

CONCEPTUALIZACIÓN Y SENSIBILIZACIÓN SOBRE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL

CONCEPTUALIZATION AND AWARENESS OF PEOPLE WITH MENTAL ILLNESS

DECS: Salud mental, trastornos mentales, discriminación, estigma social

MESH: Mental health, mental disorders, discrimination, social stigma



Autora

Dña. Anna Aguilar Palacios

Terapeuta Ocupacional. Máster de Terapia Ocupacional en Salud Mental (UCLM) e-mail de contacto: anna.aguilar.palacios@gmail.com

Como citar este documento:

Aguilar Palacios A. Conceptualización y sensibilización sobre las personas con enfermedad mental. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2014 [fecha de la consulta]; 11(20): [17 p.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num20/pdfs/original1.pdf>

Texto recibido: 16/01/2014

Texto aceptado: 24/09/2014

Texto publicado: 30/11/2014

Introducción

Desde los albores de la civilización la enfermedad mental ha arrastrado el lastre del estigma social que despertaba.

Como se establece en [1], *a lo largo de la historia las enfermedades mentales han sido terreno de las concepciones mágicas y religiosas, cuestionándose continuamente su condición misma de enfermedades, ya sea atribuyéndoles un origen espiritual diabólico, en los tiempos antiguos, o un origen netamente social y económico en los tiempos recientes.*

En [2] se señala cómo *durante siglos, la gente ha mirado con miedo, desconfianza e incomprensión a las personas con enfermedad mental grave, por lo que la solución de la segregación ha sido durante mucho tiempo ampliamente aceptada por la sociedad. En*

RESUMEN

El presente estudio se basa en analizar la opinión que tiene la población general de distintas regiones españolas acerca de los conceptos de salud-enfermedad mental y las personas con enfermedad mental. Analizando las respuestas que se dan a las seis preguntas planteadas en la entrevista administrada, el estudio se centra concretamente en cuatro aspectos susceptibles de favorecer una actitud empática por parte de la población general en pro de la disminución del estigma asociado a la enfermedad mental. La muestra de población analizada ascendió a 81 sujetos elegidos aleatoriamente. Es de destacar el alto grado de connotaciones negativas extraídas en las entrevistas. De cara a una intervención orientada a la conceptualización y sensibilización de la población general sobre enfermedad mental y personas con enfermedad mental será necesario considerar otros aspectos para conformar una estrategia adecuada.

SUMMARY

The current study is based on the analysis of the opinion the general public coming from different Spanish regions have about the concepts of Mental Health-Disease and people with mental illness. Through the analysis of the answers given to six questions made in an interview, the study is specifically focused on four aspects susceptible to favor an empathic attitude from the general public in support of diminishing the stigma associated to mental illness. The analyzed population sample amounts to 81 subjects randomly chosen. It must be highlighted the high degree of negative connotations extracted in the interviews. Towards an intervention oriented to the conceptualization and awareness of the general public about mental disease and people with mental illness it will be necessary to consider other aspects to define a proper strategy.

A pesar de la evolución que ha sufrido el concepto de enfermedad mental hasta nuestros días, parece que la cuestión del estigma aún no ha logrado generar un cambio de mentalidad, como bien se indica en [1]: *hace algunas décadas, la sola alusión a haber recibido tratamiento psiquiátrico implicaba una prueba incuestionable de trastorno mental, o cuando menos un hecho irrefutable de debilidad de carácter o de fracaso personal.*

Hoy en día, se antoja innegable el hecho de que todavía una persona con enfermedad mental no sólo se ha de enfrentar a su propia enfermedad, sino también al estigma que la sociedad profesa, tal y como se extrae de [2], donde se asegura que *Las personas con enfermedad mental crónica sufren, además de las discapacidades y dificultades de integración derivadas directamente de la enfermedad, las consecuencias del prejuicio social que existe hacia las enfermedades mentales y quienes las padecen. Este prejuicio social determina y amplifica, en muchos casos, las dificultades de integración social y laboral de estas personas... En los últimos años se han incrementado las actitudes de*

las sociedades occidentales, los hospitales psiquiátricos y manicomios en lugares aislados fueron durante siglos la forma de "tratar" el problema, aún a costa de la violación de los derechos humanos.

Ejemplo de ello es lo que se podría considerar el primer hospital psiquiátrico en nuestro país, construido en el año 1367 en la ciudad de Granada a cargo de Muhammad [3].

rechazo hacia este colectivo y la amplificación de una imagen social negativa que está creando barreras sociales adicionales que aumentan el riesgo de aislamiento y marginalización de este colectivo y las dificultades para su integración y participación social activa.

En [4, 5] se hace hincapié en que las personas con enfermedad mental han de enfrentarse a dos tipos de problemas: los derivados de su enfermedad mental, y los relacionados con el estigma. La consecuencia de ambos es una notable disminución de la "calidad de vida", referida a relaciones sociales, pareja, empleo, vivienda, salud, etc.

La autopercepción del estigma social da lugar al autoestigma [6]. En este sentido, según [5], *el impacto del estigma es doble*: por un lado, el estigma social, y por otro el autoestigma, argumentando que *el autoestigma y el miedo al rechazo de los demás llevan a muchas personas a no perseguir las oportunidades de vida para sí mismos.*

Según la Organización Mundial de la Salud [7], *aunque la estigmatización y la discriminación tienen su origen en la comunidad, no debe olvidarse que ésta también puede ser un recurso y un entorno de gran importancia para hacer frente a sus causas y efectos y, más en general, para mejorar el tratamiento y la atención dispensados a las personas que padecen trastornos mentales y del comportamiento.*

El problema en este sentido es que el cambio de las actitudes sociales estigmatizantes instauradas durante tanto tiempo, el denominado "estigma estructural", es un proceso complejo dada la resistencia habitual [4]. Según [8], las instituciones públicas deben contar con una variedad de estrategias para disminuir el impacto del estigma en personas con enfermedad mental grave. Entre estas estrategias se incluyen la protesta, la educación y la promoción del contacto entre la población general y personas con enfermedad

mental. Algunos ejemplos de campañas contra el estigma y la sensibilización hacia la enfermedad mental a lo largo de todo el mundo pueden encontrarse en [7]. En nuestro país existen diversas campañas llevadas a cabo por diferentes comunidades autónomas [9, 10, 11], que de manera general abogan por empoderar a las personas con enfermedad mental y sus familiares y hacerles visibles, ofreciendo información objetiva de cara a la sensibilización de la población general.

Por todo ello, el objetivo del presente artículo es abordar, desde un punto de vista riguroso y metodológico a través de un estudio, una posible respuesta a la siguiente pregunta: ¿Qué aspectos o características posibilitarían una mayor sensibilización de la población general en pro de disminuir el estigma social sobre la enfermedad mental?

Antecedentes

En [2] se presenta un estudio completo y detallado sobre el “Estigma social y enfermedad mental” en el ámbito de la Comunidad de Madrid. La metodología empleada es compleja, abarcando aspectos tanto de tipo cualitativo como cuantitativo, y emplea los instrumentos propuestos por el Chicago Consortium for Stigma Research, actualmente institución de investigación pionera sobre el estigma en enfermedad mental.

Al igual que en [2], con el estudio presentado en este artículo se pretende conocer los conceptos que pueden ayudar a una posterior sensibilización de la población en lo referente a la disminución del estigma sobre enfermedad mental.

El estudio “Salud mental: imágenes y realidades” [12] es un estudio sobre problemas de salud mental y actitudes sociales en la ciudad de Sevilla. Realizado con población general, cuenta con una muestra de 920 personas, que

únicamente cumplen con el requisito de mayoría de edad. Se trata de un estudio descriptivo transversal para el que administran una entrevista diagnóstica estructurada (MINI) y un cuestionario socio-antropológico.

El objetivo del estudio es averiguar la prevalencia de problemas de salud mental y las imágenes sociales hacia los mismos que se dan en dicha población. Tanto dichos estudios como el estudio presentado en este artículo parecen aportar información acerca de los conceptos y actitudes que presenta la población general respecto a la enfermedad mental, por lo que constituirían en sí el punto de partida para elaborar acciones que contribuyeran a disminuir el estigma social. Sin embargo, los estudios de [2] y [12] se centran en encontrar evidencias del estigma social en enfermedad mental y analizar lo que la sociedad piensa sobre este estigma, mientras que en el presente estudio la aparición del estigma social en la enfermedad mental es una consecuencia a las respuestas sobre conceptualización de salud y enfermedad mental.

Metodología

El presente trabajo es un estudio descriptivo transversal, en el que el método utilizado para el tratamiento de la información obtenida es el análisis cualitativo de los elementos discursivos de cada persona entrevistada. La técnica que se empleó para la recogida de datos fue una entrevista semiestructurada que constaba de 6 preguntas abiertas, con la intención de que el entrevistado pudiera ampliar la información que estimase conveniente y que el entrevistador pudiera incidir sobre algunos de los aspectos del discurso. La Tabla 1 muestra las 6 preguntas iniciales y los datos sociodemográficos a anotar.

EDAD	SEXO	NIVEL EDUCATIVO	PROFESIÓN	COMUNIDAD AUTÓNOMA
1	¿Qué es para usted tener una buena salud mental?			
2	¿Qué es para usted tener una enfermedad mental?			
3	¿Cómo considera que es su salud mental en la actualidad? ¿Por qué? ¿Cómo la describiría?			
4	¿Conoce usted una o varias personas con enfermedad mental? En caso de respuesta afirmativa, ¿qué relación tiene con ellas y cómo describiría esta relación?			
5	¿Cómo cree que es una persona con enfermedad mental? ¿Qué características destacaría de una persona con enfermedad mental?			
6	¿Cómo se imagina la vida diaria de una persona que tiene una enfermedad mental? ¿Cómo piensa que son sus actividades (estudios, trabajo, alimentación, familiares, etc.)?			

Tabla 1: Entrevista

Esta entrevista fue administrada por un total de 12 entrevistadores, todos ellos terapeutas ocupacionales que en aquel momento se encontraban además cursando el Máster de Terapia Ocupacional en Salud Mental de la Universidad de Castilla La Mancha, en su V edición.

Los sujetos de la muestra fueron elegidos de manera aleatoria, siendo entrevistadas un total de 81 personas de entre la población general de diferentes regiones españolas. Cada terapeuta ocupacional realizó de 5 a 7 entrevistas. Los criterios de exclusión fueron:

- Minoría de edad
- Ser profesional de servicios de atención a personas con enfermedad mental

Posteriormente se llevó a cabo, sobre cada uno de los elementos discursivos de las respuestas de los entrevistados, el análisis pormenorizado que se detalla en la siguiente sección.

Resultados

Como anteriormente se ha indicado, la muestra fue de 81 entrevistados, con las características sociodemográficas mostradas en la Tabla 2.

	MUJERES	HOMBRES	TOTAL
TOTAL	49	32	81
EDAD			
18-25	14	8	22
26-35	14	7	21
36-45	5	3	8
46-55	9	5	14
56-65	4	8	12
66-75	3	1	4
COMUNIDAD AUTÓNOMA			
Andalucía	10	5	15
Aragón	5	3	8
Canarias	1	0	1
Castilla y León	5	5	10
Cataluña	4	2	6
Extremadura	3	3	6
Madrid	17	11	28
Navarra	4	3	7
ESTUDIOS			
Sin estudios	2	0	2
Graduado Escolar/Estudios Primarios/EGB	9	9	18
ESO/BUP/FP Grado Medio	6	4	10
Bachillerato/COU/FP Grado Superior	4	4	8
Estudios Universitarios	28	14	42
Doctorado	0	1	1
OCUPACIÓN (según Clasificación Nacional de Ocupaciones [13])			
Directores y gerentes	2	3	5
Técnicos y profesionales científicos e intelectuales	13	5	18
Técnicos; profesionales de apoyo	4	11	15
Empleados contables, administrativos y otros empleados de oficina	7	2	9
Trabajadores de los servicios de restauración, personales, protección y vendedores	5	0	5
Trabajadores cualificados en el sector agrícola, ganadero, forestal y pesquero	0	1	1
Artesanos y trabajadores cualificados de las industrias manufactureras y la construcción	1	1	2
Operadores de instalaciones y maquinaria, y montadores	0	4	4
Ocupaciones elementales	6	0	6
Ocupaciones militares	0	1	1
Estudiantes	7	3	10
Jubilados	3	1	4
Desempleados	1	0	1

Tabla 2: Datos sociodemográficos de la muestra

Como se puede observar en la Tabla 2, la aleatoriedad en la selección de los sujetos entrevistados permite disponer de una muestra lo suficientemente amplia y dispar en variables tales como edad, sexo, nivel educativo, profesión y lugar de residencia.

Para llevar a cabo el análisis cualitativo de los elementos discursivos se han extraído cuatro categorías que hacen referencia a conceptos globales sobre la salud-enfermedad mental y sobre el funcionamiento ocupacional de las personas con problemas de salud mental. Estas categorías son:

1. Necesidad de dependencia de terceros
2. Especial vulnerabilidad
3. Sufrimiento hacia uno mismo o hacia los demás
4. Carencias, deficiencias o limitaciones

Hay que matizar, no obstante, que el objeto de estudio de este análisis no es destacar las categorías que más se repiten en dichos discursos. De hecho, se ha observado que gran parte de la información obtenida son discursos con connotaciones negativas sobre la enfermedad mental y las personas que la padecen, tanto por entrevistados que mantenían contacto con personas afectadas como por entrevistados que indicaban tener pleno desconocimiento al respecto.

La elección de estas cuatro categorías se ha fundamentado principalmente en extraer aquellas características de los discursos que puedan inducir a la población general a tener una visión empática sobre la percepción de la enfermedad mental y hacia la persona que la padece y sus familiares. Se parte de la base de que la necesidad de depender de terceros, ser más vulnerable, padecer sufrimiento y tener limitaciones, son situaciones socialmente percibidas como negativas y desagradables para cualquiera, y por tanto, haciendo el ejercicio de situarse en el lugar de la persona con enfermedad mental, a nadie le gustaría tener que experimentarlas.

Como se aprecia, ninguna de las 6 preguntas contempladas en la entrevista induce al sujeto a referenciar específicamente alguna de estas 4 categorías. Es por ello que en cualquiera de las respuestas a las 6 preguntas planteadas puede aparecer una alusión a cualquiera de las categorías. Por tanto, se dispone de una muestra de 486 elementos discursivos provenientes de cada una de las 6 respuestas de los 81 sujetos entrevistados.

La primera de las categorías hace referencia a la **necesidad de dependencia de terceros**. En 32 ocasiones de las 486 muestras analizadas se hace mención a este aspecto. Es, de las 4 categorías bajo estudio, la más aludida en los elementos discursivos analizados. A continuación se reproducen algunos fragmentos de respuestas de los entrevistados en los que se hace alusión a esta categoría:

CATEGORÍA 1

Referencias a la necesidad de dependencia de terceros

Una persona con enfermedad mental dependerá toda su vida de los cuidados de otras personas.

...dependientes de los suyos.

No puede hacer vida normal, ya que normalmente son dependientes.

Teniendo una persona que esté pendiente de él puede hacer vida normal.

...sus familiares se encargan de todas sus cosas, si sus familiares no estuvieran pendientes su alimentación e higiene sería pésima.

Suelen ser personas dependientes de un tercero.

...las personas de su entorno tienen que estar con él las 24 horas, no pueden hacer nada.

...otros ya tendrán que depender de personas.

...con las personas allegadas y necesidad de ayuda para poder organizarse en el trabajo, estudio o incluso para aprender a comer con normalidad.

La segunda categoría trata de las referencias a una **especial vulnerabilidad**. Se observa un total de 24 referencias a la misma de las 486 respuestas. Como ejemplo de ello, se muestra la siguiente tabla:

CATEGORÍA 2

Referencias a una especial vulnerabilidad

...persona muy influenciable...

Yo creo que generalmente son personas muy influenciables, se dejan influenciar por el resto de personas y por el entorno, por ejemplo la tele y los medios de comunicación pueden hacer mella.

También creo que serán frágiles porque su inestabilidad les hace vulnerables en muchos momentos.

Muy difícil, no por sus incapacidades sino más bien por la mirada crítica de los demás, creo que les debe resultar mucho más difícil que al resto avanzar por la vida.

...y tiene que aguantar, a lo mejor, risas de gente que... también se ría de ellas... o que se aprovechen de ellas.

También pienso que estás personas están limitadas en su sociedad o por ejemplo (creo que en muchos casos) a sobreprotección familiar.

La tercera categoría versa sobre las **ideas de sufrimiento hacia uno mismo o hacia los demás**. En 17 ocasiones de las 486 respuestas se hace mención a este aspecto. La siguiente tabla muestra algunos ejemplos:

CATEGORÍA 3

Ideas de sufrimiento hacia sí mismo o a los demás

Se tendrá que sufrir mucho... Eso ya te hace sufrir, que los demás no te comprendan.

No percibir correctamente la realidad y sufrir.

Pues hombre porque creo que aparte de que yo sufriría también sufrirían mis familiares al verme que estoy mal.

...creo que los que peor lo pasan son ellos aunque luego también las familias lo sufren mucho, creo que es gente que sufre muchísimo y que lo pasa muy mal.

...sufren más si son conscientes de tu enfermedad.

La relación familiar debe ser complicada, muy sufrida por parte de los familiares del enfermo... y, bueno, también para el propio enfermo supongo.

Finalmente, la cuarta categoría hace mención a los discursos referidos a las **carencias, deficiencias, limitaciones o disfunciones**. Es necesario aclarar que las palabras *carencias, deficiencias, limitaciones y disfunciones*, no son aquí tratadas por su significado técnico en el ámbito sociosanitario, sino por el uso que coloquialmente ha hecho la población general entrevistada para referirse a "falta de...", "problemas" o "déficits". En un total de 12 ocasiones de los 486

elementos discursivos se hace referencia a esta categoría, de las cuales se muestran a continuación unos ejemplos:

CATEGORÍA 4

Discursos referidos a carencias/deficiencias

Tener en algún momento de la vida carencias personales, sociales de trabajo...Carencias genéticas o provocadas por algún acontecimiento.

...disfunción que no te permita interactuar con tu entorno y/o que impida ver la realidad tal y como es.

Limitaciones a nivel social, intelectual... dependiendo del tipo de enfermedad mental las limitaciones serán distintas.

...provoca deficiencias en varios ámbitos de la vida (social, profesional, afectivo...etc).

Discusión

La muestra de entrevistados no pretende ser una representación estadística sino que permite comprender el discurso que tienen ciudadanos de distintos lugares de España acerca del objeto de estudio

A la vista de los datos obtenidos tras el análisis anterior, una vez extraídas y analizadas las 4 categorías, se puede determinar que éstas se corresponden con aspectos que posibilitarían una reflexión y posterior sensibilización de la población general, en pro de mitigar el estigma social sobre la enfermedad mental, al comprender y aceptar la gravedad de cada una de estas categorías en la vida diaria de una persona con enfermedad mental.

En primer lugar, el aspecto que más influye es el relacionado con la dependencia de terceras personas. La mayoría de los sujetos entrevistados muestra una mayor preocupación porque una persona con enfermedad mental tenga la necesidad de depender de otras personas, habitualmente cuidadores principales que suelen coincidir con familiares cercanos. Concretamente, suelen aludir a que esta dependencia es imprescindible para el desenvolvimiento del sujeto en las tres áreas de desempeño ocupacional: autocuidado (citan

ejemplos como alimentación y aseo personal), productividad (hacen referencia a las tareas laborales) y ocio (aluden a las relaciones sociales).

Por tanto, se puede deducir que es ampliamente reconocido que una persona con enfermedad mental no goza de autonomía en sus actividades de la vida diaria, y ello deriva en una dependencia generalmente de familiares o cuidadores. Este hecho, consecuente e inevitablemente, puede crear unos niveles de sobrecarga en los cuidadores muy elevados, como se indica en [1], donde se afirma que *cuando la enfermedad se torna crónica, la familia llega a sentir a su paciente como una "pesada carga"*.

Relacionado con la clasificación de [14] en la que se encuentra el significado de la *enfermedad como insulto y exclusión grupal*, aparece la categoría referente a la especial vulnerabilidad como segundo aspecto más relevante de los analizados, lo que implica que *el enfermo no merece la solidaridad de los otros, ya que su estatus es socialmente minusvalorado, insultado y agredido. La enfermedad mental es vista como un compendio de inmundicias humanas a las que se puede ridiculizar, excluir y maltratar*.

En tercer lugar, la idea de sufrimiento percibido por la persona con enfermedad mental y/o sus familiares, es un dato que recurrentemente es visto como un lastre y provoca una seria aflicción. Tal como describe Pérez Marc en [15] *no se puede negar la doble construcción del dolor: sensorialidad y afectividad se integran en una vivencia desagradable, aflictiva, que descubre la densidad del sujeto y lo transforma de forma avasallante. Es común denominar "sufrimiento" al aspecto mental o espiritual del dolor y dejar al "dolor" o "dolor físico" como la expresión de la serie de mecanismos que participan en su fisiología. Mientras que el dolor se vincularía con la condición inmanente del sujeto, el sufrimiento implicaría una modificación del "sentido de vida"; es decir, se vincularía con la trascendencia del sujeto*.

Asimismo, en [1], se especifica que *Las enfermedades mentales no solo producen sufrimiento psíquico al paciente y a su familia; también les causan, con bastante frecuencia, vergüenza, humillación y aislamiento. Las consecuencias más inmediatas son el ocultamiento de la enfermedad por parte del paciente, y del paciente por parte de la familia. El paciente, sin lugar a dudas, es el que sufre directamente el peso del estigma. Al ser segregado de sus grupos de pertenencia se daña la red de sus relaciones sociales y queda paulatinamente aislado. En este caso, al trauma de experimentar un trastorno mental, se suma la devastadora experiencia de la marginación, que afecta cada vez más a su mermada autoestima.*

En la cuarta categoría, los entrevistados hacen referencia a la "falta de" o "pérdida de" que presentan las personas con enfermedad mental. Se ha observado que indistintamente usan los términos carencia, déficit, limitación o disfunción para referirse a aquello que "falta" a nivel mental, personal, social, profesional, afectivo, etcétera.

Por tanto, los resultados de este estudio indican que existen ciertos aspectos hacia los que la población general se mostraría más receptiva de cara a conseguir una mayor sensibilización sobre la enfermedad mental y quienes la sufren. A pesar de ello, estos aspectos se antojan insuficientes para tomarlo como referencia en una estrategia de sensibilización de población general, ya que, como se indica en [16], existe una perpetuidad del prejuicio fundamentada en varias causas *como el reconocimiento del objeto del prejuicio, la aceptación social del prejuicio o la falta de conocimiento personal sobre el objeto del prejuicio.* Por otro lado, en [2] se afirma que existe una correlación negativa entre el nivel de estigma y el nivel de conocimiento. De hecho, según [5], el estigma hacia la enfermedad mental parece estar ampliamente instaurado en la población general del mundo occidental. Los estudios citados en [5] sugieren que la mayoría de los ciudadanos de los Estados Unidos y muchas naciones de Europa occidental tienen actitudes estigmatizantes hacia la enfermedad mental. De hecho, baste como ejemplo que según el Eurobarómetro sobre Salud Mental

de 2010, en el ítem relativo a percepciones de la población general sobre personas con enfermedad mental, un 22% de los encuestados se mostrarían incómodos ante el simple hecho de hablar con una persona con una enfermedad mental grave [17, 18]. Además, curiosamente, un 11% respondieron No sabe/No contesta.

Conclusiones

Este estudio ha intentado rescatar de los discursos extraídos de la opinión de la población general aquellos aspectos susceptibles de favorecer una actitud de empatía hacia las personas con enfermedad mental y una mejor conceptualización de la propia enfermedad mental. Aunque la cantidad de elementos discursivos con connotaciones negativas o estigmatizantes sobre la enfermedad mental o las personas con enfermedad mental ha sido muy cuantiosa, el estudio se ha centrado en seleccionar aquellos elementos mínimamente esperanzadores.

No obstante, se ha llegado a la conclusión de que estos aspectos no son suficientes de cara a proceder a una intervención sobre la conceptualización y sensibilización de la población general sobre enfermedad mental y personas con enfermedad mental, pudiendo además dar lugar a afianzar la creencia errónea de falta de autonomía y validez de estas personas.

Sin embargo, este estudio ha servido para poner una vez más de manifiesto la necesidad que existe de visibilizar la enfermedad mental, otorgar un lugar a la persona con enfermedad mental, y dar a conocer el trabajo que se realiza desde la rehabilitación psicosocial, dos de cuyas líneas de intervención, directamente relacionadas, son la lucha contra el estigma y el autoestigma, así como el empoderamiento y la adquisición de autonomía de las personas con enfermedad mental, lo que contribuye a la recuperación de estas personas.

Como indica Simó [18], quien promueve la construcción de comunidades inclusivas, *“podemos optar por las etiquetas, el estigma y el prejuicio o podemos optar por el reconocimiento”*.

Agradecimientos

A todos los compañeros de esta edición del Máster, que realizaron y compartieron las entrevistas efectuadas en este estudio.

A todo el equipo docente de la V Edición del Máster en Terapia Ocupacional en Salud Mental de la Universidad de Castilla-La Mancha, en especial, a los tutores del Módulo teórico bajo el cual se llevó a cabo esta investigación, Óscar Sánchez y Claudia Rosa Giannini, quien además me instó a la difusión de este mi primer artículo, que inicialmente yo sólo consideraba una actividad más de trabajo del Máster.

Bibliografía

- [1] León HM. Estigma y enfermedad mental: un punto de vista histórico-social. *Rev psiquiatr salud ment (Lima)*. 2005; 6: 33-42.
- [2] Muñoz M, Pérez-Santos E, Crespo M, Guillén AI. El estigma de la enfermedad mental. Madrid: Consejería de familia y asuntos sociales de la Comunidad de Madrid, Obra social de Caja Madrid y Universidad Complutense de Madrid; 2006.
- [3] Vite MG y Miranda VR. Historia de la salud mental en España. *Rev cient electron psicol*. 2007; 4: 111-122.
- [4] López M, Laviana M, Fernández L, López A, Rodríguez AM, Aparicio A. La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*. 2008; 28 (101): 43-83.
- [5] Corrigan PW, Watson AC. Understanding the Impact of Stigma on People with Mental Illness. *World Psychiatry*, 2002; 1 (1): 16-20.
- [6] Grisolia E, Mantecón N, Parodi-Herz D, Rodríguez E. Estudio sobre la autopercepción del estigma social y la autoestima en personas que forman parte del plan de servicios individualizado (PSI). Barcelona: Escuela de Terapia Familiar Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Universidad Autónoma de Barcelona; 2010.
- [7] Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Informe de un Grupo Científico de la OMS. Ginebra: OMS; 2001. ISBN: 92 4 356201 0.
- [8] Corrigan PW, Penn DL. Lessons from Social Psychology on Discrediting Psychiatric Stigma. *Am. Psychol.*, 1999; 54 (9): 765-776.
- [9] Junta de Castilla La Mancha. Plan estratégico de Castilla La Mancha de actuaciones de sensibilización y lucha contra el estigma y la discriminación asociados a las enfermedades mentales 2011. Castilla La Mancha: Junta de Castilla La Mancha; 2011.
- [10] Muñoz M, Pérez-Santos E, Crespo M, Panadero S, Guillén AI. Informe de propuestas específicas para la reducción del estigma social en las personas con enfermedad mental grave y crónica. Madrid: Consejería de familia y asuntos sociales de la Comunidad de Madrid; 2006.
- [11] Junta de Andalucía. Estrategia contra el estigma de la enfermedad mental de Andalucía '1 de cada 4'. Andalucía: Junta de Andalucía, Consejería de Salud y Bienestar Social; 2005.
- [12] López M, Fernández L, Laviana M, Aparicio A, Perdiguero D, Rodríguez AM. Problemas de salud mental y actitudes sociales en la ciudad de Sevilla. Resultados generales del estudio "Salud mental: imágenes y realidades". *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*. 2009; 30 (106): 219-248.
- [13] Real Decreto 1591/2010, de 26 de noviembre, por el que se aprueba la Clasificación Nacional de Ocupaciones 2011. *Boletín Oficial del Estado*, nº 306, (17-12-2010).
- [14] Pérez G. Filosofía de la enfermedad: vulnerabilidad del sujeto enfermo. *Arch Argent Pediatr*. 2007; 105 (2): 134-142.
- [15] Pérez G. Sujeto y dolor: introducción a una filosofía de la medicina. *Arch Argent Pediatr*. 2010; 108 (5): 434-437.
- [16] Perona S, Gallach E, Vallina O, Santolaya F. Tratamientos psicológicos y recursos utilizados en la esquizofrenia. Guía breve para profesionales y familiares. Santolaya F, editor. Valencia: Colegio Oficial de Psicólogos de la Comunidad Valenciana; 2004.
- [17] Comisión Europea. Mental Health, Part 1: Report. Informe de TNS Opinion & Social. Bruselas: Comisión Europea; 2010. Special Eurobarometer: 345, Wave 73.2.
- [18] Simó S. La palabra y la acción. Lucha contra la pobreza, salud (ocupacional) y ciudadanía a través de nuevas praxis

universitarias [tesis doctoral]. Vic: Universidad de Vic; 2011.