artículo 763 de la ley de enjuiciamiento civil, el documento legal que regula las garantías judiciales de este tipo de internamientos, el personal médico cuenta con 24 horas para informar al juez o jueza del **ingreso urgente**, quien autorizará o no el mismo (en un plazo de 72 horas). Cuando se trata de un **ingreso de carácter ordinario**, se acude al juzgado con el informe médico y se espera a la autorización judicial antes de ingresar a la persona, mientras que con el urgente, la autorización se da a posteriori, puesto que la situación es considerada crítica y se plantea que se debe actuar con celeridad.

Si bien existe, como decíamos, legislación⁶² acerca de quién es responsable de solicitar el ingreso, y quién lo debe autorizar, no existe, sin embargo, una **ley** (documento legal o protocolo), **común a todo el Estado, que especifique cómo debe realizarse este procedimiento**: cuál es el papel del personal sanitario que realiza el traslado, así como su formación específica, si en dicho traslado deben intervenir las FCS, qué pautas deben guiar su actuación, etc. Esta situación, unida a la pervivencia de estereotipos entre las y los profesionales de las FCS y la judicatura (como la vinculación del trastorno mental con la agresividad o la incapacidad), da como resultado la existencia de vulneraciones de los derechos de las personas con trastorno mental, lo cual, sólo en algunas ocasiones, deviene en quejas y denuncias por parte de éstas o de sus familias. Una de estas reivindicaciones hace alusión a la propia participación de las FCS. **Parte del movimiento asociativo de la salud mental estima inapropiado que las FCS intervengan en traslados e ingresos**, en primer lugar, porque **se trata de situaciones que afectan a la salud** y no a la seguridad (por lo tanto su presencia sería inadecuada) y, en segundo lugar, porque **en ocasiones se han excedido en su papel**. De hecho, varias publicaciones se han hecho eco de esta situación y aluden al **abuso**, que en ocasiones, hacen las FCS **de los medios de contención** (esposas o lazos de seguridad) así como de los **elementos estimulantes como las luces y sirenas** o el propio uniforme. Estas prácticas no sólo **estigmatizan al paciente** sino que **pueden agravar considerablemente su estado de salud** (FEDEAFES, 2014; Defensores del Pueblo, 2015).

Aún así, no todas las experiencias son negativas ni todas las FCS actúan de la misma forma. Representantes del movimiento asociativo de personas con trastorno mental y sus familias en el País Vasco comentan algunas buenas prácticas llevadas a cabo en su territorio: por ejemplo, en Bizkaia, donde las asociaciones de personas con trastorno mental y sus familiares tienen una relación cercana con la policía autonómica, la *Ertzaintza*. El cuerpo de seguridad vasco cuenta, ya desde 2002, con una circular en la que se explica qué tipo de actuación es la mejor cuando se trata con personas con trastorno mental (se ofrecen pautas como la no utilización de sirenas o luces, ni uniformes, etc.).

Las supuestas vulneraciones de derechos o malas prácticas no se circunscriben únicamente a la actuación de las FCS, sino que en ocasiones, son los propios **profesionales sanitarios** (personal

⁶² Ver: [Art. 763. Ley de enjuiciamiento civil](#).

médico, de enfermería o auxiliares), **así como las y los celadores y conductores de ambulancia**, etc. quienes despliegan actitudes estigmatizadoras o discriminatorias durante los procedimientos:

“En algunos ingresos involuntarios se presentan allí la policía, los bomberos, el psiquiatra, la ambulancia... Es un montaje que te cagas. Una persona que está en crisis, está de muy mal humor, tiene un comportamiento que no es un comportamiento normal... A mí me ha pasado. He tenido dos ingresos involuntarios. El policía municipal me puso las esposas. El celador me cogió del cuello, me resistí, y estuve dos días con dolor de cuello (...).” (persona con trastorno mental).

De hecho el **abuso de los métodos de contención** (utilización de grilletes o mecanismos de sujeción) así como algunas prácticas vejatorias, en ocasiones, no sólo se presentan en el procedimiento de traslado e ingreso, sino **también** en los días posteriores, **cuando la persona ya se encuentra ingresada** en el hospital:

“No hay derecho que una persona tranquila la tengan atada con grilletes en los pies o que llames y no te den algo para orinar...” (Persona con trastorno mental).

En algunas zonas del Estado, el proceso se pervierte desde el momento de la recepción de la llamada de los servicios de Emergencias. Según algunas familias de personas afectadas, algunas de las **personas encargadas de recibir las llamadas en los servicios de Emergencias** adolecen de la necesaria sensibilidad y, probablemente, también de formación. En algunos casos, la propia evaluación de la situación por parte de la persona, es inadecuada y esto produce que toda la intervención genere dificultades:

“Si la persona que coge la llamada no se entera y no sabe de lo que se habla, piensa únicamente en que se está produciendo un altercado y no en el problema sanitario que se esconde”. (Experta jurídica).

En este sentido, una apreciación muy común entre las personas que forman parte del movimiento asociativo de la Salud Mental entrevistadas para el presente estudio, es la sensación de que **“es una lotería”** y que **todo depende de la sensibilidad de la persona que te atienda**:

“Nos estamos moviendo con la buena voluntad, dependiendo de la humanidad, de la inspiración que tenga el que está allí en ese momento (...). ¡Qué suerte con este médico, qué suerte con este juez, con este abogado, con este fiscal, con este familiar! No puede ser: tiene que haber algo institucional y luego también crear redes sociales, un tejido social que comprenda”. (Experta jurídica).

Ante esta situación, la estrategia que siguen las asociaciones de familias y afectados y afectadas es la generación de redes, lo que llaman el **“marketing de las relaciones sociales”**, es decir, identificar a las personas “sensibilizadas” y acudir a ellas cuando se presentan problemas o complicaciones, para recibir ayuda.

Se identifica, por lo tanto, una **falta de coordinación** (en relación con las competencias y formas de actuación de cada actor implicado) **y de comunicación** importante entre los diversos sistemas de atención y de intervención en estas situaciones (socio-sanitario, policial, judicial, etc.). Si bien existe legislación acerca de las garantías judiciales del ingreso involuntario, **no existe ningún documento que estipule qué debe suceder antes ni después** del mismo ni que identifique los modos de actuación de cada agente. Aún así, en algunos municipios en los que se han elaborado **protocolos de coordinación** que **se aplican** en la práctica y que **cuentan con el seguimiento** de todos los agentes, incluidas las asociaciones de personas afectadas y sus familiares la situación es claramente mejor. En la provincia de Alicante, por ejemplo, se señala que prácticamente no existen ya los ingresos involuntarios puesto que el internamiento que en principio iba a ser involuntario, acaba convirtiéndose en voluntario. Este debería ser, a juicio de la mayor parte de expertos y

expertas jurídicos especialistas en Salud Mental que se ha entrevistado, uno de los objetivos últimos de estos protocolos de actuación.

Otro ejemplo que puede ser considerado como buena práctica es el de la Región de **Murcia**, donde cuentan con un protocolo que establece las competencias de cada agente implicado de forma que los ingresos involuntarios se den de la forma menos traumática posible. Sin embargo, resulta muy importante el manejo y abordaje adecuado de este tipo de situaciones en las que se obliga a una persona a llevar a cabo un procedimiento en contra de su voluntad. No ya sólo se deben tener en cuenta las **garantías judiciales** pues se está viendo afectado un derecho fundamental, sino también porque estas acciones pueden tener consecuencias negativas en las personas afectadas y sus familiares. Es relativamente común que existan roces entre la persona con trastorno y su familia (quien generalmente llama a la ambulancia), así como sospechas de ocultación de la realidad pues, en ocasiones, no se explica a la persona cómo ha sido el proceso ni se la tiene en cuenta durante el procedimiento. Es por ello que uno de los objetivos más importantes de estos protocolos debe ser la paulatina **desaparición de los ingresos involuntarios** en los casos en que esto sea posible, y el trabajo con **la persona afectada** para que **ingrese por su propia voluntad**. En este sentido, es importante que las personas con trastorno mental formen parte de los comités de redacción de los protocolos para que su voz, generalmente mediada por otros agentes (personal sanitario, familiares, etc.) sea escuchada y sus demandas atendidas.

a.2) En el supuesto de la comisión de un delito

Antes de entrar a conocer las diferentes actitudes y percepciones que se dan en estos “supuestos”, convendría distinguir entre los tipos de interacción que se generan, fundamentalmente entre las FCS y las personas afectadas con un trastorno mental. Éstas serían:

- ▶ Las situaciones en las que hay indicios de la comisión de un **delito**.
- ▶ Las situaciones o “**incidentes**” que se manifiestan como consecuencia de una cierta **descompensación del trastorno mental**.

Asimismo, la propia ley sobre las **competencias de las FCS**⁶³, establece una clara distinción entre dos tipologías de funciones de estos cuerpos:

- ▶ Por un lado, las relativas a la **seguridad de las personas** en relación con la prevención y persecución del delito.
- ▶ Por otro lado, las de **ayuda y auxilio a las y los ciudadanos** que se encuentren en situación de riesgo o necesidad como consecuencia de una catástrofe, inclemencia meteorológica o enfermedad, entre otras.

Adicionalmente, el artículo 21 de la Ley de Seguridad Ciudadana de 1992⁶⁴ establece que cuando las FCS entren en un domicilio deberán remitir un acta o atestado a la autoridad judicial competente. En este sentido, el término **atestado** tiene que ver con el inicio de un procedimiento penal sobre la base de la comisión de un delito; mientras que el término **acta** hace referencia, en este contexto, a la documentación que ha de realizarse cuando se producen entradas en un domicilio motivadas por el auxilio o apoyo a la ciudadanía, pero que no tienen ningún tipo de carga penal.

⁶³ En concreto, la Ley Orgánica 2/1986 de 13 de Marzo.

⁶⁴ En concreto, la Ley Orgánica 1/1992 de 21 de Febrero.

Todas estas distinciones y competencias de las FCS se recogen y explican en un escrito dirigido al Ministro del Interior elaborado por la [Comisión de Discapacidad del Colegio de Abogados de Córdoba](#)⁶⁵ en el que se explicita el papel fundamental de las FCS a la hora de **evitar o propiciar** la incoación de procedimientos penales que puedan suponer **que las personas con trastorno mental acaben en prisión**⁶⁶. Desgraciadamente esto **sucede más a menudo de lo que sería deseable** y es por ello que la citada Comisión insta al Ministro a dictar instrucciones a las FCS para que actúen de forma adecuada.

La razón fundamental por la que continúan desplegándose **actitudes estigmatizantes** en este ámbito tiene que ver con la **vinculación** que se realiza **del trastorno mental con el altercado de orden público y el “riesgo” añadido o inseguridad** que pueden generar, máxime teniendo en cuenta que en las FCS existe una tensión constante entre sus dos funciones, prevaleciendo generalmente aquella que hace alusión a mantener la seguridad de la ciudadanía.

EN EL SUPUESTO DE SITUACIONES EN LAS QUE SE PRODUCE UN “ALTERCADO” COMO CONSECUENCIA DE LA DESCOMPENSACIÓN DE UNA PERSONA CON TRASTORNO MENTAL

“Te piden que el derecho resuelva una cuestión de salud” (experto jurídico).

Según una **encuesta** de diciembre de 2013 elaborada por la Sección de Protección de Personas con Discapacidad de la **Fiscalía Provincial de Córdoba**⁶⁷ y dirigida por el Fiscal Fernando Santos Urbaneja, cuya muestra la componen las y los profesionales que trabajan en el **Juzgado de Guardia** de dicha ciudad, alrededor del 15% de las personas que llegan al mismo bajo la sospecha de haber cometido algún tipo de delito tiene una discapacidad psíquica o trastorno mental. Generalmente estas personas son detenidas en relación con un delito relacionado con la violencia familiar o la alteración del orden público. Según la encuesta mencionada, la mayor parte de estos “altercados” se producen como consecuencia de un estado de descompensación de la persona enferma producto del cual agrede (de manera física o verbal) inconscientemente a un familiar o agente de las FCS, lo cual acaba siendo considerado como un doble delito. En el **caso de las y los familiares**, se da la circunstancia añadida de que en estos delitos **se impone**, como **pena accesoria**, a la persona afectada por el trastorno **una orden de alejamiento**⁶⁸ de su familiar que generalmente es quien ejerce el rol cuidador o cuidadora. Esta situación deviene en circunstancias “surrealistas” como que la persona con trastorno se salta esa orden pues de quien se debe alejar de su principal cuidador o cuidadora y esto puede suponer el quebrantamiento de una ley pudiendo acabar en prisión:

“...Si es un delito de violencia familiar, con la pena accesoria de prohibición de acercarte a quien es tu cuidador principal que es tu madre. Que eso ya es el no va más, y si te acercas cometes otro delito que eso es quebrantamiento de condena. Y entonces te llevan a la cárcel, y si tu madre te llama a la cárcel no le dejan que te pasen la llamada. Porque tienes una prohibición”. (Fiscal especializado en Salud Mental).

Si bien, es importante tener en cuenta que el nuevo código penal ha introducido una matización que supone que no siempre haya que poner una orden de alejamiento, sin embargo, a pesar de que la ley lo contemple, después esta ley hay que ponerla en práctica y si el prejuicio pervive, su aplicación será inevitablemente más lenta:

⁶⁵ Ver: [Escrito de la Comisión de Discapacidad del Colegio de Abogados de Córdoba al Ministerio del Interior \(2012\)](#).

⁶⁶ Conviene señalar aquí que según el ordenamiento jurídico español, las personas con trastorno mental deben cumplir su pena en una estructura no penitenciaria.

⁶⁷ Ver: [Encuesta Fiscalía Provincial de Córdoba, 2013](#).

⁶⁸ En función del Artículo 57-2 del Código Penal.

“(La matización aludida es)...Una de las novedades buenas del código penal, pero hasta ahora...Y ojo, que porque se lleve a la ley las cosas, eso no significa que inmediatamente se aplique. Sobre todo si seguimos con el prejuicio y con el estigma. Si seguimos con el ¿y sí?” (Fiscal especializado en Salud Mental).

Volviendo a la encuesta mencionada, **en más de la mitad de los casos** (53,5%) estos sucesos dan lugar a **juicios rápidos** que se desarrollan con gran celeridad en la misma sede del Juzgado de Guardia, en los que **resulta casi imposible detectar la presencia de “anomalías psíquicas”**. E incluso cuando éstas se han identificado, a veces se llega a un acuerdo con el Fiscal (arribando a una sentencia de conformidad que reduce en un tercio la pena impuesta), lo cual imposibilita la evaluación de la persona y posterior declaración de inimputabilidad.

La entrada en el sistema penal acaba siendo un “círculo vicioso” para la persona con trastorno mental del cual es difícil salir. Si bien nuestro ordenamiento jurídico contempla la posibilidad de detectar una “enfermedad mental sobrevenida”, lo cierto es que a fin de cuentas resulta muy tedioso conseguir que la persona acabe cumpliendo la pena en un establecimiento no penitenciario. En este sentido, el **procedimiento de juicio rápido no es la mejor opción**, de hecho, dificulta, cuando no impide una detección temprana del trastorno:

“El gran problema de los juicios rápidos es que no hay ninguna capacidad de análisis ni en policía, ni en jueces, ni en el fiscal ni en el abogado (...). No hay ninguna capacidad de evaluar. (...) Pero, ¿cómo se puede evaluar la inimputabilidad que es lo más difícil que se puede hacer, en un juzgado de guardia? Eso es imposible, con lo cual no se evalúa, con lo cual se le da el trato de normal, con lo cual se le pone una pena, con lo cual se va a la cárcel. Y es en la cárcel donde ya eso se ve y dicen pues tiene esquizofrenia. Pero ya está en la cárcel”. (Fiscal especializado en Salud Mental).

Gráfico 1. El círculo vicioso del juicio rápido para las personas con trastorno mental.



Fuente: elaboración propia

Otra de las situaciones que suceden en los juicios es que, tal y como destaca el movimiento asociativo vinculado a la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA, la **solemnidad y teatralización desplegada en la celebración de los juicios** (utilización de términos desconocidos, vestimentas

extrañas, etc.) hace de éstos un momento complicado para las personas con trastorno mental, máxime si se encuentran en un episodio de crisis.

EN EL SUPUESTO DE SITUACIONES EN LAS QUE REALMENTE SE HA COMETIDO UN DELITO, QUE NO ES CONSECUENCIA DE LA DESCOMPENSACIÓN DE UNA PERSONA CON TRASTORNO MENTAL

El trastorno mental y la inimputabilidad

El Código Penal español establece que cuando las personas con trastorno mental cometen un delito y éste es consecuencia de su enfermedad particular, entonces serán declaradas inimputables (ya que se considera que su voluntad ha sido disminuida por causa de la enfermedad) por lo que en principio no deberían ir a prisión, sino que a estas personas les corresponden **medidas de seguridad en un establecimiento adecuado al tipo de alteración psíquica**. Por lo tanto, tiene que haber una incidencia concreta del trastorno mental en la acción delictiva, es decir que exista una relación causa-efecto entre el acto y el trastorno mental. En ese caso, la persona será declarada inimputable. Sin embargo, para que se produzca esta consideración, el trastorno mental debe ser advertido por jueces, juezas o fiscales. Pero esto no siempre sucede, ya que, como se ha avanzado con anterioridad, el propio procedimiento del juicio rápido impide cualquier tipo de identificación.

Existe también la posibilidad de detectar el trastorno mental una vez dictada la sentencia. Es decir, si en ese momento la persona no tiene conocimiento de lo que se está sentenciando (porque no es consciente, no lo entiende), entonces el juez o la jueza debe paralizar el proceso hasta dilucidar qué sucede.

La práctica real ofrece en algunas circunstancias situaciones diversas en las que, para hechos muy similares, juzgados diferentes tienen conclusiones diversas, es decir, no hay una homogeneización de criterios y se puede declarar inimputable a la persona en un caso así como imputable en otro.

Abuso de la enajenación mental

Por otro lado, se ha constatado una cierta **“mala práctica” por parte de algunos abogados** que, para librar a su cliente de la prisión, **apelan a un supuesto trastorno mental** (Gallardo, 2011). El abuso de una figura jurídica como la enajenación mental por alteración psíquica, que garantiza derechos fundamentales a las personas que padecen un trastorno mental, actúa claramente en detrimento de sus derechos y podría generar la duda sobre la simulación de ciertos trastornos. Algunos de los expertos entrevistados aluden a un momento anterior en el que se abusó de esta figura al tiempo que se difundía la existencia de nuevos síndromes o trastornos que, sin embargo, parecería haber ya remitido:

“Hubo un tiempo en que existía el ‘Voy a utilizar este argumento cuando me venga bien’ (...) El tema de la inimputabilidad es delicado (...). Cuando se da este argumento para la defensa, tienen un círculo pequeño donde verdaderamente se trata de padecimientos que son dignos de tener en cuenta (...) y eso fue creciendo y creciendo y (...) ha habido un momento en que todo el mundo tenía algún trastorno (...). Eso funcionó hasta que los jueces se dieron cuenta de que esto era un engaño. Con lo cual ahora mismo eso ha remitido mucho y volvemos a estar en las zonas centrales en las que sí hay una anomalía psíquica” (Fiscal experto en salud mental).

a.3) En el supuesto de la declaración de incapacidad

El artículo 763 de la ley de enjuiciamiento civil contempla la declaración de incapacidad civil de una persona que padece un trastorno mental. Ésta puede solicitarla la propia persona, sus familiares, allegados o el propio Ministerio Fiscal. La declaración es aprobada por un juez o jueza tras una serie

de pruebas que realizará a la persona con enfermedad mental así como entrevistas a sus familiares, etc.

Según varios expertos y expertas jurídicos, se ha producido un cierto **abuso de la figura de la incapacidad civil permanente y total** por el simple hecho de tener un trastorno mental. Esta situación se explica debido al hecho de que existe un fuerte arraigo del estereotipo de la incapacidad ligado al trastorno mental. Esto afecta a todos los operadores jurídicos, desde fiscales o jueces y juezas hasta el cuerpo notarial. La existencia de un trastorno mental opera como un “antecedente” de la persona y en esos casos el proceso es muy “fácil”:

“Lo que hay que hacer es incapacitar plenamente para todo y para siempre y si es posible internar... Esto es algo que es profundamente injusto”. (Fiscal especializado en salud mental).

En diversas situaciones en las que se debe realizar una **operación jurídica**, es el notario quien “vela” porque ambas personas tengan capacidad de realizar dicha operación. En algunas situaciones, si se trata de una persona con trastorno mental y existe un informe médico de por medio, el estigma opera y **el notario** puede pedir la incapacidad de esa persona.

“(A las personas con enfermedad mental) siempre se les presume incapacidad a priori. Los notarios cogen el ‘capacímetro’ y deciden”. (Experta jurídica).

Otra de las situaciones graves que se comenten, según las personas expertas consultadas para el presente estudio tiene que ver con una **práctica más o menos habitual detectada en algunas Comunidades Autónomas** como la Comunidad Valenciana, Andalucía o Murcia, por la cual **se incapacita** de forma cuasi rutinaria **a las personas con trastorno mental, para que tengan preferencia en el acceso a plazas en residencias**. Parece ser que, debido a alguna confusión en relación con la Ley de Dependencia, en algunos casos; o bien a una cierta práctica arraigada de legislaciones anteriores y contrarias al derecho actual, se ofrece prioridad en la obtención de plazas residenciales a quienes estén bajo la tutela de la Comunidad Autónoma de turno. Ante una situación en la que este tipo de recursos escasean, a veces los propios familiares propician una incapacidad y cesión de la tutela de su familiar a la Comunidad de modo que éste pueda obtener una plaza:

“En la Comunidad Valenciana (...) estamos pervirtiendo el sistema, o sea estamos incapacitando gente simplemente por una cuestión de plazas”. (Experta jurídica).

“Ha habido una confusión, en Andalucía con la Ley de Dependencia, todo el mundo venga incapacitar y no era necesario en principio”. (Experta jurídica).

“Murcia es una de las regiones donde más incapacitaciones ha habido porque el procedimiento para entrar en una residencia pública era incapacitar a la persona (en función de una normativa de los años 80). (...) Esto ya ha cambiado pero queda un cierto “remanente” de estas ideas (...). Digamos que en Murcia no hay mucho problema en (...) la incapacidad”. (Experta jurídica).

Este abuso de las incapacitaciones, lógicamente, tiene unas **consecuencias verdaderamente serias pues se está privando del ejercicio de los derechos civiles a una persona**, como puede ser el ejercicio del derecho al voto, por citar alguno:

“Conocemos los datos anuales de incapacitaciones pero no el acumulativo. Casi 80.000 personas sin derecho de sufragio” (Fiscal especialista en Discapacidad).

En este sentido, la propia **Convención** es contraria a este tipo de prácticas, sobre todo si las incapacitaciones son permanentes y para todo. De hecho en la propia Convención se habla de

“provisión de apoyos” y no de “incapacitaciones”. Es decir, se trata de apoyar a una persona que, temporalmente, ha perdido una cierta capacidad de decidir sobre ciertos asuntos, pero el objetivo es que recupere paulatinamente dicha capacidad. El proceso de incapacitación, por tanto, debería denominarse, según expertos consultados, **proceso de provisión de apoyos**, búsqueda de apoyos para la persona, “no condenándola a una muerte civil”⁶⁹.

Recientemente, y como consecuencia de las recomendaciones que la comisión de seguimiento de la aplicación de la Convención en España ha realizado al país, se ha introducido una figura de guarda temporal denominada **curatela**, que es algo más “amable” que la incapacitación total pues la capacidad de obrar se comparte con otra persona, se toman decisiones conjuntas y es una figura más respetuosa con los derechos de la persona. Sin embargo, según expertas jurídicas es necesario pensar en más alternativas. Es decir, no se ha creado una verdadera **red de posibilidades alternativas a la incapacitación**. Algunas de estas posibilidades son los **poderes preventivos** (un documento que elabora la propia persona con trastorno, en el que especifica cómo quiere ser tratado/a en caso de que pierda capacidades o en quién delegará su tutela) o la creación de la **figura del agente facilitador** (una figura cercana a la persona que le apoye en cualquier procedimiento jurídico). Algunas de estas posibilidades ya existen con otros colectivos, como las y los menores o personas con otro tipo de discapacidad⁷⁰: estrategias o alternativas que permiten que la ley así como los procedimientos judiciales (ya sea en los interrogatorios o en la celebración de los juicios, por ejemplo), se “adecúen” a ciertas poblaciones vulnerables:

“En personas con sordera sabemos que tenemos que ir a las asociaciones (...) para que mediante el lenguaje de signos nos faciliten la comunicación. ¿Pero qué ocurre con el enfermo mental? (...) Otras habilidades como introducción de mecanismos de apoyo, no los tenemos en las leyes, tenemos que ir a otras fuentes: la figura del facilitador (psicólogo) como ocurre con menores. Y luego el miedo escénico, voy asustado, angustiado. Hemos de preguntarnos: ‘¿Cómo nos ve la persona con enfermedad mental?’, ‘¿Qué miedos tiene?’, ‘¿Se va a encerrar en sí mismo?’ En esto insisto mucho: cómo interrogar a una persona con trastorno mental” (Fiscal especializado en Discapacidad).

En este sentido, se hace mucho hincapié entre las y los expertos jurídicos entrevistados que no se trata de que las personas con trastorno se “adapten” a la ley, sino que debe ser ésta (y en esto se basa la Convención) la que se acerque a las personas con necesidades especiales o diversas. Es decir, que se ponga en práctica el principio de igualdad, en el sentido de adaptarse a la situación y necesidad particular de cada persona:

“Se le ha hecho lo que a los demás, no, muy mal. Ese no es el principio de igualdad. El principio de igual no es dar a todos lo mismo. Es dar a cada uno lo que necesite, esa persona no necesitaba un abogado de oficio y punto pelota. Sino una atención personalizada y de sus circunstancias” (Experta jurídica y familiar de una persona con trastorno mental).

Por otro lado, tal y como sucede en otros ámbitos, se obvia la realidad de que estamos hablando de una **realidad**, la **del trastorno mental**, que **puede afectar a cualquiera**, incluidos **los y las propios jueces también** y se prescinde de cualquier tipo de prevención que sin embargo, debería existir sobre todo cuando se trata de ámbitos de trabajo muy sujetos a presiones y angustias importantes:

“Cada año hay incapacitaciones mentales de jueces (...) y ahí no hay ningún tipo de prevención. Hasta los futbolistas tienen psicólogos, pero en el ámbito judicial en cuanto pides una baja ya queda un antecedente” (Fiscal especializado en Discapacidad).

⁶⁹ Fiscal especializado en Discapacidad.

⁷⁰ Actualmente existe una [Guía de intervención policial con personas con discapacidad intelectual](#), elaborada por la Guardia Civil y la Fundación Carmen Pardo-Valcarlos, sin embargo no se contempla el trastorno mental.

Sin embargo existen también algunas intervenciones positivas, el Ministerio Fiscal ha elaborado un **Manual de Buenas Prácticas en la protección de personas con discapacidad** (VV.AA, 2011), en el que se detallan algunas actuaciones positivas en las diferentes etapas de los procesos judiciales. Según los expertos judiciales y fiscales entrevistados para el presente estudio, el nuevo código civil de Cataluña es un interesante avance hacia el que el resto del Estado podría caminar. En este sentido, este código está adaptado a la Convención y crea la figura del “asistente”, una persona mayor de edad que apoyará a la persona con trastorno mental, que “complemente” sus capacidades. También existe el llamado “**Plan de tutela**”, es decir una hoja de ruta que, ante una incapacitación temporal, especifique cómo tienen que actuar el tutor o tutora (en base a la voluntad anticipada de la otra persona), cuáles son los tiempos de esta situación así como los controles, etc.

a.4) En otros supuestos: los procesos de familia

Existen otro tipo de situaciones en las que las personas con trastorno mental se encuentran en una situación de mayor vulnerabilidad en relación con quienes no están afectados/as por una enfermedad de este tipo. Muchas de estas situaciones se producen en los llamados procedimientos de familia: adopciones, custodias, etc.

En el caso por ejemplo de la **adopción**, opera de nuevo el estigma. A veces sucede que, incluso cuando existen informes favorables de gabinetes psicológicos de que la pareja correspondiente es idónea para adoptar, la administración de turno deniega la adopción por el simple hecho de tratarse de una pareja con trastorno mental.

“Querían adoptar y tenían un informe favorable de la administración (...) local, informe psicosocial favorable de que sí podían adoptar, (...), tenían trastorno mental pero podían perfectamente adoptar. Se manda al organismo autonómico correspondiente, llamada inmediata (...) a la Administración local 'A ver, ¿estáis seguros? Porque tienen un trastorno mental...¿cómo van a adoptar?' (...) Pues al final les denegaron la adopción, con informes favorables. Porque tienen trastorno mental y no puede ser por mucho que me diga todo un equipo de psicólogos que sí puede ser” (Experta jurídica y familiar de persona con trastorno mental).

En los procedimientos de **custodia**, sucede que en ocasiones se da un aislamiento de la persona que tiene el trastorno mental, pues se entiende que no será de forma individual una buena madre o padre. De nuevo aquí, la enfermedad actúa como un antecedente o un agravante:

“El propio juez suele ser reticente a valorar la custodia si la persona tiene enfermedad mental. Además en plan automático: no se paran a evaluar”. (Experto jurídico)

El estigma de la **irresponsabilidad**, que es el que opera en este sentido, es muchas veces **autoestigma**, por lo que la persona se aísla pensando que, efectivamente, será un mal ejemplo para sus hijos o hijas, quienes finalmente crecen sin conocer prácticamente al progenitor o progenitora con enfermedad mental.

Existen también otros casos en los que opera el estigma y que afectan fundamentalmente a las mujeres con trastorno mental (aunque también a mujeres con discapacidad en general), que tienen que ver con la **esterilización forzosa** o el **aborto coercitivo**. De nuevo aquí opera el estigma de la irresponsabilidad y de la incapacidad de estas mujeres de ser madres, por lo que preventivamente se les esteriliza en contra de su voluntad o se les obliga a interrumpir su embarazo. Se trata de una discriminación que experimentan de manera específica las mujeres con discapacidad y, en este caso, aquellas con discapacidad psicosocial, profundamente invisibilizada:

“A mí es que me han llamado desesperadas diciendo es que me quieren hacer abortar y yo no quiero abortar” (Experta jurídica y familiar de persona con trastorno mental).

b) Factores causantes o generadores del estigma

En términos generales, en la medida en que el estigma existe en la sociedad en general, éste también se reproduce en los ámbitos policial y judicial. En ese sentido, la causa última se encontraría en la **educación** que recibimos, en una serie de valores y estereotipos o prejuicios sobre el trastorno mental que la sociedad mayoritariamente comparte:

“Los profesionales del derecho venimos de una sociedad y de una familia. Y en la sociedad todavía hay estigma. Todavía la percepción que se tiene del trastorno mental es la que es. En esa atmósfera se crea el médico, se crea el fontanero, el profesor y también los que después van a ser abogados, jueces y fiscales, y por tanto esa percepción de estigma ya se trae cuando uno accede a la profesión jurídica” (Fiscal especializado en salud mental).

Como ya hemos visto en el análisis de los anteriores ámbitos, el principal estereotipo asociado al trastorno mental se refiere a la **peligrosidad** de las personas diagnosticadas con un trastorno de este tipo. La **consideración dominante del trastorno mental sigue relacionándose con el peligro** y la amenaza, a lo que se responde con el encierro ya sea físico o simbólico (por medio de tratamientos involuntarios) como medida de protección social.

Así como sucedía hace años (aunque desgraciadamente sigue sucediendo) con la población LGTBI⁷¹, en el momento en que se hace mención al trastorno mental, cuando se “saca del armario” a la persona en cuestión, parece que todo en dicha persona comenzara a cobrar sentido: se resignifica su pasado, su presente y su futuro en relación con la existencia del trastorno. Se da todo por sabido. La existencia del trastorno es totalizadora: explica absolutamente todo en la biografía de dicha persona:

“En el momento en que se pone un diagnóstico de trastorno mental, lo demás ya se da por sabido”. (Fiscal especializado en salud mental).

“Es como decir la palabra que todos vamos a entender. Claro hombre, tenía enfermedad mental, no hay más que hablar, ya está todo dicho, ahora lo entiendo todo. Es como dar una explicación” (Experta jurídica).

Y, generalmente, esta explicación hace alusión a la peligrosidad de las personas con trastorno mental, en relación con el resto. De hecho, cuando existe un crimen atroz, difícil de comprender, la referencia al trastorno mental se convierte en el perfecto “chivo expiatorio”:

“Cuando sucede algo que la gente...vivimos una época en que la gente tiene una falsa idea de seguridad, de que todo es seguro y cuando pasa algo que nadie entiende...no, vamos a darle una explicación y es el trastorno mental. (...) Cuesta entender que hay gente mala.” (Experta jurídica).

Además de este tipo de explicaciones que son, como decíamos, comunes a la sociedad en general, existen algunas especificidades propias del ámbito del que estamos hablando, como, por ejemplo, la **primacía del concepto de seguridad** sobre el de **justicia o el de libertad**, en la aplicación del derecho en el Estado español.

⁷¹ LGTBI es el acrónimo de lesbianas, gays, transexuales, bisexuales e intersexuales.

“Existe un marco funesto de enfrentamiento entre la libertad y la seguridad” (Fiscal especialista en Discapacidad).

“El jurista español es extraordinariamente apegado a la letra de la ley (...) muy poco dado a improvisar, a inventar. Además tiene una alta responsabilidad: la seguridad soy yo. (...) Esto conlleva una acción muy enérgica para decir ‘lo que tengo que hacer puesto que yo creo que son personas peligrosas y yo tengo la misión de velar por la seguridad de los ciudadanos (...) es incapacitar a estas personas rápidamente o encerrarlas rápidamente’. Afortunadamente esta idea va retirándose (...), pero esta percepción de jurista español es todavía visible”. (Fiscal especializado en salud mental).

Esto resulta después en la **creación de procedimientos jurídicos** que no funcionan bien puesto que, en cierto modo, están **impregnados del estigma**:

“Oye que ha tosido Rosa’, ‘Pues que se la incapacite porque tiene un trastorno mental’. ¿Qué tendrá que ver que tenga un trastorno mental para que tosa? Eso provoca que después los procedimientos son imperfectos pero es que ya venimos con el prejuicio”. (Fiscal especializado en Salud Mental).

Se alude también a la relación existente entre el **fallo del sistema socio-sanitario** y la continuidad de cuidados, es decir, que las personas con trastorno mental estén debidamente atendidas y cuidadas, **junto con la situación de desbordamiento familiar** que viven las familias de las personas con trastorno. El desarrollo de la salud en el ámbito comunitario, la atención domiciliaria y la hospitalización parcial que se mencionan como objetivos en el artículo 20 de la Ley General de Sanidad de 1986, no han sido debidamente puestos en práctica. De hecho, una vez que se cerraron los “manicomios”, se abrieron los hospitales pero los servicios de atención comunitaria y domiciliaria que se preveían en la ley no se han desarrollado, al menos en muchas comunidades autónomas. Esto ha supuesto que la responsabilidad del cuidado de las personas afectadas con una enfermedad mental recayera fundamentalmente en las familias (siempre y cuando las tuvieran), lo cual ha provocado situaciones de gran estrés y desbordamiento:

*“Los familiares de las personas con trastorno mental son las que han sufrido más en este mundo, sobre todo a raíz de la desinstitucionalización (...). **Se cambiaron las instituciones por nada**, con lo cual parte de ellos fueron a la calle, parte a las familias y parte de ellos a la cárcel”. (Fiscal especializado en Salud Mental).*

En gran parte de los casos, es justamente como consecuencia de dicho desbordamiento, que las y los familiares de las personas con trastorno mental son quienes a veces denuncian a sus propios familiares porque soportan mucha presión y tensión, o porque están mal asesorados:

“A veces las familias están desesperadas y no saben qué hacer, ni cómo llevar la situación...El caso de la madre con el niño que tiene una enfermedad mental y te dice ‘mételo en la cárcel por lo menos porque es que no puedo más’. Eso es terrible. Porque no se le ha dado una solución antes”. (Experta jurídica).

Una vez que el caso deriva a las FCS o aparato judicial, se observa una **falta de formación tanto en los operadores jurídicos como en los policiales** que parece encontrarse en el germen de cierta ambigüedad a la hora de la aplicación de las leyes que perjudican enormemente a las personas con enfermedad mental y pueden dar lugar al menoscabo de sus derechos fundamentales. La **ignorancia en torno a qué es el trastorno mental** y qué consecuencias tiene provoca en el caso de las FCS la confusión de ciertos episodios que protagonizan las personas con enfermedad mental con episodios violentos, en lugar de ser vistas como síntomas de un trastorno mental.

Por otro lado, independientemente de la formación de los agentes, resulta patente que **la falta de recursos y la obstrucción y masificación de la administración de justicia** tienen una relación directa con la necesidad de realizar juicios veloces que la “desatasquen”, a partir de los cuales parece imposible detectar casos de enfermedad mental.

c) **Barreras derivadas del estigma a las que se enfrentan las personas con trastorno mental**

Las actitudes de operarios jurídicos y policiales aquí relatadas repercuten negativamente en el desarrollo del **derecho a la ciudadanía de las personas con trastorno mental**. En el momento en que el objetivo final de recuperación de los trastornos mentales, en un sentido amplio, y de la erradicación del estigma asociado a los mismos pasa por la identificación de las personas con enfermedad mental como ciudadanos y ciudadanas, la aplicación que a menudo se hace de la ley así como las actitudes de los agentes encargados de administrarla y otros actores, actúan como barrera para el ejercicio de ciertos derechos.

En este sentido, es importante reconocer la **multiplicidad de intereses**, en algunos casos controvertidos, en cuanto a la consecución de la ciudadanía de pleno derecho de las personas con enfermedad mental. De manera general, las **personas con trastorno mental son “representadas” por otras voces**, incluso, son tuteladas por otras personas, es decir, sus derechos civiles y políticos son delegados en otras personas. Esta es una de las barreras fundamentales pues, en escasas ocasiones, las personas afectadas por un problema de salud mental tienen su propia voz en los procedimientos judiciales. Tanto familiares como personal médico, miembros de la judicatura o de la FCS “hablan” por ellos y ellas.

“Los familiares buscan tener a sus seres queridos en un lugar seguro. Nuestra asociación⁷² lo que quiere es integrar a las personas que tienen un diagnóstico de trastorno mental en la sociedad” (Persona con trastorno bipolar).

Por otro lado, la actitud de las y los agentes policiales y judiciales que actúan llevados por ciertas inercias o automatismos que no atienden a la particularidad del trastorno mental (probablemente arrastrados por dinámicas de trabajo frenéticas, por falta de recursos humanos y económicos, etc.), que tienen implicaciones directas en perjuicio de los derechos de las personas con trastorno mental. En este sentido, el estigma que opera en estos agentes, provoca, en ocasiones que las personas con trastorno mental no sean vistas como víctimas, sino como **culpables**; y sin embargo lo son muy a menudo, de innumerables abusos. El mayor peligro supone la deshumanización de la persona con trastorno que, al no ser vista como un ser humano igual al resto, puede ser objeto de múltiples vejaciones.

Existe, además, un **deficiente acceso a la justicia de las personas con trastorno mental**, manifestado tanto en una política institucional en la que se carece de una adaptación de la administración de justicia a las personas con enfermedad mental, así como en expresiones individuales de las y los operarios basadas en la **falta de humanidad, de empatía y de formación**. Esto genera una **barrera simbólica que**, en ocasiones **puede volverse hasta física**. La formación y sensibilización debe iniciarse desde la propia persona que atiende a quienes llegan a un juzgado, de manera que no se generen barreras “invisibles” hacia la persona “rara”, que actúa de manera

⁷² Se refiere a la [Asociación Alonso Quijano](#), una asociación creada en Madrid en 1994 por un grupo de pacientes de un hospital de día. Actualmente es una de las pocas asociaciones de personas con trastorno mental. Se reúnen todos los miércoles a las 18.30 horas en el Centro Comunitario Casino de la Reina (C/ Casino, 3) de Madrid.

extraña, que parece agitada, etc. pero para ello es necesaria también una voluntad de cambio en un nivel más alto:

“El acceso a la justicia no es sólo cuando voy a un juicio, sino cuando voy a pedir información (...) desde que cruzo la puerta del poder judicial, si la persona que está en la puerta, porque me ve un rasgo atípico, ya me trata mal, me está poniendo una barrera”. (Experta jurídica y familiar de una persona con trastorno mental).

El estigma que se produce en estos ámbitos, fundamentalmente en el judicial, provoca **aún mayor marginación o aislamiento** en las personas afectadas por una enfermedad mental, al tiempo que mantiene los prejuicios y estereotipos ligados a ellas:

“Estas personas necesitan un apoyo, pero lo que menos necesitan es que sumes a su marginalidad la marginación de una sentencia (de una sentencia de incapacitación, de un juicio, de un juicio penal, de ingreso, de un ingreso penitenciario...)” (Fiscal especializado en salud mental).

Finalmente, en referencia al denominado **autoestigma**, que no es sino la interiorización del estigma y la discriminación por parte de las personas con trastorno en los ámbitos que nos ocupan, esto tiene consecuencias especialmente graves ya que las personas con trastorno terminan **aceptando situaciones de discriminación** e incluso maltrato o vejación porque han interiorizado su “inferioridad” y, además, **no conocen sus derechos**. Por este motivo así como por el miedo a futuras “represalias”, no ponen denuncias ante una situación discriminatoria.

d) **Medidas puestas en marcha para reducir el estigma**

En este apartado, que no pretende ser exhaustivo, destacamos algunas medidas que resultan interesantes, si bien no se ha hecho una exploración censal de las actuaciones en este sentido:

► En algunas ciudades como Murcia, Alicante o Valencia (entre otras), existen **protocolos de coordinación de actuaciones para los traslados e ingresos de personas con trastorno mental**. Se trata de iniciativas en las que, necesariamente, participan diversos agentes sociales implicados: las FCS, el poder judicial, el ámbito sanitario (Salud Mental y Atención Primaria), ayuntamientos, así como las propias asociaciones de personas con trastorno mental y sus familiares. Los objetivos de este tipo de protocolos (si bien cada uno de ellos es diferente), son mejorar la atención a las personas con trastorno mental en lo relativo a su tratamiento, traslado e ingreso de modo que este proceso se realice con las adecuadas garantías médicas y jurídicas a partir de la cooperación entre los diversos agentes sociales involucrados, así como apoyar a las familias en un proceso particularmente traumático. Todo ello se lleva a cabo desde un enfoque de derechos humanos, considerando que las personas con enfermedad mental son, ante todo, ciudadanas y ciudadanos y que la intervención policial en los procedimientos de traslado e ingreso deben ser mínimas.

► Cabe mencionar en este apartado también una iniciativa reciente del cuerpo municipal de la **Policía de Madrid** que ha creado durante 2014 un **Gabinete Psicológico** enmarcado en el **Departamento de Salud Laboral** de la institución. Se trata de un cuerpo de policía que cuenta con más de 7.000 efectivos y que, según los psicólogos y policías que componen el Gabinete, es el primer recurso de su naturaleza en una policía municipal. Entre las funciones del gabinete destacamos dos fundamentales: por un lado, la **atención psicológica directa** a las y los agentes de policía (lo cual denota la importancia que se aporta a las situaciones de ansiedad y estrés que viven las y los profesionales) y la puesta en marcha de **formaciones** para agentes en activo relativas a cómo intervenir con personas con trastorno mental. Durante 2014 se llevó a cabo la

primera formación considerada bastante exitosa, ya que en 2015 amplían las horas de la misma. Actualmente, el equipo de profesionales que forma el Gabinete se está planteando contar con personas con trastorno mental en el curso (a través del potencial apoyo de la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA) como estrategia para el derribo del estigma asociado al trastorno mental.

► Existen en la actualidad en España 20 **juzgados para personas con discapacidad** con dedicación exclusiva, en ciudades como Madrid, Barcelona o Sevilla. En este tipo de juzgados las personas están formadas y sensibilizadas a la hora de tratar con personas con trastorno mental, por lo que, en principio, no opera el estigma. Existen también secciones en algunas audiencias provinciales con criterios unificados en este sentido. Por otro lado, hace algunos años se creó, por parte del Consejo General del Poder Judicial, el **Foro Justicia y Discapacidad** ⁷³, donde hay una representación de la administración de justicia, así como del Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales y del entorno asociativo de la discapacidad. Este Foro participa en jornadas e imparte cursos para formar a los miembros de la judicatura en el trato con personas con discapacidad, entre otras cuestiones. Si bien es cierto que el foro está orientado a la discapacidad en general, es importante su rol y algunos de sus miembros están especializados y fuertemente concienciados en lo que concierne al trastorno mental.

e) Recomendaciones para la erradicación del estigma

*“Hablamos de personas con trastorno mental frente al mundo, cuando en realidad tendríamos que hablar de nosotros todos frente a esas circunstancias (...), cuando nos veamos en esas circunstancias, cómo queremos ser tratados. **La perspectiva de derechos humanos** ”.* (Experta jurídica y familiar de persona afectada por un trastorno mental).

*“...la ética de la función pública es **tratar de atender y tratar de entender** . El tratar de atender es una cosa de sensibilidad, bien, yo os atiendo. Y el tratar de entender tiene que ver con la formación. Yo tengo que saber qué es lo que está pasando”.* (Fiscal especializado en salud mental).

A continuación se recogen las propuestas para la progresiva erradicación del estigma asociado al trastorno mental en los ámbitos judicial y policial, en coherencia con el diagnóstico realizado:

e.1) De carácter general:

► En primer lugar, existe un amplio consenso entre las diferentes fuentes consultadas en relación con la necesidad imperante de desarrollo del aún incipiente y desigual **modelo de atención domiciliaria, comunitaria y de hospitalización parcial en Salud Mental** , promulgado en la Ley General de Sanidad. Es decir, se aboga por la implantación de un sistema de intervención multidisciplinar en el centro o unidad de salud mental comunitario que prevea, además una atención domiciliaria en la línea del tratamiento asertivo comunitario que logra evitar la situación de crisis con desencadenantes dramáticos (Roig, 2009; Cayo *et al*, 2010; Ministerio de Sanidad, 2012; Santos, 2013). Esto implica finalizar la “segunda parte” del **proceso de desinstitucionalización** : no sólo cerrar los manicomios sino proporcionar apoyos socio-sanitarios (centros, residencias, ayuda a domicilio, etc.) a las personas con trastorno y sus familiares a través del **modelo de atención domiciliaria, comunitaria y de hospitalización parcial** :

“Reivindicamos la creación de los equipos de atención domiciliaria o sino, que centros de salud dediquen un día a atender a los de fuera porque resulta que a diferencia de todas las

⁷³ Ver: [Foro Justicia y Discapacidad CGPJ](#).

demás enfermedades, como el trastorno mental tiene una parte de enfermos que no tienen conciencia de ello, hay que trabajar dentro de los centros y fuera porque el que va ya lo tenemos allí, pero el que no va, hay que ir nosotros a buscarle. (...) Si tuviésemos un teléfono cuando empiezan las situaciones de descompensación que ya Rosa o Julián está raro, llamásemos, viniese la enfermería, viniese un equipo, se hiciesen cargo de ello, relevase a la familia de esas cosas, a los vecinos les diesen explicaciones...no acababa ninguno, o muy pocos, en el juzgado de guardia.” (Fiscal especializado en salud mental).

- ▶ En este sentido, es necesario **analizar las necesidades de recursos así como dotar a los mismos de sistemas sociosanitarios de atención** a personas con problemas de salud mental (Ministerio de Sanidad, 2012).
- ▶ En la misma línea que hace referencia a la atención comunitaria más integral a estas personas, se propone una **mejor coordinación y la comunicación de la administración de justicia con el sistema de salud y de servicios sociales**, ya que son quienes conocen al paciente y deberían tener voz en relación con la aprobación o no tanto de una autorización de ingreso voluntario como de incapacitación civil (Roig, 2009).

“Es un problema de comunicación (...). Es decir, si cada vez más las personas afectadas por trastornos mentales están debidamente ‘enrutadas’. (...) con una continuidad de tratamiento, (...) (quiere decir diversos apoyos de forma continua y complementaria siempre a disposición del enfermo), (...). Esa continuidad de tratamiento es el soporte básico para nosotros para exigir que (...) los servicios socio-sanitarios activen la comunicación hacia las FCS, hacia la fiscalía, hacia los juzgados y demás...para que a ningún juzgado se le ocurra decirle a una familia: ‘oiga, pida usted una orden de alejamiento, si usted está desesperada pida una orden de alejamiento’ y que salga la señora con una orden de alejamiento bajo el brazo (...). Es un tema de comunicación y en esa comunicación tienen que estar las familias porque en última instancia aquí siempre existe ‘dejar la decisión para otro’, por parte del psiquiatra, del funcionario judicial, del policía y demás. Que tome la decisión el otro (...) porque es un tema muy delicado, (...) y el familiar finalmente es quien, por desesperación, acude con todo lo que tiene y más a pedir auxilio a la policía, a los juzgados”. (Especialista jurídico y familiar de persona con trastorno mental).

En este sentido es importante también que cada actor sepa **cuál es su cometido, cómo debe ser su actuación** y que la realice según las pautas recibidas:

“...precisamente en eso estamos: en establecer los equilibrios. Como tenemos aquí 5 o 6 actores, de lo que se trata es de que cada actor haga su papel”. (Fiscal especializado en salud mental).

- ▶ Se torna urgente la **adaptación de la legislación española a la Convención de la ONU** sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.
- ▶ Resulta fundamental **contar con protocolos para los momentos de contención** elaborados **en colaboración con las asociaciones de usuarios** de servicios de salud mental **y sus familiares** (FEDEAFES, 2014).
- ▶ Es importante contar con un **movimiento social fuerte** que lidere las luchas por los derechos humanos de las personas con enfermedad mental. Así como ha sucedido con la retirada del anteproyecto de reforma del Código Penal, es necesaria la presión social para fomentar cambios a nivel legislativo y judicial. En este sentido, los colectivos de personas con trastorno mental que defienden sus derechos deben estar en el centro del debate

representándose a sí mismos. Es importante que participen con un rol activo en todo el tratamiento legislativo que se desarrolle en el ámbito de la discapacidad y la salud mental.

- ▶ Se **alude recurrentemente**, como ejemplo de lo que se debería hacer, al **proceso** que se ha llevado a cabo tanto política como socialmente, de intolerancia contra la **violencia de género** así como a la creación, a nivel judicial, de juzgados expertos en el tema y de personal jurídico y policial especializado.
- ▶ **Prevención del trastorno mental y promoción de la salud mental** en el ámbito judicial y policial

“En cuanto pides una baja ya queda un antecedente” (Fiscal especializado en Discapacidad).

- ▶ La disparidad de actuaciones en las diversas zonas del Estado puede estar ocasionando una suerte de “principio de desigualdad” ya que los internamientos, por ejemplo, tienen mejores garantías en unas zonas que en otras. En este sentido, se plantea la elaboración de una **ley de bases que marque pautas de actuación**, aplicando la Convención de la ONU de personas con discapacidad **por igual en todo el Estado español**.

e.2) En el caso de los ingresos hospitalarios:

- ▶ Se plantea necesaria la creación de un **“comité de ética asistencial”** o “comisión de seguimiento” (en la que **debe estar presente un juez o jueza**) que **pueda asesorar y evaluar los tratamientos** y a las que el paciente pueda mostrar su aceptación o rechazo del tratamiento u hospitalización (Roig, 2009).
- ▶ Se propone la **creación de una figura que** sea experta en el trato con personas con trastornos mentales, y **acompañe a éstas en el proceso de ingreso**, con el fin de proporcionarle un ambiente de confianza, al tiempo que fomente una comunicación fluida médico/a - paciente y evite el uso de medidas de sujeción mecánica que, a menudo, se prolongan sin necesidad. (Defensores del Pueblo, 2015).
- ▶ Todas las personas expertas en la materia coinciden en la **necesidad de formar y especializar a todos los operadores jurídicos y policiales**, así como al **personal sanitario y a todas las y los profesionales** que tienen una función en este tipo de procedimientos:

“No se trata de una cuestión de fuerza, con formación casi todo se podría resolver (...). La gran cantidad de estos casos que se están ingresando con toda esta parafernalia se podrían hacer de otra manera, sin lugar a dudas. Si un vecino o un policía pueden improvisar (...) y sentarse a hablar, ¿por qué no puede hacerlo el médico? Tienen miedo. Con capacitación se puede arreglar”. (Experta jurídica y familiar de una persona con trastorno mental).

e.3) En el caso de la comisión de un delito y ante los juicios:

- ▶ Es necesario **mejorar la formación y sensibilización de las y los profesionales del derecho y de la seguridad** que entran en contacto con una persona que tiene un trastorno

mental de modo que puedan discernir ante qué tipo de situación se encuentran: si ante un incidente relacionado con una descompensación o ante un verdadero delito, y entonces sepan por qué vía procesal llevar el caso (FEDEAFES, 2014; ARARTEKO, 2014).

- ▶ **Utilización del acta en lugar del atestado** policial de modo que los “incidentes” ocasionados por una persona con trastorno mental en situación de crisis no deriven en un proceso penal, sino que se canalicen por la vía civil, conllevando el apoyo correspondiente que necesite dicha persona. La utilización del acta forma parte de una de las funciones de las FCS contempladas en su propia ley: la atención a la ciudadanía. Para ello es necesaria una formación a la policía para que valoren, en función de los casos, la relevancia jurídico-penal de las situaciones con las que se encuentran. En este sentido, es fundamental proporcionar, de forma análoga, la adecuada protección jurídica a las FCS.

“Tenemos que recordarle a la policía que tiene dos grandes funciones: una en torno a la prevención y persecución del delito y otra de auxilio a los ciudadanos. (...) Entonces lo que les queremos decir a los policías, que también ya se van enterando, es que cuando están en presencia de una situación clínica, patológica de una persona descompensada y reciben un puñetazo, eso no es más que un incidente en la ejecución de una función de auxilio, pero no es un delito. Por lo tanto no tienen que abrir una causa penal y se lo decimos al Ministro del Interior para que se lo diga y para que haga unas instrucciones que digan: lo mismo que una enfermera o enfermero recibe un golpe en la reanimación de una anestesia, no se le ocurre ir a poner una denuncia, tampoco el policía debe poner una denuncia, porque lo que está es actuando en una situación compleja pero sanitaria”. (Fiscal especializado en Salud Mental).

- ▶ En los casos en que exista una agresión a un familiar derivada de una descompensación de la enfermedad, buscar otras fórmulas de protección del familiar que no sea la **orden de alejamiento** ya que es inútil para la solución del problema: un conflicto familiar con una persona con trastorno mental que, de nuevo, debe ser derivado a la atención socio-sanitaria más que al ámbito penal.
- ▶ **La mejora en la formación de las FCS habrá de suponer una mejora en la instrucción de los procedimientos** de modo **que no pasen inadvertidas situaciones de enfermedad mental**. En este sentido deberían evitarse ciertos automatismos derivados de los enjuiciamientos rápidos (ARARTEKO, 2014).
- ▶ De forma complementaria se plantea la creación de una figura en **las FCS experta en enfermedad mental**. Se le llamaría algo así como “policía de cercanía” o “policía experto/a”. Se trata de agentes que son policías pero no van armados y que cuando se topan con una persona con trastorno mental, la derivan directamente al ámbito social.
- ▶ Resulta fundamental la creación de **protocolos adecuados para la coordinación ágil y efectiva** de las administraciones involucradas en el manejo de situaciones que afectan a personas con enfermedad mental (Ministerio de Sanidad, 2012). Es decir, una correcta coordinación socio-sanitaria y con las FCS, que derive, en caso de incidentes, a personas con trastorno mental al ámbito socio-sanitario para evitar que acaben en una comisaría.
- ▶ La creación de **protocolos de acceso a la justicia** y, una vez creados los mismos, dotarse de sistemas de seguimiento y monitoreo para comprobar la correcta implementación de los mismos. Resulta asimismo relevante la realización de evaluaciones periódicas de la implantación del protocolo con el objetivo de que se conozcan las lagunas y los errores para que se puedan atajar a tiempo.

- ▶ Está pendiente realizar una especial valoración sobre la incidencia que está teniendo en las personas con enfermedad mental la normativa sobre juicios rápidos y medidas cautelares (Ministerio de Sanidad, 2012).
- ▶ Se plantea por parte de varios actores (expertos jurídicos de la Confederación, Fiscalía y otros) la puesta en marcha de la figura del **facilitador judicial** (tanto en el ámbito civil como penal), prevista en las **Reglas de Brasilia** sobre el acceso a la justicia de las personas en condiciones de vulnerabilidad aprobadas en marzo de 2008 en la XIV Cumbre Judicial Iberoamericana. La regla 65 dice que durante los actos judiciales una **persona que sea referente emocional podrá acompañar a quien padezca una discapacidad**. Dicha persona será distinta del profesional que le ofrece la asistencia técnico-jurídica. En la jurisprudencia española existen ya antecedentes en situaciones de enfermedad mental y abuso sexual en esta dirección.
- ▶ En el ámbito judicial: creación de un **turno especializado en temas de discapacidad y salud mental**, así como existen para otros temas como la violencia de género o las y los menores. De este modo se contaría con personal especializado en la materia.

e.4) En el caso de la incapacitación:

- ▶ Es necesario que se promueva la **autonomía personal y el apoyo a la capacidad** de las personas con enfermedad mental en la línea de la **Convención de la ONU sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad** (FEDEAFES, 2014). En este sentido, es fundamental la adaptación de todo lo que menciona la Convención en relación con las incapacitaciones, sobre todo la eliminación de las incapacitaciones totales y para siempre y la puesta en marcha de alternativas de apoyo.
- ▶ El lenguaje tiene gran relevancia en la medida en que construye realidad. Con el objetivo de contribuir a la erradicación del estigma, se plantea que el procedimiento de incapacitación debería denominarse **proceso de provisión de apoyos**.
- ▶ En los procesos de incapacitación, incluir siempre el **Plan de Tutela**, una hoja de ruta que especifique cómo tienen que actuar el tutor o tutora (en base a la voluntad anticipada de la otra persona), cuáles son los plazos en la misma así como los controles, etc.
- ▶ Además de la adaptación a la Convención será necesaria la formación a todos los **operadores jurídicos** para conocer cómo deben actuar, evitando **las soluciones extremas**.
- ▶ Se plantea que los procedimientos de incapacitación y los **nombramientos de tutelas favorezcan su asunción por parte de los familiares**, para lo que es necesario que existan recursos para las familias.
- ▶ Acabar con la “mala práctica” de **favorecer el acceso a plazas residenciales** a personas que se encuentren bajo la tutela de la Administración pública.

f) **Lagunas informativas en la investigación sobre el estigma**

Partimos de la hipótesis de que el eventual desconocimiento por parte de jueces y juezas de la realidad de las personas con trastorno mental así como el despliegue de los diversos estereotipos y prejuicios existentes en la sociedad pudiera estar actuando en detrimento de los derechos fundamentales de estas personas. En este sentido, se detecta una **importante laguna** en la producción de estudios e investigaciones sobre el estigma social de las personas con enfermedad mental en los ámbitos policial y judicial **que merece la pena ser cubierta** contando con información acerca de la percepción y actitudes de los propios actores protagonistas. Es por ello que, en el presente estudio, se ha decidido solventar esta laguna con trabajo de campo cualitativo al objeto de conocer más en profundidad cómo, en qué circunstancias y de qué manera opera el estigma asociado al trastorno mental en los ámbitos judicial y policial.

Algunas de las lagunas que quedan todavía sin resolver tienen que ver con la implicación de la policía nacional y guardia civil en todos los procedimientos anteriormente descritos. El papel de la policía nacional resulta determinante en la derivación o no de un incidente en un proceso penal, por lo que sería más que relevante conocer en profundidad su valoración del tema así como las acciones que se están llevando a cabo. Por otro lado, tampoco se ha conseguido contactar para el presente estudio, ni se cuenta con información al respecto, con relación al papel de la guardia civil, que actúa fundamentalmente en entornos rurales. Quedaría pendiente conocer qué tipo de situaciones experimentan las personas afectadas por un trastorno mental en los entornos rurales y hasta qué punto su realidad es más o menos compleja que en los espacios urbanos.

6. CONCLUSIONES

6.1. Por ámbitos

A continuación se presentan los principales elementos detectados dentro de cada ámbito que afectan y simbolizan la existencia de actitudes discriminatorias y estigmatizantes. Cada ámbito de actuación requiere de actuaciones y acciones concretas de acuerdo con la manera de manifestarse el estigma en cada uno de ellos. La batería de actuaciones, concretamente priorizada y calendarizada en un plazo de cuatro años será elaborada a partir de los resultados del presente estudio y será la Estrategia de lucha contra el estigma de la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA. Este documento será trabajado y consensuado por agentes clave en el ámbito de la salud mental y el asociacionismo, y marcará la ruta a seguir para la lucha contra el estigma.

6.1.1. ÁMBITO EDUCATIVO

El ámbito educativo es uno de los menos estudiados y sin embargo uno de los más relevantes en lo que al abordaje del estigma del trastorno mental en sus primeras manifestaciones se refiere. Generalmente los primeros síntomas del trastorno mental, y por consiguiente las primeras crisis, se dan en la etapa adolescente o pre-adulta y en muchas ocasiones la irrupción del trastorno supone el abandono de los estudios por parte de la persona afectada. Esto tiene importantes consecuencias en lo que se refiere a la posibilidad de continuar los estudios como alternativamente de marginación social. Otras de las circunstancias que se han presentado en este contexto son:

- Existe un cierto rechazo social, burla y aislamiento de la persona diferente en el aula, sin embargo, existe **muy poca información** acerca del estigma que viven las **personas jóvenes con trastorno mental** en el ámbito educativo.
- Experimentar una situación de **bullying** por cualquier razón puede provocar el desarrollo de ansiedad o depresión en las y los jóvenes también.
- El personal docente cuenta sin embargo generalmente con **poca formación** en torno al trastorno mental y, debido al **estrés laboral** que pueden sufrir, también pueden desarrollarla.

6.1.2. ÁMBITO DE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN

Los medios de comunicación son agentes productores y reproductores de mensajes con una repercusión social relevante. Es por ello que las intervenciones con los medios de comunicación resultan fundamentales para conseguir que transmitan informaciones veraces así como mensajes positivos, que generen actitudes de tolerancia social y no al contrario. En este ámbito sucede que:

- El hecho de tener un diagnóstico de enfermedad mental ya parece caracterizar a la persona en todo momento. La **etiqueta “resignifica” toda su vida pasada y futura**. Ese detalle marca toda la noticia.
- La vinculación del trastorno mental con **la peligrosidad y la imprevisibilidad** es común.
- Las y los propios periodistas carecen a menudo de tiempo para indagar en la noticia y recogen lo que ya las agencias u otros medios han publicado **sin informarse o profundizar** del todo.

6.1.3. ÁMBITO LABORAL

El ámbito del empleo es un espacio fundamental atendiendo a su gran potencial para contribuir a la recuperación de las personas con trastorno mental (fomenta la interacción social así como el desarrollo de habilidades y la recuperación de capacidades), al tiempo que tiene una función integradora desde el punto de vista social así como material. Se trata, sin embargo, de un ámbito que tiende a ser bastante hostil para las personas afectadas por una enfermedad mental ya que:

- Las personas con un trastorno mental tienen una **baja participación en el mercado de trabajo**, debido en gran medida a la discriminación que experimentan: o no son directamente contratadas o les cuesta mantener el empleo una vez que se conoce su diagnóstico.
- Las mujeres experimentan un “**doble estigma**” y su participación en el mercado es aún menor.
- El **certificado de discapacidad**, aunque abre algunas puertas y garantiza determinados derechos, se convierte en un elemento que potencia la estigmatización, por lo que no siempre es solicitado.

6.1.4. ÁMBITO DE LAS FAMILIAS

En el ámbito de las familias, las principales encargadas de cuidar a las personas con trastorno mental, se generan diversas situaciones:

- Debido a un desigual e insuficiente desarrollo del sistema de atención comunitaria, la **responsabilidad del cuidado** de la persona con enfermedad mental recae fundamentalmente en la familia. Ésta, generalmente suele desarrollar **actitudes paternalistas**, sobreprotectoras y excesivamente compasivas para con su familiar.
- Por otro lado, los propios familiares sufren **autoestigma**, sintiendo culpa y vergüenza por la enfermedad que sufre su ser querido.
- Existe un importante **componente de género** en este caso pues son fundamentalmente las **mujeres quienes cuidan** de las y los enfermos.

6.1.5. ÁMBITOS POLICIAL Y JUDICIAL

Los ámbitos policial y judicial son fundamentales en la reproducción del estigma así como muy relevantes a la hora de, como consecuencia de sus actuaciones, incentivar o evitar una mayor estigmatización y marginación de las personas con trastorno mental. Son ámbitos en los que se dan situaciones complejas que afectan muy directamente a los derechos fundamentales de las personas. Como ciudadanas y ciudadanos que son, las personas afectadas con trastorno mental, deben ser respetadas y sus derechos protegidos en estos contextos. Algunas de las circunstancias que se dan son:

- Las **deficiencias en el sistema de atención comunitaria** están en el origen de muchos de los procedimientos judiciales que se llevan a cabo en juzgados de guardia por presuntos delitos cometidos por una persona con trastorno mental en una situación de crisis.
- Los operadores policiales a menudo abusan de medidas de contención basándose en la **supuesta peligrosidad** de la persona con trastorno mental.

- Además, los **procedimientos de agilización judicial** no son los más adecuados para el procesamiento de delitos presuntamente cometidos por personas con trastorno mental.
- En el ámbito civil se **realizan incapacitaciones totales** a veces sin una justificación real, y sin tener en cuenta la merma que esto supone en cuanto a los derechos civiles de una persona.

6.1.6. ÁMBITO PENITENCIARIO

El ámbito penitenciario se encuentra profundamente ligado a los ámbitos policial y judicial, en el sentido de que, a menudo, por una mala práctica en los anteriores espacios, las personas con trastorno mental terminan cumpliendo una condena en un contexto penitenciario cuando no debería ser así.

- Existe una gran **proporción de personas con trastorno mental en los centros penitenciarios**.
- Las prisiones no son un lugar adecuado para la reinserción y apoyo a las personas con trastorno mental.
- Las personas con trastorno mental en situación de privación de libertad tienen un “**doble estigma**” y carecen de recursos específicos o no son bien recibidas en los recursos existentes.

6.1.7. ÁMBITOS EJECUTIVO Y LEGISLATIVO

Estos ámbitos resultan fundamentales en el sentido de que establecen un marco legal de referencia en el Estado. Es necesario permanecer “vigilantes” ante la eventual puesta en marcha de leyes profundamente discriminatorias con las personas con trastorno mental, como ha sucedido recientemente con las primeras versiones de reforma del código penal. Es por ello que la incidencia política desde un movimiento social fuerte y activo es fundamental en este campo.

- El estigma asociado al trastorno mental impregna todas las capas sociales por lo que también **afecta a quienes promulgan leyes o normativas**, lo cual tiene importantes repercusiones para las personas con trastorno mental.
- La vinculación de la **peligrosidad** al trastorno mental parece todavía patente entre operadores políticos.

6.1.8. ÁMBITO SANITARIO

Se trata de un ámbito de actuación muy relevante y “transitado” por las personas con trastorno mental, ya sea en la vertiente de las urgencias, así como en atención primaria o en los servicios especializados de salud mental. Algunas de las situaciones que experimentan las personas con enfermedad mental en este espacio son:

- **Las personas** con enfermedad mental, que generalmente pierden credibilidad y son infantilizadas por parte del profesional sanitario, deben estar **en el centro de las intervenciones como protagonistas y expertas en su trastorno mental**. Quienes se han “recuperado” de su trastorno, son también un “activo” importante a la hora de acompañar a otra persona que acaba de conocer que tiene su mismo trastorno.

- Las y los **profesionales de la salud carecen de formación adecuada o completa, así como de sensibilización** sobre las dificultades generadas por el estigma de las personas con trastorno mental, además de que desconocen las pautas de actuación en situaciones como traslados o ingresos.
- Las **mujeres** padecen un “**doble estigma**” en la atención sanitaria, el trastorno mental suele ocultar o eclipsar otro tipo de diagnósticos (a ellas se les practican menos pruebas físicas y los estereotipos de género promueven que todo lo que padecen sea a sus ojos “psicológico”). Por otro lado, se obvia su salud sexual y reproductiva.

6.1.9. ÁMBITO DE LOS SERVICIOS SOCIALES Y LA RED DE DISPOSITIVOS DE ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL

Otro de los ámbitos que las personas con enfermedad mental frecuentan con cierta asiduidad es el de los servicios sociales, lo que hace que tengan relaciones más o menos estrechas con las y los profesionales que desempeñan su trabajo en los diversos centros que forman la red **de asistencia social**. Esto supone que se considera esta ámbito uno de los que menor estigma reproduce y es más “amable” con las personas afectadas por un trastorno mental, sin embargo, las y los profesionales de los servicios sociales no están exentos de convertirse en **generadores de potencial discriminación**. En este contexto se dan las siguientes situaciones:

- En los recursos sociales **se reproduce el estigma por parte de las y los propios profesionales** (a partir de actitudes paternalistas y excesivamente compasivas), al tiempo que se genera estigma en el vecindario en el que se encuentran los recursos (mini-residencias, etc.).
- Existe también estigma por asociación **entre las y los profesionales**.

6.2. Reflexión final

La realidad de las personas con trastorno mental es que conviven en diariamente con los efectos del estigma y los prejuicios en diferentes ámbitos de su vida cotidiana. Es cierto que se han logrado dar pasos y realizar actuaciones para limitar y sensibilizar, sin embargo, aún es mucho el trabajo que queda. Las actuaciones necesarias varían según cada ámbito, en algunos casos la lucha contra el estigma debe estar más enfocada a la sensibilización y formación, de forma que se logre tumbar el muro que separa a la sociedad de la realidad de las personas con enfermedad mental. En otros el esfuerzo estará dirigido a realizar actuaciones de incidencia política, actuar como *lobby* ante diferentes instancias para que se respeten los derechos de las personas con trastorno mental.

Del mismo modo, es necesario continuar dando luz a la reproducción del estigma asociado a los trastornos mentales. Para ello será necesario continuar con investigaciones y estudios, sobre todo en los ámbitos donde se han detectado más lagunas, con el objetivo de seguir planteando actuaciones de la manera más eficiente y efectiva posible.

En la misma línea que se ha estado trabajando desde la Confederación y el movimiento asociativo en los últimos años, todas las actuaciones que se planteen para lograr el objetivo de minimizar el estigma y sensibilizar a la sociedad pasa por el empoderamiento de las personas afectadas por un trastorno mental. Hablar en primera persona, que se escuche la voz de los que sufren la discriminación, es la forma más efectiva de sensibilizar y visibilizar el trastorno mental y la realidad de las personas afectadas por un problema de salud mental. Y unido al empoderamiento y a dar voz

a las personas con enfermedad mental, está el fomento del contacto social, una estrategia clave de erradicación del estigma.

6.3. La futura Estrategia de lucha contra el estigma

Tal y como se formulaba en los objetivos iniciales de este trabajo, uno de los productos resultantes del mismo debía ser una batería de propuestas ordenadas y jerarquizadas que sirvieran para la elaboración de una Estrategia estatal de lucha contra el estigma por parte de la Confederación de SALUD MENTAL ESPAÑA para los próximos años. Ese documento se elaborará a partir del presente estudio y será trabajado y desarrollado internamente y, de forma conjunta, por personas vinculadas a la red asociativa (técnicos de las entidades, órganos de gobierno, familiares y personas con trastorno mental).

El documento definitivo será clave, ya que marcará la línea y la dirección que desde la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA y el movimiento asociativo debe tomarse para **la erradicación del estigma**, pero que, como no puede ser de otro modo, define un espectro de actuación mucho más amplio que converge necesariamente en este objetivo, que reside en el entorno de la promoción de la salud mental.

Las actuaciones definidas tendrán diferente alcance y/o responderán a diversos tipos en función de la **capacidad de actuación y de incidencia** de la Confederación, que van desde la posibilidad de intervención directa, a las actuaciones dirigidas a ejercer una labor de presión para producir ciertos cambios sobre determinadas instituciones u organizaciones.

En este sentido, dependerá de la urgencia y la importancia atribuida tras el diagnóstico para la erradicación del estigma la calendarización de las mismas. Algunas actuaciones se plantearán a corto o medio plazo, mientras que otras tendrán necesariamente un largo recorrido y pueden o deben irse operativizando y concretando a medida que se vayan dando pasos facilitadores del recorrido a realizar.

Además de la dimensión temporal, la Estrategia se organizará **por ámbitos**, dando continuidad a la lógica del diagnóstico realizado, definiéndose en cada uno de ellos las medidas y actuaciones propuestas. Para responder al objetivo de la **jerarquización** de las actuaciones se tendrá en cuenta diversas perspectivas convergentes: de un lado, la prioridad de las actuaciones; y de otro, la necesidad derivada de las **lagunas de intervención** en ese ámbito/dimensión concreta. Todo ello combinado con la factibilidad de las actuaciones.

El resultado definitivo, la Estrategia de Lucha contra el Estigma de la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA será un documento estratégico y de planificación que recoja las actuaciones a desarrollar en cada uno de los ámbitos para la erradicación del estigma y la discriminación de las personas con problemas de salud mental, siempre en un marco temporal definido de acuerdo con la urgencia detectada y consensuada por los diferentes grupos clave vinculado, los recursos disponibles y el ámbito de actuación de la Confederación.

7. BIBLIOGRAFÍA

AGENCIA EUROPEA PARA LA SEGURIDAD Y LA SALUD EN EL TRABAJO (2013), *Trabajos saludables. Gestionemos el estrés. Guía de la campaña Gestión del estrés y de los riesgos psicosociales en el trabajo*, Luxemburgo. Enlace: [EU-OSHA \(2013\): Trabajos saludables. Gestionemos el estrés.](#)

ARARTEKO (2012), *Aproximación a la atención de la salud mental de la infancia, adolescencia, juventud y vejez en la CAPV desde la perspectiva del Ararteko: retos y oportunidades. Estudio del Ararteko*. Enlace: [ARARTEKO \(2012\): Aproximación a la atención de la salud mental de la infancia, adolescencia, juventud y vejez en la CAPV.](#)

ARARTEKO (2014), *La atención socio-sanitaria a la salud mental de las personas privadas de libertad en la Comunidad Autónoma del País Vasco*. Defensoría del Pueblo del País Vasco, Vitoria-Gasteiz. Enlace: [ARARTEKO \(2014\): La atención socio-sanitaria a la salud mental de las personas privadas de libertad en la CAPV.](#)

BADALLO, A., GARCÍA-ARIAS, S., YÉLAMOS, L. (2013), "La situación de estigmatización en el entorno de un recurso de rehabilitación psicosocial". Asociación Española de Neuropsiquiatría. Enlace: [Badallo et al \(2013\): La situación de estigmatización en el entorno de un recurso de rehabilitación psicosocial.](#)

CASTILLA, C. (2007), "Historia crítica de la Psiquiatría en el siglo XX. Una mirada biográfica". Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, vol. XXVII, nº 99. Enlace: [Castilla \(2007\): Historia crítica de la Psiquiatría en el siglo XX.](#)

CAYO, L. y SASTRE A. (2010), *Derechos Humanos y discapacidad. Informe España 2009*, CERMI, Ediciones Cinca. Enlace: [Cayo et al \(2010\): Derechos Humanos y discapacidad.](#)

CRESPO, B., PÉREZ, R., GAITE, L., PEÑA, M., MATA, I., RODRÍGUEZ, J., MARTÍNEZ, O., PARDO, G., AYESA, R., GONZÁLEZ, C., CASEIRO, O., VÁZQUEZ-BARQUERO, J. (2010), *Guía de Psicoeducación para las familias de personas diagnosticadas de psicosis*, Gobierno de Cantabria. Proyecto financiado por los Fondos para la Cohesión Territorial 2008 del Ministerio de Sanidad y Consumo. Enlace: [Crespo et al \(2010\): Guía de psicoeducación para las familias.](#)

CONSEJO GENERAL DEL PODER JUDICIAL (CGPJ) (2011), *Guía de buenas prácticas sobre el acceso y tutela de los derechos de las personas con discapacidad en sus relaciones con la administración de justicia, a la luz de la convención de la ONU y de las Reglas de Brasilia*. Enlace: [CGPJ \(2011\): Guía de Buenas Prácticas sobre el acceso y tutela de los derechos de las personas con discapacidad.](#)

DEFENSOR DEL PUEBLO (2007), *Violencia escolar: el maltrato entre iguales en la Educación Secundaria Obligatoria 1999-2006*. Defensor del Pueblo. Madrid. Enlace: [Defensor del Pueblo \(2007\): Violencia Escolar: el maltrato entre iguales en la ESO 1999-2006.](#)

DEFENSORES DEL PUEBLO (2015): *Las urgencias hospitalarias en el sistema nacional de salud: derechos y garantías de los pacientes*. Defensor del Pueblo, Madrid. Enlace: [Defensores del pueblo \(2015\): Las urgencias hospitalarias en el sistema nacional de salud: derechos y garantías de los pacientes.](#)

DESVIAT, M. (2006), “*La antipsiquiatría: crítica a la razón psiquiátrica*”, en Norte de Salud Mental. Revista de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria, número 25, pág. 8-14. Enlace: [Desviat \(2006\): La antipsiquiatría: crítica a la razón psiquiátrica.](#)

DESVIAT, M. (2011), “*La reforma psiquiátrica 25 años después de la Ley General de Sanidad*”, Revista Española de Salud Pública, vol. 85, nº 5. Enlace: [Desviat \(2011\): La reforma psiquiátrica 25 años después de la Ley General de Sanidad.](#)

DIRECCIÓN GENERAL DE INSTITUCIONES PENITENCIARIAS (2007), *Estudio sobre salud mental en el medio penitenciario*. Enlace: [DGIP \(2007\): Estudio sobre salud mental en el medio penitenciario.](#)

ESBEC, E. y ECHEBURÚA, E. (2010), “*Violencia y trastornos de la personalidad: implicaciones clínicas y forenses*”, en Actas Españolas de Psiquiatría, vol. 38, número 5. Enlace: [Esbec et al \(2010\): Violencia y trastornos de la personalidad.](#)

FEAFES (2008), *La reducción del estigma de las personas con enfermedad mental grave en la asistencia sanitaria. Síntesis y conclusiones*. FEAFES en colaboración con el Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. Enlace: [FEAFES \(2008\): La reducción del estigma de las personas con enfermedad mental grave en la asistencia sanitaria.](#)

FEDEAFES (2014): *La realidad del estigma social entre las personas con enfermedad mental en la Comunidad Autónoma del País Vasco. Informe de resultados obtenidos en el estudio realizado en 2013*. FEDEAFES. Enlace: [FEDEAFES \(2014\): La realidad del estigma social entre las personas con enfermedad mental en la CAPV.](#)

FRANCO, T. (2008), “*Claves en la inserción laboral de personas con enfermedad mental*”, en Revista Zerbitzuan, nº 44. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. Enlace: [Franco \(2008\): Claves en la inserción laboral de personas con enfermedad mental.](#)

GALLARDO, J. (2011), “*El análisis de la enfermedad mental en las noticias de internet*”, en Ámbitos, nº 20. Enlace: [Gallardo \(2011\): El análisis de la enfermedad mental en las noticias de internet.](#)

GOFFMAN, E. (1963), *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*, Prentice-Hall. (Edición en español: *Estigma. La identidad deteriorada*, Amorrortu, Buenos Aires, 2003).

GOFFMAN, E. (2008), *Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Ed. Amorrortu.

GÓMEZ, M. (2009), “*La participación de los usuarios, ¿qué opinan los profesionales? Encuesta sobre las actitudes de los profesionales de salud mental hacia la participación de los usuarios en la gestión de los servicios*”, en CARMONA, J. y NORIEGA, F. (eds.) (2009), *Gestión Clínica en Salud Mental*. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Enlace: [Gómez \(2009\): La participación de los usuarios, ¿qué opinan los profesionales?](#)

GONZÁLEZ, O. (2006), “*El tratamiento ambulatorio involuntario de los enfermos mentales. El trasfondo de un prolongado debate*”, en Revista Portularia, volumen VI, nº 1. Universidad de Huelva. Enlace: [González \(2006\): El Tratamiento Ambulatorio Involuntario.](#)

GONZÁLEZ, O. (2009), “*Enfermedad mental, estigma y legislación*” en Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, vol. XXIX, nº 104, Madrid. Enlace: [González \(2009\): Enfermedad mental, estigma y legislación.](#)

GRUPO PRECA (2011), *Informe prevalencia de trastornos mentales en centros penitenciarios españoles*. Enlace: [Grupo PRECA \(2011\): Informe PRECA](#).

GUIMÓN, J. (2004), *La discriminación de los pacientes mentales: un reto para los Derechos Humanos*. Cuadernos Deusto de Derechos Humanos, nº. 28. Bilbao. Enlace: [Guimón \(2004\): La discriminación de los pacientes mentales: un reto para los Derechos Humanos](#).

IBAÑEZ, B., PÉREZ, C., BARRIOS, M., BUZÓN M., RAMÍREZ, M. ROSA, M. (2014), *Influencia del estigma en la atención a pacientes con trastorno mental que padecen dolencias físicas*. Revista Presencia, 10 (20). Enlace: [Ibañez et al \(2014\): Influencia del estigma en la atención a pacientes con trastorno mental que padecen dolencias físicas](#).

INE (2013), *El empleo en las personas con discapacidad. Informe 2011*. Enlace: [INE \(2013\): Empleo en personas con discapacidad. Informe 2011](#).

INE (2015), *El empleo en las personas con discapacidad. Informe 2013*. Enlace: [INE \(2015\): Empleo en personas con discapacidad. Informe 2013](#).

JAIME, F. (2014), "Revolución-Reforma: orígenes de un cambio", en Revista Presencia jul-dic, 10 (20). Enlace: [Jaime \(2014\): Revolución-Reforma, orígenes de un cambio](#).

JIMÉNEZ, J. (2011), "El papel del Observatorio de Salud Mental y los criterios de calidad asistencial de la AEN en la evaluación y planificación asistencial. Recursos de profesionales en CSM y de dispositivos de atención a pacientes con TMG en España", en Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 31 (112), págs. 735-751. Enlace: [Jiménez \(2011\): Evaluación asistencial TMG en España](#).

LINK, B., y PHELAN, J. (2001), "Conceptualizing stigma", Annual Review of Sociology, num. 27.

LEÓN, B. (2009), "Salud mental en las aulas", en *La salud mental de las personas jóvenes en España*. Revista de estudios de juventud, nº 84. Madrid. Enlace: [INJUVE \(2009\): La salud mental de las personas jóvenes en España](#).

LÓPEZ, G. (2009), "El internamiento no voluntario desde la perspectiva del ministerio fiscal", en III Jornadas sobre Protección Jurídica en la Incapacidad, Fundación Tutelar de La Rioja. Págs 119-160. Enlace: [López \(2009\): Alternativas terapéuticas](#).

LÓPEZ, M. (2007), "Medios de comunicación, estigma y discriminación en salud mental. Elementos para una estrategia razonable", en *L'Information Psychiatrique*; 10 (83): 793-9. Enlace: [López \(2007\): Medios de comunicación, estigma y discriminación en salud mental](#).

LÓPEZ, M., y LAVIANA, M. (2007), "Rehabilitación, apoyo social y atención comunitaria a personas con trastorno mental grave. Propuestas desde Andalucía", en Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, vol. XXVII, nº 99, págs. 187-223. Enlace: [López et al \(2007\): Rehabilitación y atención comunitaria en Andalucía. Propuestas](#).

LÓPEZ, M., LAVIANA, M., LÓPEZ, A. (2009), "Estigma social, violencia y personas con trastornos mentales graves", Revista Española de Neuropsiquiatría. Enlace: [López et al \(2009\): Estigma social, violencia y personas con trastornos mentales graves](#).

LÓPEZ, M., LAVIANA, M., FERNÁNDEZ, L., LÓPEZ, A., RODRÍGUEZ, M. y APARICIO, A. (2008), "La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en

la información disponible”, en Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría Vol. 28, Num. 101. Accesible en: [López et al \(2008\): La lucha contra el estigma.](#)

LÓPEZ, M., FERNÁNDEZ, L., LAVIANA, M., APARICIO, A., PERDIGUERO, D., RODRÍGUEZ, A. (2010), “Problemas de salud mental y actitudes sociales en la ciudad de Sevilla. Resultados generales del estudio ‘Salud mental: imágenes y realidades’”, en Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 30 (106), págs. 219-248. Enlace: [López et al \(2010\): Problemas de salud mental y actitudes sociales en la ciudad de Sevilla.](#)

MAGALLANES, A. (2011), “El estigma de los trastornos mentales: discriminación y exclusión social”, en Quaderns de Psicologia, Vol. 13, número 2. Enlace: [Magallanes \(2011\): El estigma de los trastornos mentales.](#)

MAGLIANO, L., READ, J., PATALANO, M., SAGLIOCCHI, A., OLIVIERO, N., D’AMBROSIO, A., CAMPITIELLO, F., ZACCARO, A., GUIZZARO, L. y CERRATO, F. (2012), “Contrarrestar el estigma hacia las personas con esquizofrenia en el ámbito sanitario: una experiencia piloto en una muestra de estudiantes italianos de medicina”, Revista Psychology, Society and Education, Vol. 4, nº 2, págs. 169-181. Enlace: [Magliano et al \(2012\): Contrarrestar el estigma hacia las personas con esquizofrenia en el ámbito sanitario.](#)

MALUENDA, J. y CEBALLOS, I. (2014), *La familia en AVIFES*, Apuntes AVIFES, Cuaderno Técnico nº 5. AVIFES. Enlace: [Maluenda et al \(2014\): La familia en AVIFES.](#)

MARKEZ, I., PÓO, M., ROMO, N., MENESES, C., GIL, E. y VEGA, A. (2004), “Mujeres y psicofármacos: la investigación en atención primaria”, en Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, vol. 24, núm. 91. Enlace: [Markez et al \(2004\): Mujeres y psicofármacos.](#)

MENA, A., BONO, A., LÓPEZ, A., DÍAZ, D. (2010), “Reflexiones en torno a la sensibilización de medios de comunicación sobre el estigma de la enfermedad mental”, en la Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría; XXX, (108): 597-611. Enlace: [Mena et al \(2010\): Sensibilización de los medios de comunicación sobre el estigma.](#)

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (2007), *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud*. Enlace: [Ministerio de Sanidad \(2007\): Estrategia de Salud Mental.](#)

MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL (2010), *Buenas prácticas. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013*. Enlace: [Ministerio de Sanidad \(2010\): Buenas Prácticas. Estrategia de Salud Mental.](#)

MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD (2011), *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013*. Enlace: [Ministerio de Sanidad \(2011\): Estrategia de Salud Mental.](#)

MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD (2012), *Documento de Consenso de las Comisiones de análisis de Casos de Personas con Enfermedad Mental sometidas a penas y medidas de seguridad*. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Enlace: [Ministerio de Sanidad \(2012\): Documento de consenso de análisis de casos de personas con enfermedad mental sometidas a penas y medidas de seguridad.](#)

MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD (2014), *Transversalidad y continuidad asistencial en Salud Mental*. Secretaría General Técnica del Ministerio de Sanidad,

Servicios Sociales e Igualdad. Centro de Publicaciones. Enlace: [MSSSI \(2014\): Transversalidad y continuidad asistencial en Salud Mental](#)

MUÑOZ, M., PÉREZ, E., CRESPO, M., GUILLÉN, A. (2009), *Estigma y enfermedad mental. Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental*. Promovido por la Comunidad Autónoma de Madrid y apoyado por la Obra Social de Caja Madrid. Editorial Complutense, Madrid. Enlace: [Muñoz et al, 2009: Estigma y enfermedad mental](#).

MUÑOZ, M., PÉREZ, E., CRESPO, M., GUILLÉN, A. (2006), *Resumen de resultados de la investigación: El estigma de la enfermedad mental*. Comunidad Autónoma de Madrid, Obra Social de Caja Madrid y Universidad Complutense de Madrid. Enlace: [Muñoz et al \(2006\): El estigma de la enfermedad mental. Principales resultados](#).

MUÑOZ, M., PÉREZ, E., CRESPO, M., GUILLÉN, A., IZQUIERDO, S. (2011), “La enfermedad mental en los medios de comunicación: un estudio empírico en prensa escrita, radio y televisión”, en *Revista Clínica y Salud: Revista de Psicología Clínica y Salud*, Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid, Vol. 22, nº 2, págs. 157-173. Enlace: [Muñoz et al \(2012\): Enfermedad mental en medios de comunicación](#).

OBERTAMENT (2014), *Anuari Alerta Estigma* (en catalán). Accesible en: [Obertament \(2014\): Anuari Alerta Estigma](#).

OCHOA, I. (2009), “La importancia de la imagen corporal, la alexitimia, la autoestima y los estilos de crianza en jóvenes con Trastornos de Conducta Alimentaria” en *La salud mental de las personas jóvenes en España*. Revista de estudios de juventud, nº 84. Madrid. Enlace: [INJUVE \(2009\): La salud mental de las personas jóvenes en España](#)

ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (ONU) (2006): [Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad](#).

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) (2005), *Legislación sobre salud mental y derechos humanos*, Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de Salud Mental, EDIMSA. Enlace: [OMS \(2005\): Legislación sobre salud mental y derechos humanos](#).

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD- EUROPA (OMS) (2008), “*Stigma: an international briefing paper*”, Health Scotland. Enlace: [OMS \(2008\): Stigma briefing paper](#).

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) y INTERNATIONAL ASSOCIATION OF PREVENTING SUICIDE (IASP) (2008), *Preventing Suicide. A resource for media professionals*. World Health Organisation. Department of Mental Health and Substance Abuse. Enlace: [OMS-IASP \(2008\): Preventing suicide for media professionals](#).

ORIHUELA, T., y GÓMEZ, P. (2003), *Población con enfermedad mental grave*. Colección Estudios e Informes del Observatorio de la Discapacidad, Serie Estudios nº 9. IMSERSO. Enlace: [Orihuela et al \(2003\): Población con enfermedad mental grave](#).

ORTIZ, A. (2012), “*Enfermedad mental y derecho penal: una realidad manifiestamente mejorable*”, en [www.abogacia.es](#). Enlace: [Ortiz \(2012\): Enfermedad mental y derecho penal](#).

ORTIZ, A. (2013), “*Naturaleza jurídica de las medidas de seguridad*”. Enlace: [Ortiz \(2013\): Naturaleza jurídica de las medidas de seguridad](#).

PASTOR, M. y OVEJERO, A. (2009), “Historia de la locura en la época clásica y movimiento antipsiquiátrico”, en Revista de Historia de la Psicología, vol. 30, núm 2-3 (junio-septiembre), pág. 293-299. Enlace: [Pastor et al \(2009\): Historia de la locura en la época clásica y movimiento antipsiquiátrico.](#)

PÉREZ, C. (coord.) (2012), *Salud Mental y empleo*. Informe elaborado por la Escuela Andaluza de Salud Pública en el marco del proyecto “Reduciendo las desigualdades en salud: incrementar el número de personas con problemas de salud mental (leves y moderados) que permanecen trabajando mientras reciben tratamiento”, financiado por el Programa de Fomento del Empleo y la Solidaridad Social de la Unión Europea (PROGRESS). Servicio Andaluz de Salud. Enlace: [Pérez \(2012\): Salud Mental y Empleo.](#)

ROIG, A. (2009), “Alternativas terapéuticas”, en III Jornadas sobre Protección Jurídica en la Incapacidad, Fundación Tutelar de La Rioja. Págs 161-168. Enlace: [Roig \(2009\): Alternativas terapéuticas.](#)

SANTOS, F. (2013), “Encuesta realizada entre profesionales que trabajan en el juzgado de guardia de Córdoba sobre personas con discapacidad intelectual o trastorno mental que son puestas a disposición judicial en calidad de detenidos”, Fiscalía Provincial de Córdoba, Sección de protección de personas con discapacidad. Enlace: [Santos \(2013\): Encuesta entre profesionales que trabajan en el Juzgado de Guardia de Córdoba.](#)

SOBRINO, T., RODRÍGUEZ, F., VALLESPI, A., LÓPEZ, M., LÓPEZ, D., RODRÍGUEZ, A., SAN PÍO, M., SIMÓN, M., URUARTE, J., VILLEGAS, F., FERRERA, B., RUIZ, B., BLAS, E., BRAVO, M., MARTÍNEZ, J., PASTOR, A. y PÉREZ, F. (2012), “Impacto de la ‘Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia’ en las personas con trastorno mental grave”, en Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, Vol. XXXII, núm. 114. Enlace: [Sobrin et al \(2012\): Impacto de la ‘Ley de dependencia’ en las personas con TMG](#)

UNITAT PER A LA INTEGRACIÓ DE PERSONES AMB DISCAPACITAT (UPD) Universitat de València y ASOCIACIÓN POR LA SALUD INTEGRAL DEL ENFERMO MENTAL (ASIEM) (2012), *Preguntas frecuentes sobre el trastorno mental grave*. Enlace: [UPD-ASIEM \(2012\): Preguntas TMG.](#)

VASQUEZ, A. (2011), “Antipsiquiatría. Deconstrucción del concepto de enfermedad mental y crítica de la ‘razón psiquiátrica’”, en Nómadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas, número 31. Enlace: [Vasquez \(2011\): Antipsiquiatría. Deconstrucción enfermedad mental.](#)

VV.AA (2011), [Manual de Buenas prácticas del Ministerio Fiscal en la protección de personas con discapacidad.](#) Fundación Aequitas.

VV.AA (2012), [Guía de intervención policial con personas con discapacidad intelectual.](#) Fundación Carmen Pardo-Valcarce en colaboración con la Guardia Civil y la Fundación Mapfre.

7.1. Recursos audiovisuales

- ▶ 1decada4: Estigma y atención a la salud general de personas con enfermedad mental. Enlace: [1decada4: Estigma y salud.](#)
- ▶ Documental “SOLO” (2010), de Vicente Rubio. Uno Films A.C. Enlace: [V. Rubio: Documental SOLO.](#)

8. DIRECTORIO DE ENTIDADES AUTONÓMICAS MIEMBRO DE CONFEDERACIÓN SALUD MENTAL ESPAÑA

La Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA representa a un movimiento asociativo y ciudadano de personas con trastorno mental y familiares y personas allegadas formado por casi 300 entidades agrupadas en las siguientes **federaciones y asociaciones uniprovinciales**:

1. **Federación Andaluza de familiares y personas con enfermedad mental (FEAFES Andalucía)**
Avenida de Italia, 1 -Bloque 1 – Local – 41012 Sevilla
954 23 87 81; feafesandalucia@feafesandalucia.org; www.feafesandalucia.org
2. **Federación de asociaciones aragonesas pro salud mental (FEAFES Aragón)**
C/ Ciudadela, s/n-Parque de las Delicias- Pabellón de Santa Ana – 50017 Zaragoza
976 53 24 99; feafesaragon@hotmail.com; www.feafesaragon.blogspot.com
3. **Asociación de Familiares y Personas con Enfermedad Mental de Asturias (AFESA-FEAFES-ASTURIAS)**
Plaza Fuente La Braña, 17-19, Bajo – 33011 Oviedo
985 11 51 42; administracion@afesasturias.org; www.afesasturias.org
4. **Federación Balear de Familiares y enfermos mentales (FEBAFEM)**
C/ de la Rosa, 3º – Casal Ernest Lluch CP 07003. Palma de Mallorca. (Islas Baleares)
606 34 98 32; febafem@gmail.com
5. **Federación Salud Mental Canarias. FEAFES Canarias**
C/ Marianao, 45. 35016 Las Palmas de Gran Canaria (Las Palmas)
928 31 33 98; feafescanarias@yahoo.es
6. **Asociación Cántabra pro salud mental (ASCASAM)**
Pasaje del Arcillero, 3 Bajo. CP 39001. Santander
942 36 41 15; sede@ascasam.org; www.ascasam.org
7. **Federación de Asociaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental de Castilla -La Mancha (FEAFES Castilla-La Mancha)**
Avenida Río Boladiez, 62 Local A CP 45007. Toledo
925 28 43 76 // 925 28 43 60; info@feafesclm.com; www.feafesclm.com
8. **Salud Mental Castilla y León**
C/ San Blas, 14. Entrepantalla derecha. CP 47003 Valladolid
983 30 15 09; feafescyl@feafescyl.org; www.feafescyl.org
9. **Federació Salut Mental Catalunya (Federació SMC)**
Calle Nou de Sant Francesc, 42. CP 08002. Barcelona
93 272 14 51; federacio@salutmental.org; www.salutmental.org
10. **Asociación Salud Mental Ceuta**
Plaza Rafael Gibert, 27. Bajo 51001 Ciudad Autónoma de Ceuta
956 75 73 49; acefep@hotmail.com; www.acefep.org

11. **Federación de asociaciones de familiares y personas con enfermedad mental de Extremadura (FEAFES Extremadura)**
C/ Molino, 6 Apartado de correos 161. CP 06400 Don Benito (Badajoz)
924 80 50 77; feafesextremadura@yahoo.es; www.feafesextremadura.com
12. **Federación de asociaciones de familiares y personas con enfermedad mental de Galicia (FEAFES GALICIA)**
Rúa Belgrado, 1. 15703. Santiago de Compostela (A Coruña)
981 55 43 95; feafesgalicia@feafesgalicia.org; www.feafesgalicia.org
13. **Unión Madrileña de Asociaciones de personas pro salud mental (UMASAM)**
C/ Poeta Esteban de Villegas 12, bajo izq. CP 28014. Madrid.
91 513 02 43; info@umasam.org; www.umasam.org
14. **FEAFES Melilla**
C/ Isleta de Azucena, portal 2, local 1. CP 52006. Ciudad Autónoma de Melilla
951 32 70 85; 627 11 24 12; amelfem@gmail.com
15. **FEAFES Salud Mental Región de Murcia**
C/ Cigarral, 6 – Bajo – 30003 Murcia
968 23 29 19; info@feafesmurcia.com; www.feafesmurcia.com
16. **Asociación Navarra para la Salud Mental (ANASAPS)**
C/ Río Alzania, 20 (Trasera) – 31006 Pamplona (Navarra)
948 24 86 30; anasaps@anasaps.org; www.anasaps.org
17. **Federación de Euskadi de asociaciones de familiares y personas con enfermedad mental (FEDEAFES)**
C/ Tres Cruces, 14 bajo derecha – 01400 Llodio (Alava)
94 406 94 30; fedeaefes@fedeaefes.org; www.fedeaefes.org
18. **Asociación Riojana de familiares y personas con enfermedad mental (FEAFES ARFES PRO SALUD MENTAL)**
C/ Cantabria, 33 – 35 – 26004 Logroño (La Rioja)
941 23 62 33; arfes@arfes.org; www.arfes.org
19. **Federació Salut Mental Comunitat Valenciana**
C/ Cieza, 4, Bajo Izquierda – 46014 Valencia
96 353 50 65; feafescv@gmail.com; www.salutmentalcv.org

Estudio

*“Salud mental e inclusión social.
Situación actual y recomendaciones
contra el estigma”*



www.consaldmental.org