



Universidad Internacional de La Rioja
Facultad de Ciencias Sociales y Humanidades

Deconstruyendo el estigma en salud mental: propuesta de trabajo de sensibilización frente al estigma en salud mental

Trabajo fin de grado presentado por:	Cristina Viciano Gómez
Titulación:	Trabajo Social
Modalidad de trabajo:	Proyecto Social
Temática:	Salud mental
Director/a:	D^a. Concepción Castro Clemente

Fecha: 16/07/2020
Ciudad: Badajoz, España

CATEGORÍA TESAURO: 3.4 Trabajo Social y Educación Social. 3.4.2 Pedagogía Social

Resumen

La escasez de conocimientos y los prejuicios existentes en la sociedad en torno a las psicopatologías generan actitudes discriminatorias. El fenómeno social “estigma” supone una barrera para el alcance del bienestar de las personas con enfermedad mental. La propuesta del presente Trabajo Fin de Grado surge de la necesidad de transformar el imaginario colectivo en torno a estas patologías. El estudio y análisis de esta lacra social ha impulsado el diseño de un proyecto socioeducativo enfocado, principalmente, a alumnado adolescente de institutos públicos de Educación Secundaria de la provincia de Badajoz, Extremadura. Tras una revisión de la literatura existente, se plantean acciones educativas mediante talleres de sensibilización a fin de aumentar el conocimiento sobre la temática, que contarán con testimonios en primera persona, es decir, con la participación activa de personas que padecen o han padecido un problema de salud mental. Además, mediante el trabajo en red entre la comunidad educativa y la Federación Extremeña de Asociaciones de Personas con Experiencia en Salud Mental y Familiares, se pretende incrementar el compromiso de los centros educativos extremeños de enseñanza secundaria con la promoción del cambio de actitudes y comportamientos discriminatorios hacia personas con patologías mentales, sus familias y profesionales de éste ámbito.

Palabras claves

Estigma, Salud Mental, Discriminación, Estereotipo, Prejuicio.

Abstract

The consequences of ignorance and prejudice about mental illness in society generate discriminatory attitudes. Social phenomena 'stigma' entails a barrier to people with mental illness to reach a state well-being. This Final Degree Project proposal arises from the need of changing the collective imagination about those pathologies. The study and analysis of this social mark has promoted the design of a social and educative project addressed, mainly, to public High schools of Secondary Education in the province of Badajoz, Extremadura. Having reviewed the existing literature, different educative actions are programmed in order to increase the thematic's knowledge. Those actions involve awareness workshops that will count on first person experiences and active participation of people who suffer or have suffered from these diseases. Besides it, through the cooperative work of the Educative Community and the Federación Española de Asociaciones de Personas con Experiencia en Salud Mental y Familiares (Federation of Associations of People with Experience in Mental Health and their Relatives), we try to improve the commitment of the Secondary Education High schools of Extremadura in an active change of mind towards the discriminatory attitudes and behaviours against people with mental illnesses, their families and professionals of this field.

Key words

Stigma, Mental Health, Discrimination, Stereotype, Prejudice.

ÍNDICE

1.	Introducción	6
2.	Marco teórico	8
2.1	Evolución histórica de la enfermedad mental y gestación del estigma.....	8
2.2	Salud mental y trabajo social	12
2.3	Concepto de estigma social.....	14
2.4	Estigma social y la enfermedad mental: presencia y consecuencias.....	17
2.5	Estrategias para disminuir el estigma social asociado a la enfermedad mental	22
3.	Contexto del centro donde se enmarca el proyecto.....	24
4.	Marco legislativo	28
5.	Proyecto social	32
5.1	Denominación del proyecto	32
5.2.	Naturaleza del proyecto	32
5.2.1	Descripción del proyecto.....	32
5.2.2	Fundamentación o justificación.....	33
5.2.3	Objetivos	41
5.2.4	Localización física y cobertura espacial	41
5.2.5	Beneficiarios.....	43
5.3	Metas productos y actuaciones	44
5.4	Determinación de los recursos necesarios	50
5.5	Determinación de los plazos o calendario de actividades	59
5.6	Tareas.....	62
5.7	Estructura organizativa y de gestión del proyecto.....	63
5.8	Organigrama.....	64
5.9	Evaluación	65

5.10	Indicadores de evaluación del proyecto.....	65
6.	Referencias bibliográficas	67
7.	Anexos.....	76
2.1	Anexo I.....	76
2.2	Anexo II.....	77
2.3	Anexo III.....	79

1. Introducción

“Imagínese lo que le pasaría a su personalidad si usted escuchara repetidamente que usted es un vagabundo, un salvaje bueno, un ladrón o es de una raza inferior. Suponga que estas opiniones le son impuestas por la mayoría de sus conciudadanos. Y suponga que usted poco puede hacer para cambiar esa opinión, porque resulta que usted es de piel oscura”. (Allport, 1954, p.142; citado en Smith-Castro et al., 2010)

A través de un simple ejercicio lingüístico, podemos sustituir algunos términos del párrafo anterior por otros que hagan alusión a las creencias negativas que, a día de hoy, perduran en el imaginario colectivo acerca de las personas con experiencia propia en salud mental¹. Esta visión negativa en forma de estereotipos se conoce como estigma. Éste no solo acecha a las personas con enfermedades mentales, sino que engloba un espectro amplio de grupos sociales que comparten circunstancias o condiciones como la homosexualidad, las infecciones de transmisión sexual, la prostitución o la mendicidad, entre otras (Pedersen, 2009).

La sintomatología de las patologías mentales puede disminuir la calidad de vida de las personas que las experimentan y de su entorno, al igual que ocurre con las enfermedades físicas. Sin embargo, en el caso de los desórdenes mentales, la visión que tiene la sociedad en relación a los mismos provoca un sufrimiento añadido. Sorprende que, en la actualidad, la salud mental continúe siendo tema tabú, pese a que un cuarto de la población mundial padecerá un trastorno mental en su vida (Fábregas et al., 2018).

En las sociedades occidentales, el estereotipo más frecuente asociado a las personas que padecen una psicopatología tiene que ver con la imagen de una persona violenta, extraña, impredecible, incapaz de manejar su vida, a la que se le atribuye cierta culpa o responsabilidad sobre lo que le sucede y, a la que además, se le recomienda tratamientos coercitivos, como contenciones mecánicas o farmacológicas, y el ingreso en instituciones hospitalarias (López et al. 2008).

De este modo, el colectivo de pacientes con trastorno mental se enfrenta a un sufrimiento doble; en primer lugar, el ocasionado por la propia enfermedad y, en segundo lugar, el

¹ El concepto “personas con experiencia propia en salud mental” se utiliza en referencia a las personas con una o varias patologías mentales. Esta denominación es utilizada por la Confederación Salud Mental España.

derivado de estas connotaciones negativas que dificultan la vida y producen obstáculos para la inclusión de estas personas en la comunidad (Muñoz, Pérez, Crespo y Guillén, 2009).

La estigmatización tiene amplias repercusiones negativas en todos los ámbitos de la vida de las personas que sufren esta lacra. Áreas como el trabajo, el acceso a la vivienda, la asignación de recursos sociosanitarios, y las relaciones interpersonales, tanto afectivas como románticas, se ven afectadas (López et al., 2008). Como consecuencia, disminuye la integración de estas personas en la comunidad, propiciando la imposibilidad del ejercicio de la ciudadanía plena (Cazzaniga y Suso, 2005).

Para dar soporte al presente trabajo, su estructura se divide en una serie de apartados que permiten comprender el proceso de estigmatización para plantear una estrategia socioeducativa a través de acciones de sensibilización. Para ello, es clave la participación de personas con experiencia propia en salud mental. Además, es imprescindible el compromiso de la comunidad educativa, de los centros que se adhieran al proyecto en cuestión, en relación a la promoción y prevención de la salud mental prestando especial atención a combatir creencias erróneas en torno a la misma.

En primer lugar, se presenta un recorrido histórico a través de las distintas conceptualizaciones de la “locura” a lo largo de los siglos, que han avivado el fenómeno social del estigma. En segundo lugar, se verá el papel del trabajo social en el ámbito de la salud mental para adentrarnos en una revisión teórica acerca del concepto “estigma”, su presencia y sus consecuencias, así como las distintas estrategias para combatirlo. Por último, se expone el proyecto social objeto del presente Trabajo Fin de Grado, con la pretensión de ser la semilla que dé lugar al cambio de visión acerca de las personas con experiencia en salud mental en la comunidad autónoma de Extremadura, España.

Cabe aclarar que a lo largo del presente trabajo se incorporarán expresiones como “trastorno de adaptación social” y “personas en riesgo psicosocial” para referirse a la enfermedad mental y a personas con patología mental respectivamente, atendiendo a la demanda que desde este colectivo se plantea para mitigar el estigma que pueda radicar en estos términos (Cazzaniga y Suso, 2005).

2. Marco teórico

En este apartado se presenta una revisión teórica de la bibliografía seleccionada con la pretensión de sustentar y fundamentar el proyecto que nos ocupa. Como punto de partida se expone un recorrido histórico para entender el origen del estigma que permite, además, comprender la evolución de la enfermedad mental desde los albores de la humanidad. A continuación, se aborda el término salud mental para explicar la importancia de la profilaxis y el trabajo comunitario, destacando la función de los equipos interprofesionales y liberando, de este modo, a las patologías mentales del enfoque médico exclusivo. Posteriormente, se incluye el concepto de “estigma social” de la mano de las autoras y los autores más relevantes, para después indagar en la presencia y consecuencias derivadas de los estereotipos y prejuicios entorno a los trastornos de adaptación social. Por último, se analizan las distintas estrategias para disminuir esta lacra social.

2.1 Evolución histórica de la enfermedad mental y gestación del estigma

Las raíces de la psiquiatría se remontan al origen de la humanidad; el ser humano crea espíritus buenos (factores de protección) y malos (factores de riesgo) para tratar de dar sentido a la vida y permitir el desarrollo social. Así, los historiadores de las ciencias de la salud más destacables, consideran la religión el antecedente arcaico de la medicina, pues la brujería y las prácticas de los antiguos chamanes buscaban efectos sanadores (González, 1998).

Este mismo autor afirma que el origen divino, los mitos, las leyendas y las creencias religiosas asociadas a enfermos mentales han descansado de forma inicial, mayoritariamente, en concepciones demoniacas. Sin embargo, en la Edad Antigua coexistían otras interpretaciones que se alejaban “del mal”; desde considerar a personas con epilepsia como mensajeros divinos, hasta ser los propios sanadores y líderes los que vivenciaban experiencias delirantes y/o alucinatorias.

A través de la historia (Figura 1), se evidencia un sufrimiento de las personas con patologías o trastornos mentales ajeno a la propia enfermedad y a la propia persona. El mal trato y el

desprecio injustificado al que se han visto sometidas estas personas, en mayor o menor medida según veremos, gestan el estigma social arraigado en la realidad hodierna.

EDAD ANTIGÜA	<ul style="list-style-type: none"> • Concepción demoniaca y sobrenatural de la enfermedad mental.
GRECIA	<ul style="list-style-type: none"> • La civilización griega fue pionera en el estudio científico de los padecimientos psíquicos. • Precursores en separar el estudio de la mente de la religión
ROMA	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad mental fruto de pasiones y deseos insatisfechos que actúan sobre el alma. • Confinamiento y procedimientos restrictivos: cadenas, grilletes, etc.
EDAD MEDIA	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad mental entendida como posesión demoniaca. • Método de estudio: demonología. • Malleus Malleficarum: tortura y muerte como liberación del alma.
RENACIMIENTO	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad mental entendida como patología somática fruto del uso deficiente de la razón
ILUSTRACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Reclusión de enfermos mentales junto con otros colectivos marginales de la sociedad en asilos, donde soportaban tratamientos inhumanos y torturas.
S. XVIII y XIX	<ul style="list-style-type: none"> • Confinamiento: aislamiento, burlas, maltrato. • Encierro como delincuentes • Degeneración y eugenesia
S. XX	<ul style="list-style-type: none"> • Establecimiento de criterios clínico diagnósticos. • Psicofármacos • Nuevos episodios abusivos: lobotomía, Hitler y la eugenesia y los hospitales-prisiones soviéticas.

Figura 1. Síntesis de la concepción y tratamiento de la enfermedad mental a lo largo de la historia. Fuente: elaboración propia, basada en León, 2005

Como adelantábamos, en la Edad Antigua (Figura 1) predomina la concepción demoniaca, es decir, la influencia de espíritus o de poderes no humanos. Además, cabe señalar los exorcismos practicados por La Orden de Sacerdotes conocidos como posesos, a cargo de la embrionaria Iglesia Cristiana (León, 2005).

Desde un punto de vista científico, los primeros estudiosos de las enfermedades mentales fueron los griegos, rechazando la etiología celestial. La civilización romana continuó por esta línea, alejada de la significación mágica. Sin embargo, la racionalidad patente en sus clasificaciones, no eximió a los romanos del uso de procedimientos de contención como cadenas, grilletes y privación de la comida, tal y como explica León (2005).

La verdadera decadencia en cuanto al trato o “tratamiento” se refiere, se inicia en la Edad Media, y con más o menos violencia, no termina hasta etapas cercanas a la actualidad. De manera que Stucchi-Portocarrero (2013), presenta los cinco episodios más devastadores que, a lo largo de la historia, han contribuido al estigma existente en torno a las personas que padecen un problema de salud mental: la Caza de Brujas, el encierro, la degeneración y la eugenesia, la lobotomía y los hospitales-prisiones soviéticos. Siguiendo a este autor, se exponen dichos episodios históricos:

El Primer Episodio, surge a finales de la Edad Media (Figura 1), periodo caracterizado por el renacer de la visión primitiva demonológica y las asociaciones mágico-religiosas de la enfermedad mental. En 1487, dos teólogos alemanes secundados por el Vaticano, publicaron el Tratado *Malleus Malleficarum*, estableciendo el marco teórico necesario para la Caza de Brujas. Bajo esta práctica misógina, no exclusiva de la Iglesia Católica extendida hasta finales del siglo XIX, decenas de miles de mujeres, muchas de ellas con patología mental, fueron perseguidas y quemadas en la hoguera². Este Tratado condensaba la etiología de los trastornos mentales en un sólo ser maligno: el demonio, borrando toda la herencia científica grecorromana al respecto.

El Segundo Episodio, cuyo origen se enmarca en el siguiente enunciado: “el 27 de abril de 1656, un edicto en Francia, de Luis XIV, estableció que los llamados insanos debían ser confinados de forma obligatoria en los asilos” (León, 2005, pp. 38-39), consistió en el

² “La supuesta poseída -generalmente mujer y muchas veces enferma mental- no era más una pobre víctima, si no alguien que había optado voluntariamente por el mal, alguien en quien no había redención alguna, por lo cual debía liberarse el alma envilecida quemando el cuerpo corrupto” (Stucchi-Portocarrero, 2013, p. 219).

encierro en casas de locos o manicomios apartados de la sociedad, fruto de una visión manicomial de las enfermedades mentales. Según Foucault (1964), el objetivo de este confinamiento fue la limpieza de las ciudades de la escoria, para favorecer el surgimiento de la burguesía y la industria. Con independencia de la intención que se perseguía, ésta se vio desvirtuada por las condiciones deplorables en las que se encontraban las personas allí recluidas, sometidas a aislamiento, vejaciones y brutales maltratos. No hay que olvidar que incluso el londinense Hospital de Bethlem, se convirtió en una atracción turística y era visitado a modo de zoo o circo por ingleses, que entre carcajadas, observaban a las personas allí recluidas en condiciones infrahumanas (Ruggeri, 2017).

El Tercer Episodio, a pesar de que a finales del siglo XVIII, Philippe Pinel insistió en la consideración de las personas enfermas como seres humanos instaurando el tratamiento moral³, fue especialmente devastador. Los intentos de humanización se vieron truncados por la degeneración y eugenesia⁴. La Teoría de la Degeneración, definida por Bénédict Augustine Morel en 1857, plantea que la degeneración es un proceso de desviación⁵ del “humano normal”, que progresa a través de las generaciones hasta su extinción. En 1904, Galton sentará las bases de la eugenesia, responsable de esterilizaciones forzosas y matanzas de enfermos mentales, homosexuales, judíos y gitanos en la Alemania nazi.

El Cuarto Episodio data del siglo XX, el que a pesar del desarrollo de las clasificaciones internacionales, la psicofarmacología y la psicoterapia, no está exento de sombras en lo que a salud mental se refiere. Un dato escalofriante nos muestra que entre 1940 y 1950 más de 50.000 personas de todo el mundo fueron lobotomizadas. La lobotomía es una práctica inventada por Antonio Egas Moniz en 1935, y popularizada en el siglo pasado por Walter Freeman en los Estados Unidos, consistente en una incisión en el cráneo mediante la introducción de un “picahielos” por encima del globo ocular. El objetivo de esta práctica era tratar a personas que padecían brotes psicóticos, trastornos obsesivos compulsivos y depresiones severas (Stucchi-Portocarrero, 2013).

³ Procedimiento que aboga por un trato humanitario hacia las personas que presentan patologías mentales (Stucchi-Portocarrero, 2013).

⁴ f. Med. Estudio y aplicación de las leyes biológicas de la herencia orientados al perfeccionamiento de la especie humana (Real Academia Española, 2019).

⁵ f. Tendencia o hábito anormal en el comportamiento de alguien (Real Academia Española, 2019).

Por último, El Quinto Episodio tenebroso aconteció entre 1970 y 1980 en los hospitales-prisiones soviéticas. En estas décadas, manifestar desacuerdo con el gobierno de la Unión Soviética era motivo suficiente para una evaluación psiquiátrica y, en consecuencia, ser confinado en un hospital (Stucchi-Portocarrero, 2013).

De este modo, se ha construido un imaginario cargado de prejuicios y miedos alrededor de las personas con patología mental, de forma que estos mitos e imágenes negativas persisten en la actualidad en el inconsciente colectivo, reforzando el estigma en lo que a salud mental se refiere.

2.2 Salud mental y trabajo social

Es de justicia aclarar, visto el repaso histórico inicial, que la salud mental es un término relativamente moderno y la construcción de la locura ha diferido según el pensamiento social dominante (Badallo, 2012).

La psiquiatría⁶ no se apropia de la locura hasta el siglo XVIII, encorsetándola en una dimensión exclusivamente patológica (Correa-Urquiza, 2015). Entre 1955 y 1975, David Cooper acuña el término “antipsiquiatría”, movimiento político crítico en respuesta al papel de jueces que asumen los psiquiatras y los psicoanalistas, quienes disciernen entre normalidad y anormalidad. Esta corriente política y de pensamiento, que se extendió por diferentes estados, cuestiona la existencia misma de la enfermedad mental de la mano de referentes como el citado autor, unido a Ronald Ling, en Gran Bretaña y Thomas Szasz, en Estados Unidos (Vásquez, 2011).

A mediados de la década de los 70 esta ideología, que se extendió a nivel europeo, impulsó la Reforma Psiquiátrica (Brea y Gil, 2014), consistente en la desinstitucionalización de las personas ingresadas para su inserción y tratamiento en la comunidad.

En España, a partir de 1980, se origina el marco que ha permitido la gestión y abordaje de las psicopatologías en las últimas décadas. La Ley General de Sanidad de 1986, junto con la inclusión de la dimensión social en la definición de salud, expresada en 1948 por la

⁶ “Rama de la medicina, que se ocupa del estudio, prevención, tratamiento y rehabilitación de los trastornos psíquicos, entendiendo como tales tanto las enfermedades propiamente psiquiátricas como patologías psíquicas, entre las que se incluyen los trastornos de la personalidad”. (Quesada y Fernández, 2009, p. 6)

Organización Mundial de la Salud (en adelante, OMS), respaldaron el avance de la Reforma Psiquiátrica en España (Garcés, 2010). “En este momento los objetivos del trabajo social en salud mental empiezan a tener como meta el esfuerzo por el proceso de normalización del paciente a su ámbito social”. (Garcés, 2010, p. 335)

Así, el término salud mental cobra protagonismo, relegando a un ámbito específico la psiquiatría. De esta forma, es posible incidir en la importancia de la prevención siguiendo las directrices de la OMS (1998), con la intención de abrir el abanico de profesionales y sectores de la población implicados, incluyendo a los psiquiatras (Guimón, 2008; citado en Garcés, 2010).

El trabajo social es una profesión basada en la práctica, que se centra en impulsar el cambio, desarrollo y cohesión social para mejorar la calidad de vida a través de la liberación y el fortalecimiento de las personas (Aguilar, 2013).

A pesar de que en la actualidad la salud mental sigue siendo, principalmente, objeto del modelo biomédico (Brea y Gil, 2014), la OMS (2001, p. 1) atiende a su dimensión social y la define como:

“Un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida y trabajar de forma productiva y fructífera y, es capaz de hacer una contribución a su comunidad”.

En este ámbito, por tanto, concurren profesionales del trabajo social, terapeutas ocupacionales y psicólogos/as, entre otros profesionales, que trabajan en un equipo multidisciplinar con una misión común (Garcés, 2010). Las funciones del/de la trabajador/a social dentro del equipo varían según la institución donde presta sus servicios, aunque de forma genérica las funciones básicas son, según este mismo autor:

- Atención directa.
- Prevención, promoción e inserción laboral.
- Coordinación.

A pesar de que el enfoque psicosocial se recoge desde hace años en la conceptualización de la salud, aún prima el enfoque médico hegemónico⁷. Por esta razón, las y los profesionales

⁷ “Conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr

del trabajo social insisten, por un lado, en el reconocimiento en condiciones de igualdad en los equipos de salud mental, superando miradas biologicistas caducas y; por otro, en el abordaje comunitario. Importancia suprema tiene el respeto a la autodeterminación y la huida del paternalismo, pues éste suele ser frecuente en el ámbito de la salud mental (Aretio, 2010).

Se hace necesario el trabajo en red y la coordinación entre instituciones y colectivos, para lograr objetivos comunes en salud mental y favorecer la inclusión social. Además, Aretio (2010) resalta la importancia, dentro de la profesión, de la erradicación de estereotipos mediante el adecuado tratamiento de la información y a través de la implantación de programas que fomenten la información y doten de conocimiento sobre los trastornos de adaptación social tanto a profesionales como a la población en general.

“Otra consideración guarda relación con el empoderamiento, término de reciente acepción que recoge aspiraciones antiguas. Trabajar para que tanto las personas con enfermedad mental como sus familiares logren cada vez mayores cuotas de protagonismo en la escena pública y de decisión en el conjunto de su vida es otro objetivo irrenunciable. Fomentar que las asociaciones tengan cada vez mayor posibilidad de influencia en las políticas públicas. Estimular y capacitar a las personas con enfermedad mental a una defensa activa de sus derechos”. (Aretio, 2010, p. 297)

2.3 Concepto de estigma social

En su origen, el término griego “estigma” designaba cortes o quemaduras corporales que señalaban a sus poseedores como personas no deseables: esclavos, traidores o criminales (Goffman, 1986). Este autor define este concepto como un atributo personal, degradante y deshonoroso, que sitúa a la persona en un estatus inferior y que conlleva, para la misma, sentimientos de culpa y vergüenza.

El surgimiento del estigma se considera un fenómeno social dinámico, producto de las relaciones sociales. La socialización implica una categorización de las personas en base a atributos preestablecidos (rasgos externos que hemos interiorizados como propios de un determinado grupo) y, de esta forma, se construye lo que se denomina “identidad social virtual”. Esto permite orientarnos acerca del tipo de interacción a establecer y es, en este mismo proceso, donde la “identidad social virtual” se transforma en la “identidad social

identificarse como la única forma de atender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos, como por el Estado”. (Menéndez, 1988, p. 451)

real". El papel del estigma en este proceso resulta crucial, puesto que cuanto mayor sea éste, menos apetecible hace a la persona y, en ausencia de interacción, no se produce el paso de una identidad a otra. De hecho, en los casos más extremos, el estigma ocupa la identidad al completo (Goffman, 1986).

Así pues, según Corrigan (2002), el estigma social se puede definir como una reacción negativa hacia un conjunto de personas que poseen un rasgo o atributo concreto. Esta reacción negativa se produce a través del estereotipado de un atributo determinado, que conlleva el prejuicio (consecuencia emocional del estereotipo) hacia el grupo que lo porta y se traduce en discriminación (consecuencia conductual del prejuicio) (López et al., 2008).

Volviendo a Goffman (1986), existen diferentes tipos de estigma. En su clasificación incluye las perturbaciones mentales en la categoría de los defectos del carácter del individuo, pasiones tiránicas o antinaturales. Además, este autor hace una distinción importante entre la persona estigmatizada, cuya diferencia es observable por quienes él mismo denomina "los normales", y aquella cuya diferencia no se revela de forma inmediata, puesto que es sutilmente invisible. En el primer caso, habla de personas "desacreditadas" obligadas a manejar la tensión derivada de los contactos sociales; y en el segundo caso, se refiere a personas "desacreditables", éstas últimas manejan información acerca de su diferencia: "encubrimiento". Es éste encubrimiento el que genera tensiones en el colectivo que interesa a este trabajo

Sin embargo, Campo-Arias y Herazo (2015) proponen el uso del complejo constructo que agrupa los conceptos estigma-estereotipo-prejuicio-discriminación al considerarlos asociados e inseparables.

Desde la psicología social, se definen los estereotipos como constructos cognitivos compartidos que hacen referencia a características o rasgos de un grupo social (Allport, 1971). De modo que, siendo el estereotipo un conjunto de creencias no contrastadas, el prejuicio recoge la reacción emocional de distanciamiento social, y la discriminación abarca la conducta, más o menos negativa, en el trato hacia personas en virtud de su pertenencia al grupo estigmatizado. En esta línea, vemos que el estigma se evidencia en estereotipos, prejuicios y discriminación (Figura 2).



Figura 2. Dimensiones del estigma. Fuente: Muñoz et al., 2009, p.16

Resulta pertinente rescatar la Teoría de los Marcos Relacionales, la cual trata de explicar las asociaciones que establecemos entre la realidad y el lenguaje (Hayes, Strosahl, y Wilson, 2015). De modo que, propone la existencia de una red de procesos mentales a través de los cuales se relacionan diferentes informaciones o estímulos lingüísticos con construcciones sociales susceptibles de modificación. De forma que en el proceso de estigmatización las personas que padecen trastornos mentales son relacionadas con una serie de términos lingüísticos como “loco”, “perturbado” “trastornado” o “peligroso”, lo que produce conductas de evitación y discriminación hacia estas personas (Masuda et al., 2007; citados en Fernández, Cangas y Carmona, 2012).

Link y Phelan (2001) proponen una visión más extensa del fenómeno de estigmatización, consistente en una serie de procesos interconectados:

- La fabricación de las diferencias (color de piel, orientación sexual y discapacidad, entre otras) y el proceso de rotulamiento⁸.
- La asociación con ciertos estereotipos y prejuicios.
- La división social entre “nosotros” y “ellos”.
- La pérdida de estatus y discriminación de las personas estigmatizadas.
- La desigualdad de poder entre “nosotros” (estigmatizadores) y “ellos” (estigmatizados).

De tal forma que, “la estigmatización puede verse como un producto de varios procesos sociales secuenciales o simultáneos de rotulamiento, estereotipación, distanciamiento social, segregación y exclusión, degradación y discriminación” (Pedersen, 2009, p. 4).

⁸ Becker (1963) postula la Teoría del Rotulamiento, interpretación sociológica sobre los comportamientos desviados, entre ellos, las conductas atípicas de la enfermedad mental. A menudo, el rotulamiento conlleva el diagnóstico o “etiquetado” condenando al individuo a la exclusión social (Raybeck, 1991; citado en Pedersen, 2009).

Cabe preguntarse los motivos de la estigmatización de los trastornos de adaptación social. Atendiendo a un repaso de la bibliografía, encontramos dos respuestas complementarias entre sí. La primera, atiende a la construcción cultural del estigma, es decir, el conjunto de valores y creencias de una sociedad, la cual adjudica valores positivos a ciertas formas de comportamiento y valores negativos a los comportamientos antagónicos. La segunda, hace referencia al dominio de lo social; en toda sociedad se generan prácticas y estructuras sociales cuya función es el control de comportamientos desviados de la norma (Pedersen, 2009). Según este autor las instituciones contribuyen al surgimiento y perpetuación de la estigmatización e inducen a la exclusión social de la enfermedad.

En lo relativo al estigma, se hace necesario explicar la diferenciación entre los siguientes conceptos (Arnaiz, 2006):

- Estigma público: se refiere a la suma de estereotipos, prejuicio y discriminación en contexto de desigualdad de poder que da lugar, mediante el etiquetado, a reacciones de la población hacia un grupo que porta un determinado rasgo. De tal manera que se produce una diferenciación entre “ellos y “nosotros”.
- Auto-estigma: consiste en la internalización del propio estereotipo.

2.4 Estigma social y la enfermedad mental: presencia y consecuencias

Las personas con una patología mental se enfrentan a una doble problemática. Por un lado, a las dificultades propias de los trastornos de adaptación social y; por otro lado, a las consecuencias derivadas del estigma social, que suele conllevar la interiorización del mismo (Cazzaniga y Suso, 2005). Estas consecuencias, además de suponer una barrera para alcanzar el bienestar en todas las áreas de la vida de este sector poblacional y sus familias, influyen de forma negativa en el propio trastorno disminuyendo la calidad de vida e interfiriendo en la recuperación. En palabras de Pedersen (2009): “el estigma empeora la calidad de vida, afectando negativamente las oportunidades de educación e inserción laboral, interfiriendo con los esfuerzos de rehabilitación, perturbando la vida en familia, empobreciendo y debilitando la red social de soporte”. (p. 7)

En las sociedades occidentales, los estereotipos en relación a la salud mental tienen que ver con la peligrosidad y la violencia; además, existe la tendencia a responsabilizar a la persona

del propio padecimiento de la enfermedad o de no haberse recuperado mediante tratamiento. Además de culpabilizarlas, a las personas en riesgo psicosocial se las considera, de forma infundada y errónea, impredecibles, con un carácter débil, incapaces de realizar tareas básicas y sin autocontrol (Muñoz et al., 2009). Estos prejuicios pueden producir reacciones de miedo o desconfianza. De esta forma, las consecuencias de la estigmatización serán distintas conductas discriminatorias (Twenge, Catanese, y Baumeister, 2003; citados en Muñoz et al., 2009).

El estigma asociado a personas con enfermedad mental está estructurado en tres categorías: internalizado o autoestigma, social e institucional (Corrigan, 2004; citado en Sánchez, 2018).

El concepto **autoestigma** se vincula al hecho de que las personas con experiencia propia en salud mental no son ajenas a la sociedad en la que están inmersas y, al igual que el resto de la población, asumen los estereotipos en torno a la enfermedad mental. Esto, genera reacciones emocionales negativas, que provocan alteraciones en la percepción de sí mismas, considerándose personas menos válidas, con la correspondiente disminución del autoestima y aumento de la dependencia y desesperanza, traduciéndose en situaciones de aislamiento y exclusión social (Corrigan y Kleinlein, 2005; citados en Muñoz et al., 2009).

Otro efecto nocivo del autoestigma consiste en el obstáculo que éste ocasiona en la búsqueda de ayuda profesional. Por ello, no sorprende que sólo el 25% de las personas que padecen una enfermedad mental busque tratamiento psiquiátrico y/o psicológico. Según este autor, este porcentaje se incrementa hasta el 75% en el caso de personas que padecen patologías físicas y que se encuentran en tratamiento en Europa y Estados Unidos (Layard, 2013). Según Layard (2013), esta diferencia existente en relación a la asistencia sanitaria entre psicopatologías y enfermedades somáticas atiende a diferentes razones, entre las que destacan la insuficiencia de recursos destinados a los problemas en salud mental, la creencia popular de que las patologías mentales no tienen tratamientos exitosos y, por último, la más relevante para el proyecto que nos ocupa, el temor al estigma genera una barrera de acceso al sistema de salud y, por tanto, al tratamiento pertinente (Garicano, 2015).

El **estigma estructural** se encuentra inmerso en el seno de las políticas públicas, la legislación⁹ (Cazzaniga y Suso, 2005) y en otros ámbitos de la vida social, evidenciándose en

⁹ Para ampliar información, véase Cazzaniga y Suso (2005). Salud Mental e inclusión social. Situación actual y recomendaciones contra el estigma, pp. 64-66. Madrid.

actitudes discriminatorias que de forma más o menos explícita o intencionada, repercute en las personas estigmatizadas (Corrigan, Markowitz y Watson 2004; citados en López et al., 2008).

El **estigma social o público** se manifiesta en la cotidianidad de la vida, tanto en las relaciones interpersonales, como en los medios de comunicación, que de forma recurrente transmiten información errónea acerca de las enfermedades mentales. La percepción de la población en general, acerca de estas patologías, está influida por la transmisión de mensajes sesgados y estigmatizantes por parte de los medios de comunicación. Tras un análisis de diferentes medios audiovisuales y en formato papel, se identifican, fundamentalmente, tres falacias en relación a las conceptualizaciones (Arnaiz y Uriarte, 2006):

- Homicidas perturbados de los que hay que huir: esta unión entre enfermedad y violencia fomenta la exclusión social y el temor hacia estas personas.
- Rebeldes que no acatan normas: la consecuencia, en este caso, es la concepción de que son personas irresponsables, incapaces de tomar sus propias decisiones.
- Tienen percepciones infantiles de la realidad: esto fomenta el paternalismo y la idea de que son personas a las que hay que cuidar y proteger.

A modo de síntesis, la Tabla 1 agrupa los elementos clásicos del estigma público o social, relativo a la población en general; y del autoestigma.

Tabla 1. Componentes cognitivos, emocionales y conductuales relacionados con el «estigma público» y el «autoestigma» en personas con enfermedad mental

	ESTIGMA PÚBLICO	AUTO-ESTIGMA
<i>Esteriotipo</i>	Creencias negativas sobre un grupo (peligrosidad, incompetencia, falta de voluntad).	Creencias negativas sobre uno mismo (peligrosidad, incompetencia, falta de voluntad).
<i>Prejuicio</i>	Conformidad con las creencias y/o reacciones emocionales (miedo, cólera).	Conformidad con las creencias y/o reacciones emocionales (baja autoestima, desconfianza sobre la propia capacidad, vergüenza).
<i>Discriminación</i>	Comportamiento en respuesta al prejuicio (rechazo, negativa a emplear o alojar, negativa a ayudar).	Comportamiento en respuesta al prejuicio (falta de aprovechamiento de oportunidades de empleo y alojamiento, rechazo a buscar ayuda).

Fuente: Corrigan y Watson, 2002 y Rüşh, Angermeyer y Corrigan, 2005; citados en López et al., 2008, p. 49

“En cualquier caso, las consecuencias del proceso de estigmatización son amplias y diversas, afectando a la totalidad de las áreas de la persona con enfermedad mental y su entorno próximo” (Aretio, 2010, p. 293). Resulta especialmente llamativa la limitación de derechos en el ámbito social: limitaciones en el acceso a recursos, servicios públicos y participación en la comunidad, que se materializan en obstáculos en el acceso a la vivienda o al empleo, incluso, aunque no resulten tan evidentes, en servicios sanitarios y sociales (López et al., 2008).

Tras un repaso de la bibliografía estudiada, se pueden señalar diferentes ámbitos (véase Tabla 2) como el laboral, las relaciones personales, el sanitario, los medios de comunicación, entre otros, que se ven afectados fruto del estigma asociado a la enfermedad mental (Magallares, 2011).

Tabla 2. Discriminación a las personas con trastornos mentales

Contexto laboral	Relaciones personales	Contexto sanitario	Mass media
Falta de oportunidades de empleo	Culpabilización		
Actitud condescendiente por parte de los compañeros	Tema difícil para hablar sobre él	Pagar el tratamiento	Unión con violencia
Se sienten muy controlados y supervisados	Excesiva presión para que se recuperen	Entrar en el tratamiento	Representación negativa
No se les dan responsabilidades	Se les percibe como a una carga, como personas débiles y carentes de auto control		
Malos entendidos porque se atribuye todo a la enfermedad	No merecen compasión	Actitudes negativas del personal sanitario	Palabras estereotípicas para hablar de ellos
Comentarios negativos y sarcásticos por parte de los compañeros	Asociados a agresividad y a la violencia (miedo a ataques por su comportamiento impredecible)		

Fuente: Putman, 2008, citado y adaptado por Magallanes, 2011, p.10

En el contexto laboral, el simple etiquetado de una persona como enferma mental aumenta las posibilidades de percibir un salario menor que otra persona con el mismo trastorno, cuyo diagnóstico no se ha hecho público (Link, 1987; citado en Magallares, 2011). La falta de oportunidades de empleo está propiciada por la falta de información y sensibilización de las empresas, acerca de estas patologías. De hecho, el principal obstáculo que viven las personas con problemas de salud mental fruto del estigma es la imposibilidad del acceso al mundo laboral:

“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". (Cazzaniga y Suso, 2005, p.55)

Cabe destacar que la inserción laboral de las mujeres es aún más difícil, pues éstas se enfrentan a la suma de discriminaciones, por género y enfermedad mental, experimentando un "doble estigma" (Cazzaniga y Suso, 2005).

En cuanto a las relaciones interpersonales, la estigmatización interfiere en el ámbito social y familiar produciendo reacciones negativas entre amistades, familia u otros entornos cercanos (Putman, 2008; citado en Magallares, 2011). Es más, "en general las investigaciones realizadas al respecto encuentran que la gente normal no le gusta pasar tiempo con personas que tengan trastornos mentales" (Magallares, 2011, p. 11). No sorprenderá que las personas con patologías mentales experimenten ansiedad, inseguridad, falta de comprensión y miedo a que se produzcan faltas de respeto en espacios con personas que no tienen dichos desórdenes. De esta manera, los contactos sociales pueden reducirse a espacios seguros o protegidos¹⁰, ocasionando situaciones de sobreprotección, que no solo fomenta el aislamiento social, si no que funcionan como mantenedores del trato desigual (Aretio, 2010).

Según esta autora, en relación a la asignación de recursos para el tratamiento de las patologías en el sistema sanitario, la enfermedad mental se ve perjudicada. Esto ocurre porque incluso éste no está libre de discriminación, de modo que se tiene diferente consideración entre estas dolencias y el resto. Es más, los y las profesionales del ámbito de la salud mental no gozan del mismo estatus que el resto de sus compañeros y compañeras (Aretio, 2010).

Los medios de comunicación son responsables, en gran medida, de la perpetuación de las creencias distorsionadas acerca de estas patologías, fomentando el estigma (Muñoz, Pérez-Santos, Crespo, Guillén e Izquierdo, 2011). En una comparación entre patologías físicas y psiquiátricas, éstas últimas tienen cuatro veces más probabilidades de ser representadas de forma negativa (Lawrie, 2000; citado en Magallares, 2011). El tratamiento por parte de estos medios de episodios esporádicos de violencia provocados por individuos con problemas mentales, confirma las falsas creencias de personas violentas irracionales de las que hay que alejarse. Lejos de esta vinculación, "las personas con enfermedad mental suelen ser objetos

¹⁰ Espacios libres de discriminación, como por ejemplo: hospitales, grupos de ayuda mutua, familia, entre otros.

(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” (Cazzaniga, y Suso 2005, p.23).

De acuerdo con lo anterior, las posibilidades se reducen en cuanto a la integración y recuperación, generándose procesos de aislamiento, desesperanza, invisibilidad y silencio que merman el bienestar de este colectivo (Hinshaw y Stier, 2008; citados en Magallares, 2011). Además, incluso la compleja correlación entre estigma-discriminación asociada al trastorno mental puede explicar un número importante de suicidios (Campo-Arias y Herazo, 2015).

2.5 Estrategias para disminuir el estigma social asociado a la enfermedad mental

Para combatir el estigma se exige un abordaje múltiple basado en una doble premisa (Obertament, 2013):

- Transformar el imaginario colectivo que generan las falsas creencias en torno a las personas con problemáticas en salud mental.
- Promover el cambio de actitudes y comportamientos discriminatorios hacia estas personas.

De modo que, se describen tres ámbitos sobre los que incidir para reducir el estigma: conocimientos, emociones y comportamientos; la triada: cognición-emoción-conducta (Rüsch, Matthias, Angermeyer y Corrigan, 2006; citados en Arnaiz y Uriarte, 2006).

Para conseguir modificaciones en estas áreas, las estrategias de lucha contra el estigma social se clasifican en tres grupos: la Protesta, la Educación y el Contacto (Arnaiz y Uriarte, 2006):

- La Protesta se suele utilizar frente a mensajes o información pública estigmatizante y ha resultado ser un método útil frente a declaraciones o instituciones, que trasladan este tipo de contenido disminuyendo el estigma en la imagen pública respecto a la enfermedad mental. Sin embargo, a pesar de que esta acción puede suprimir estereotipos o prejuicios en las personas, ésta suele conllevar un efecto rebote, es decir la aparición de pensamientos estigmatizadores con más vehemencia, que

supone que sea descartable como mecanismo útil para aminorar el estigma a nivel individual.

- La Educación tiene la misión de reducir el estigma trasladando información real acerca de las patologías mentales y desmintiendo creencias erróneas. A través de programas, cursos, libros y recursos audiovisuales se constata la disminución de estereotipos tras formaciones a estudiantes, trabajadores/as, funcionarios/as de policías entre otros. Sobre el contenido se verifica la eficacia del enfoque psicosocial de la enfermedad frente al modelo estrictamente médico-biologicista
- El Contacto entre personas en riesgo psicosocial y el resto de la población resulta beneficioso en relación a disminuir estereotipos. La investigación ha demostrado que el contacto junto con la educación parece ser una estrategia clave.

Tal y como muestran diferentes grupos estigmatizados (como el colectivo formado por lesbianas, gays, bisexuales, transexuales e intersexuales, personas racializadas o personas que viven con el virus de la inmunodeficiencia humana) en su lucha por la consecución de la igualdad de derechos, el impacto es realmente eficaz cuando se cuenta con la implicación de las personas con experiencia propia (Whal, 1999; citado en Muñoz et al., 2009). Sin embargo, a lo largo de los años, en diferentes acciones o campañas de salud mental, el protagonismo ha estado ocupado por profesionales o familiares de personas enfermas (Obertament, 2013). Es en la actualidad cuando se ha verificado que el cambio positivo de actitudes y comportamientos se garantiza con la implicación en primera persona de los afectados y las afectadas, debido a que otorga legitimidad y credibilidad. Además, esta estrategia puede derivar en un “movimiento” que dé lugar a la creación de un entramado de grupos antiestigma, permitiendo la creación de un verdadero movimiento social (Obertament, 2013).

De modo que, la estrategia que parece resultar más eficaz es la Educación a través de dinámicas que fomenten la discusión y el debate, así como mediante la presentación de realidades vividas por personas con experiencia en primera persona en salud mental (Corrigan, 2002).

3. Contexto del centro donde se enmarca el proyecto

Contexto del centro o unidad donde se enmarca el trabajo	
Nombre:	Federación Extremeña de Asociaciones de Personas con Experiencia en Salud Mental y Familiares (FEAFES Salud Mental Extremadura).
Tipo de centro:	<p>Entidad de naturaleza asociativa y sin ánimo de lucro en calidad de interés general y en particular de las personas con enfermedad mental y de sus familias. La federación tiene personalidad jurídica propia independientemente de la que corresponde a las asociaciones que forman parte de la misma. En la actualidad, está compuesta por once asociaciones repartidas por toda la geografía extremeña.</p> <p>Desde su fundación en 1998, la Federación extremeña de Salud Mental ha vivido situaciones de crecimiento y decrecimiento, independientemente de la crisis económica de 2008 y la inestabilidad política y social. Estos procesos respondían a la definición de la propia identidad, sus principios y valores. De este modo, la organización viene generando estrategias de adaptación y supervivencia en una realidad cambiante y hostil, sin perder la misión de postularse como organización líder del movimiento social de salud mental en el territorio extremeño (Martín et al., 2017).</p>
Titularidad:	Privada
Año de fundación:	1998
Número de trabajadores/as:	Seis personas contratadas: auxiliares administrativos/as (2), técnicos/a en comunicación (1), administración (1), trabajador/a social (1) y coordinador/a técnica (1), aunque la cantidad de personal laboral fluctúa según el número de proyectos en ejecución cada anualidad y la financiación de los mismos.

Los miembros de los Órganos de Gobierno de la entidad no reciben remuneración alguna.

Situación geográfica:

El ámbito de actuación se extiende por todo el territorio extremeño, provincias de Cáceres y Badajoz.

Sede física ubicada en la C/ San José n.º 49b de la localidad de Almendralejo, situada en la provincia de Badajoz, comunidad autónoma de Extremadura, España.

Contexto socioeconómico:

Extremadura es una de las regiones menos pobladas de España. Se trata de una comunidad autónoma eminentemente rural, además, es característica la dispersión de municipios de pequeño tamaño por el amplio territorio geográfico. Estas particularidades complican el abordaje de los trastornos de adaptación social, así como la génesis de datos estadísticos acerca de personas en riesgo psicosocial, el acceso a recursos y el estudio realista de las necesidades y demandas del colectivo de personas que conviven con un problema de salud mental (FEAFES Extremadura, 2013).

La salud mental ha sido la asignatura pendiente dentro de los sistemas integrales de salud (Martín et al., 2017). El I Plan de Salud Mental para la comunidad autónoma de Extremadura data del año 1995, dando paso a un modelo comunitario de la salud mental. En 2007, en aras de suplir las carencias en esta área y desde un enfoque positivo, nace el Segundo Plan Integral de Salud Mental de Extremadura 2007-2012, afianzando el Modelo Comunitario que se iniciaba con el primer Plan y creando el Consejo Regional de Salud Mental de Extremadura.

El III Plan Integral de Salud Mental 2016-2020 de Extremadura, se enfoca en la mejora de la atención de las demandas “Haciendo Red” siguiendo el Modelo Comunitario.

A pesar de los avances, “en Extremadura, el 85% de las personas que tiene algún problema de salud mental no accede a un empleo aunque tenga oportunidad de trabajar” (Periódico Hoy, 2017), este dato está directamente relacionado con el estigma asociado a los trastornos de adaptación social.

Número de usuarios/as:

Representa en la actualidad a más de 4.000 familias (FEAFES Salud Mental Extremadura, 2019). En la anualidad 2019, se atendieron un total de 333 personas a través del Servicio regional de información y orientación en salud mental de la federación (FEAFES Salud Mental Extremadura, 2019).

Breve descripción de la actividad que realiza¹¹:

FEAFES Salud Mental Extremadura forma parte de la Confederación Salud Mental España que nace en 1983 con la misión de mejorar la calidad de vida de las personas con patología mental y su entorno, defender sus derechos y representar a dicho colectivo mediante el movimiento asociativo.

Desde esta organización se han venido desarrollando diferentes acciones y proyectos para la concienciación de la población en general sobre la enfermedad mental y las discriminaciones sociales, laborales, legales, y sanitarias que sufren las personas diagnosticadas producto de la suma de la propia enfermedad y del estigma asociado a la misma.

Como órgano de representación de las once asociaciones extremeñas de personas en riesgo psicosocial se esfuerza en la promoción de servicios alternativos a la hospitalización psiquiátrica y en la demanda de centros residenciales que aseguren las necesidades de aquellas personas sin recursos económicos o apoyo familiar. Así mismo, en defensa de los derechos de las personas con enfermedad mental, se exige a los poderes e instituciones públicas prestaciones sanitarias dignas en salud mental así como recursos que garanticen las necesidades pertinentes en situaciones de crisis.

Desde esta entidad se desarrolla un proyecto global para conseguir la igualdad de derechos y garantizar la igualdad de oportunidades para este colectivo y sus familias. Sus acciones se fundamentan en cuatro pilares principales (Figura 3):

- Modelo comunitario: a pesar de los esfuerzos en establecer una red de atención comunitaria global y eficaz, aún existen carencias de medidas y recursos integrales de apoyo.

¹¹ Información extraída y adaptada de la página oficial de FEAFES Extremadura <https://www.feafesextremadura.com/>.

- Respeto a los derechos: siguiendo las líneas que marcan la Convención de la Organización de las Naciones Unidas, en adelante ONU, sobre los Derechos de las personas con discapacidad.
- Empoderamiento y recuperación: fomentar procesos de participación en el propio proceso de recuperación así como acciones que fomenten el desarrollo de potencialidades que favorezcan la autonomía.
- Estigma: los estereotipos, prejuicios y las discriminaciones que sufren las personas con patología mental conllevan que este colectivo sea, dentro del ámbito de la discapacidad, uno de los grupos que mayor exclusión y menor inserción laboral presentan.

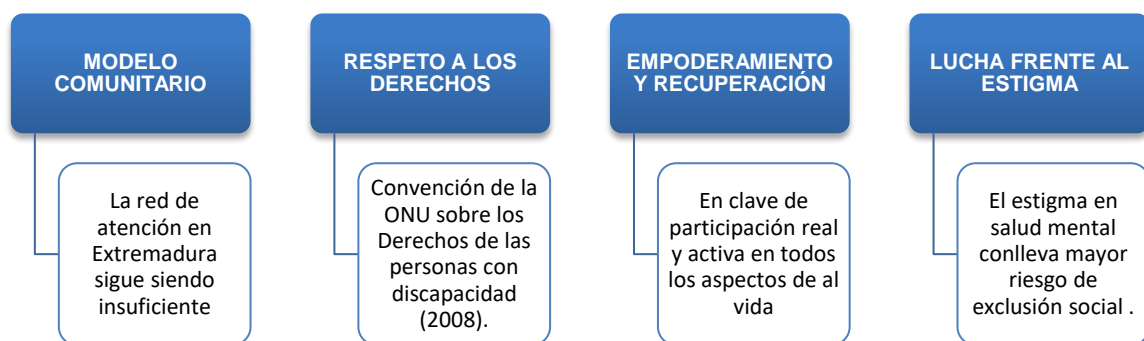


Figura 3. Pilares fundamentales de FEFES Extremadura. Fuente: elaboración propia, basada en FEFES Salud Mental Extremadura, 2019

Esta organización diseña y ejecuta acciones destinadas a la promoción y prevención de la salud mental. A lo largo de los años, se han consolidado las siguientes acciones:

- Servicio regional de información y orientación en salud mental. Da respuesta a demandas de información sobre recursos y prestaciones, además presta asesoramiento y orientación en el ámbito de la enfermedad mental.
- “Comité en Primera Persona”, CPP en adelante, es un órgano participativo integrado por personas con experiencia en primera persona en salud mental. Su función es la representación de dicho colectivo tanto en la asociación como en la sociedad. El CPP perteneciente a la Federación y está compuesto por personas con experiencia en salud mental.
- Observatorio de Salud Mental. Se trata de una herramienta de detección y

valoración de actos estigmatizantes.

- Jornadas deportivas regionales de salud mental. Desde hace trece años la entidad celebra las únicas jornadas deportivas extremeñas dedicadas y dirigidas a este colectivo, de forma que se han establecido como punto de encuentro para dar visibilidad a la salud mental.
- Conmemoración del Día Mundial de la Salud Mental durante el mes de octubre. El día 10 de este mes fue el elegido por la Federación Mundial de la Salud Mental para llamar la atención a la totalidad de actores y actrices de la sociedad sobre la importancia de la salud mental. De modo que, esta entidad dedica todo el mes de octubre a la realización de actividades informativas, participativas con un tinte reivindicativo.

Estas y otras acciones como las campañas de información y sensibilización, conforman un proyecto global de atención integral.

4. Marco legislativo

Legislación

Internacional

Asamblea General de las Naciones Unidas (1948). *Declaración Universal de los Derechos Humanos*. Asamblea General de las Naciones Unidas, París: Asamblea General de Naciones Unidas.

En su artículo 1 se afirma que “todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros”.

Asamblea General de las Naciones Unidas (1989). *Convención sobre los Derechos del Niño*. Asamblea General de las Naciones Unidas.

En su artículo 8 hace constar el compromiso de los Estados Partes en adoptar medidas efectivas de sensibilización y concientización respecto a la dignidad y los derechos de las

personas con discapacidad. Así mismo, acuerdan luchar frente a los estereotipos, prejuicios y discriminaciones que sufren las personas con discapacidad.

Declaración de Luxor sobre los Derechos Humanos para los Enfermos Mentales (1989). Egipto.

Se incide en la responsabilidad de las autoridades públicas en la atención a dicho colectivo, así como en la promoción y prevención de la salud mental. Además insiste en la igualdad de derechos respecto al resto de la población.

Resolución 46/119 de 17 de diciembre de 1991. *Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención en salud mental.* Asamblea General de la ONU.

Reconoce el derecho a la no discriminación social, laboral e institucional de las personas con enfermedad mental.

Comisión Europea, (2005). *Declaración Europea de Salud Mental.* Helsinki.

Entre sus prioridades destaca el rechazo colectivo a la estigmatización y discriminación para garantizar la dignidad y la protección de los derechos humanos de las personas con patología mental.

Organización Mundial de la Salud (2005). *Plan de Acción en Salud Mental para Europa: "fijar objetivos, crear soluciones"*. Europa.

Asamblea General de las Naciones Unidas (2006). *Convención de la ONU sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.* Nueva York, Asamblea General de las Naciones Unidas.

En su Preámbulo se declara que: "la discriminación contra cualquier persona por razón de su discapacidad constituye una vulneración de la dignidad y el valor inherentes del ser humano" (Asamblea General de las Naciones Unidas, 2006, p. 20648).

Asamblea General de las Naciones Unidas (2015). *Transformar nuestro mundo: La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (2015).* Asamblea General de las Naciones Unidas.

Destaca la necesidad de empoderar a las personas con discapacidad y la promoción de la

salud mental.

Nacional

Constitución Española (1978). Boletín Oficial del Estado, 311, 29 de diciembre de 1978.

En su artículo 43 incide en el compromiso de los poderes públicos por fomentar la educación sanitaria y en la responsabilidad de los mismos en la organización y tutela de la sanidad mediante medidas preventivas, prestaciones y servicios.

Ley 14/1986, de 25 de abril, *General de Sanidad*. Boletín Oficial del Estado, 102, de 29 de abril de 1986.

En su artículo 6 afirma que es responsabilidad de las Administraciones Públicas Sanitarias la promoción de la salud y prevención de patologías y no sólo al tratamiento de las mismas

En su artículo 20 incide sobre la necesidad de la prevención primaria en materia de salud mental, así como de la atención a los problemas psicosociales que concurren en personas diagnosticadas con un trastorno de adaptación social.

Por último el artículo 92 de la presente Ley recoge que la Administración Sanitaria propiciará la libre actividad y coordinación con asociaciones de pacientes, así como con entidades no lucrativas.

Ley 26/2011, de 1 de agosto, *de adaptación normativa a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Boletín Oficial del Estado, 184, de 2 de agosto de 2011.

Esta Ley ahonda en el modelo social de la discapacidad dando un decidido impulso reformador en el sentido de salvaguardar los derechos de tales personas; con el objetivo de favorecer la toma de decisiones en todos los aspectos de su vida, tanto personal como colectiva, avanzar hacia la autonomía personal desinstitucionalizada y garantizar la no discriminación en una sociedad plenamente inclusiva. (Martín et al., 2017, p.28)

Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, *para la mejora de la calidad educativa*. Boletín Oficial del Estado, 295, de 10 de diciembre de 2013.

Se modifica la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de *Educación* en la redacción del párrafo b) de su artículo 1:

“b) La equidad, que garantice la igualdad de oportunidades para el pleno desarrollo de la personalidad a través de la educación, la inclusión educativa, la igualdad de derechos y oportunidades que ayuden a superar cualquier discriminación y la accesibilidad universal a la educación, y que actúe como elemento compensador de las desigualdades personales, culturales, económicas y sociales, con especial atención a las que se deriven de cualquier tipo de discapacidad”. (Boletín Oficial del Estado, 2013, p. 11)

Autonómica

Ley 10/2001, de 28 de junio, *de Salud de Extremadura*. Boletín Oficial del Estado, 177, de 25 de julio de 2001.

Esta Ley recoge en su Capítulo III dentro de las actividades de las Administraciones Públicas la prevención y promoción de la salud mental.

DECRETO 92/2006, de 16 de mayo, *por el que se establece la organización y funcionamiento de la atención a la salud mental en la Comunidad Autónoma de Extremadura*. Diario Oficial de Extremadura, 61, de 25 de mayo de 2006.

En sus principios generales recoge la prevención y promoción de la salud mental.

DECRETO 228/2014, de 14 de octubre, *por el que se regula la respuesta educativa a la diversidad del alumnado en la Comunidad Autónoma de Extremadura*. Diario Oficial de Extremadura, 202, de 21 de octubre de 2014.

El artículo 45 versa sobre la misión que posee tanto la Administración Educativa como los centros educativos de garantizar los derechos recogidos en la Convención sobre los Derechos del Niño y en la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad adoptadas por las Naciones Unidas.

Local

Ley 7/1985, de 2 de abril, *Reguladora de las Bases del Régimen Local*. Diario Oficial de Extremadura, 80 de 3 de abril de 1985.

Establece el marco normativo por el que se regulan las competencias de las entidades locales.

5. Proyecto social

5.1 Denominación del proyecto

Deconstruyendo el estigma en salud mental. Propuesta de trabajo de sensibilización frente al estigma en salud mental, en el marco del Plan Estratégico 2019-2022 de la Confederación Salud Mental España, ejecutado por FEAFES Extremadura.

5.2. Naturaleza del proyecto

5.2.1 Descripción del proyecto

El presente proyecto pretende amplificar las actuaciones que se llevan a cabo desde la entidad FEAFES Salud Mental Extremadura en la prevención y promoción de la salud mental, así como en la lucha contra el estigma y la discriminación que sufren este tipo de pacientes, profesionales y sus familias. De modo que, con la misión de desterrar las imágenes negativas y distorsionadas que perduran en el inconsciente colectivo, pretende mejorar la calidad de vida y oportunidades de las personas con problemas de salud mental. En definitiva, se plantea un proyecto de sensibilización frente al estigma en la provincia de Badajoz.

En consonancia con las directrices del III Plan Integral de Salud Mental 2016-2020 de Extremadura, el I Plan Estratégico de FEAFES Salud Mental Extremadura “Personas, Presencia y Participación” 2017-2020, concretamente en la promoción de la salud mental y prevención de la exclusión (Observatorio de Salud Mental, Lozano y Valero, 2017) y dentro del marco del Plan Estratégico 2019-2022 de la Confederación Salud Mental España, el proyecto que nos ocupa seguirá tres líneas estratégicas (Confederación Salud Mental España):

- Participación y empoderamiento de personas con experiencia propia en salud mental.
- Acciones educativas mediante talleres de sensibilización destinados a población adolescente.
- Trabajo en red entre la federación y la comunidad educativa de los centros

adheridos al presente proyecto.

Las acciones de sensibilización tendrán lugar en institutos públicos de Educación Secundaria Obligatoria (ESO) de la provincia de Badajoz, Extremadura. Éstas se concretarán en talleres destinados a los cursos de Segundo Ciclo de ESO (alumnado con edades comprendidas entre los 14 y 16 años), impartidos por personal cualificado, que se detallarán más adelante. Además, dichas dinámicas contarán con el apoyo de testimonios en primera persona, es decir, personas que padecen o han padecido un trastorno de adaptación social.

Una labor importante dentro de este proyecto incluye al “Comité en Primera Persona”, ya que será de vital importancia el trabajo de empoderamiento y capacitación que se llevará a cabo con las personas integrantes de dicho comité. Éste, es un órgano participativo y estable en el tiempo, perteneciente a FEAFES Extremadura, que está integrado por personas con experiencia propia en salud mental cuya función es la representación de dicho colectivo, tanto en esta entidad como en la sociedad. Mediante una serie de talleres y reuniones se dotará de herramientas y recursos comunicativos y pedagógicos a dicho comité, para la conformación del “Equipo Antiestigma”. Este equipo, tendrá una función clave en los talleres de sensibilización mencionados anteriormente.

Por último, se plantea la creación de una “Red de centros educativos comprometidos con la Salud Mental”. Esta red tiene la misión de garantizar que los centros educativos públicos sean espacios seguros y diversos, así como fomentar la creación de lugares amables e igualitarios a través una serie de recomendaciones basadas en la experiencia y conocimientos acumulados a lo largo de los años que ha adquirido la organización que trabaja por la desestigmatización y el apoyo de personal técnico de la entidad para resolver dudas.

5.2.2 Fundamentación o justificación

“Deconstruyendo el estigma en salud mental” nace desde el silencio provocado, a menudo, por la vergüenza, incompreensión o miedo, que rodea a las personas con experiencia propia en salud mental, así como a sus familias y profesionales. Estas emociones están producidas por el estigma social que tiñe la cotidianidad de sus vidas.

Además, este proyecto surge con el propósito de combatir las voces y el imaginario colectivo que perpetúan estas creencias negativas en forma de retratos de personas violentas, agresivas o impredecibles.

Del mismo modo, esta propuesta se erige sobre la apuesta firme por la educación como herramienta de transformación de realidades. Cabe destacar la importancia del principio de justicia social, así como de los valores de autodeterminación, promoción del bienestar e igualdad, inherentes al trabajo social; la urgencia de abordar estos valores se hace aún más necesaria en el colectivo de personas estigmatizadas que han sido diagnosticadas con una psicopatología.

Las enfermedades mentales son habituales en todas las culturas y regiones del mundo, ocasionando gran sufrimiento para quienes las padecen y su entorno. El número de personas diagnosticadas en alguna etapa de su vida asciende a 450 millones en todo el planeta (OMS, 2014). Según el Ministerio de Sanidad y Consumo (2006), “los trastornos mentales, en conjunto, constituyen la causa más frecuente de carga de enfermedad en Europa, por delante de las enfermedades cardiovasculares y del cáncer” (p. 13).

A pesar de los avances en el acceso a los sistemas de salud mental y del abanico de opciones terapéuticas, la estigmatización produce un sufrimiento personal que parece superar al de la propia enfermedad, de forma que los prejuicios y la discriminación conforman los obstáculos primordiales en la recuperación de las personas con problemas psiquiátricos (Comisión de las Comunidades Europeas, 2005).

Mena (2010) afirma que la OMS, la Comisión Europea, el Parlamento Europeo y el Ministerio de Sanidad consideran las repercusiones derivadas del estigma en las personas con enfermedad mental el principal obstáculo en su recuperación (Moreno et al., 2018).

En el Marco Europeo, en 2005, los 52 estados miembros ratificaron la Declaración Europea de Salud Mental, reconociendo la necesidad de trabajar para erradicar el estigma, la discriminación y marginación asociada a las patologías mentales (Comisión Europea, 2005). Sin embargo, a diferencia de la mayoría de los países de Europa, en España no existe una legislación específica a nivel estatal para personas con psicopatías. De hecho, a pesar de que el marco legal vigente en España podría clasificarse como avanzado, garantista, no discriminatorio y desestigmatizador, existen resistencias y

reticencias en su aplicación (González, 2009).

La Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013, actualmente en curso, establece varias líneas estratégicas entre las que se encuentran la prevención de las enfermedades mentales y la erradicación del estigma social, interpelando a toda la comunidad (sanidad, servicios sociales, trabajo, educación, vivienda y justicia), insistiendo en la participación activa de personas con enfermedades mentales, familias y profesionales (Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad, 2011). Asimismo, dicho documento insta a la elaboración de iniciativas que doten a la población de información acerca de la salud mental, para erradicar la vinculación entre los padecimientos psíquicos y los comportamientos violentos o delictivos. En esta línea, recomienda intervenciones dirigidas a profesionales socio-sanitarios, asociaciones de personas con trastornos mentales y familiares, profesionales de la educación y estudiantes, entre otros.

Según los resultados del estudio European Study of the Epidemiology of Mental Disorders-Spain, realizado en 2015, sobre la prevalencia de los trastornos mentales, el 20% de los participantes (muestra formada por 5.473 personas españolas mayores de 18 años) había padecido una patología mental en alguna etapa de su vida, es decir, una de cada cinco personas había sido diagnosticada con algún trastorno psiquiátrico (Haro et al., 2005). Puesto que las acciones de sensibilización de este proyecto están dirigidas a población adolescente, con edades comprendidas entre los catorce y los dieciséis años, se hace necesario destacar los siguientes datos estadísticos, recopilados de distintas fuentes:

- Una de cada seis personas con enfermedad mental tiene una edad comprendida entre los 10 y los 19 años (OMS, 2019).
- El 50% de las enfermedades mentales debutan a partir de los catorce años existiendo una carencia importante en relación a su detección y tratamiento (Kessler et al., 2007; citados en OMS, 2019).
- La tercera causa de muerte en adolescentes es el suicidio, y uno de los factores de riesgo en las conductas autolíticas es la estigmatización de la búsqueda de ayuda (OMS, 2019). Hecho especialmente preocupante dado que “diferentes estudios parecen indicar que las actitudes estigmatizantes hacia personas con experiencia propia en salud mental y sus familias han aumentado en los últimos tiempos, bajo

la creencia de que estas personas son agresivas y atemorizantes” (Arnaiz y Uriarte, 2006).

La adolescencia es una etapa crucial con unas características concretas. Esta circunstancia permite afirmar que se debe invertir en la promoción de la salud mental, no sólo para los adolescentes de hoy, sino también para prevenir las psicopatías en los adultos del mañana y las futuras generaciones. Así, tanto la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, como su Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente implican la posibilidad de estimular las acciones a favor de la salud mental en adolescentes y jóvenes (OMS, 2017).

Según la OMS (2019):

“Los adolescentes con problemas de salud mental son particularmente vulnerables a la exclusión social, la discriminación, la estigmatización (que afecta a la disposición para buscar ayuda), las dificultades educativas, los comportamientos de riesgo, la mala salud física y las violaciones de los derechos humanos”.

Las creencias negativas acerca de la enfermedad mental, que se materializan en actitudes estigmatizantes y conductas discriminatorias, son observables en la adolescencia e incluso en la infancia. Es más, los problemas de salud mental en la población adolescente están directamente relacionados con procesos de rechazo por el grupo de iguales (Hennessy y Heary, 2009; citados en Bono del Trigo, Toro, Ruiz y Carrasco, 2012).

Entre los objetivos del III Plan Integral de Salud Mental de Extremadura 2016-2020, destacan el impulso en la mejora de la imagen, la erradicación del estigma y la discriminación que pueda estar asociada a las personas con patología mental y sus familias, así como la optimización de la prevención de los problemas de salud mental condensándose en la “acción 49.4: Fomento de Programas de Prevención y Educación para la Salud en los Centros de enseñanza dirigidos a la comunidad educativa, utilizando las estructuras de coordinación creadas en Educación para la Salud entre la administración educativa y sanitaria” (Martín et al., 2017, p. 122).

Tal y como recoge el artículo 45 del Decreto 228/2014, del 14 de octubre, por el que se regula la respuesta educativa a la diversidad del alumnado en la Comunidad Autónoma de Extremadura, la Consejería de Educación y Empleo impulsará la coordinación con asociaciones sin ánimo de lucro con el fin de aunar esfuerzos para garantizar la inclusión

educativa y la igualdad de oportunidades (Diario Oficial de Extremadura, 2014).

Dentro de este marco estratégico y normativo se construye el presente proyecto, con la intención de iniciar un trabajo conjunto entre la comunidad educativa y FEAFES Extremadura, todo ello con la misión compartida de disminuir el estigma en salud mental.

“El ámbito educativo, es especialmente relevante en lo que al abordaje de las creencias negativas acerca de la enfermedad mental. La sintomatología de estas patologías suele debutar en la adolescencia y juventud. El simple hecho de ser diferente conlleva situaciones de rechazo social, burla y acoso en los centros educativos”. (Cazzaniga, y Suso, 2005, p.97).

Aunque existe alguna iniciativa puntual¹² en el territorio extremeño, se hace necesaria la coordinación, diseño y ejecución de un proyecto piloto que marque las líneas y la logística, tomando como fortaleza el potencial de la adolescencia, y la educación como motor de cambio, sin debe perder de vista la participación y el empoderamiento de las personas con experiencia en primera persona en salud mental.

De modo que, esta propuesta se presenta como el precedente de una acción coordinada con las asociaciones pertenecientes a la federación extremeña, que se presume expandible con el tiempo a las distintas localidades de Extremadura y que establece su punto de partida en la provincia de Badajoz.

Se plantea así un proyecto piloto con la pretensión preferente de reducir el estigma, promover la salud mental y, al mismo tiempo, potenciar la participación de personas con experiencia propia en este ámbito.

Para ello, se proponen tres líneas de acción que conforman una estrategia sólida de transformación de la realidad. Se hace preciso señalar cada una, en aras de fundamentar la elección, la función y la eficacia conjunta:

1. Línea de trabajo con personas con experiencia propia en salud mental

Las personas con experiencia en salud mental cuentan con la peculiaridad de que son conocedoras en primera persona de las consecuencias del estigma. Por tanto:

“Una de las mejores maneras de combatirlo es conociendo de primera mano a las personas que han tenido o tienen estos problemas, escuchando sus voces y sus experiencias. Es así como se convierte el 'los otros' en 'nosotros', ya que son más las cosas que tenemos en

¹² Talleres de promoción de salud mental para adolescentes, organizados por la Universidad Popular Hernández Pacheco en 2005, impartidos en el instituto Santa Lucía del Trampal de la localidad de Alcuéscar, de la provincia de Cáceres, Extremadura (El Periódico Extremadura, 2005).

común que las que nos separan, y no sólo porque una de cada cuatro personas pueda llegar a desarrollar un problema de salud mental a lo largo de su vida, sino porque todos, como ciudadanos, tenemos los mismos derechos y obligaciones”. (Salud Mental España, 2016, p. 242)

El empoderamiento y la visibilidad es clave en la lucha contra el estigma. Se ha seleccionado este grupo de personas ya constituido, integrado por un número variable de 10 a 15 personas adultas, pertenecientes al Comité en Primera Persona (CPP), por las habilidades sociales y el liderazgo demostrado dentro de la entidad que trabaja por los derechos de las personas con patologías mentales, pues la función del Comité es la representación del colectivo, tanto en el seno como fuera de la organización.

Se propondrá al CPP ser parte activa de este proyecto, involucrándose en la sensibilización de la población adolescente a través de sus testimonios, así como formando parte del equipo ejecutor. De modo que la presente propuesta, no solo tendría beneficios para la adolescencia y comunidad educativa, a través de las líneas que se abordan a continuación, “sino que además favorecería que las personas con enfermedad mental se impliquen en su proceso de rehabilitación, en la recuperación de su identidad personal y social, y en el sentimiento de mejora de competencias, favoreciendo así su inclusión social” (Moreno et al., 2018, p. 201).

2. Línea de trabajo con el alumnado de Segundo Ciclo de ESO

En esta línea de trabajo se plantea una labor educativa mediante una serie de talleres de sensibilización dirigidos a población adolescente. La adolescencia es un periodo de reflexión y de adquisición de valores, una etapa de la vida donde se producen multitud de cambios. Además, los y las adolescentes con problemas de salud mental son un colectivo especialmente vulnerable a la discriminación y estigmatización, que afecta de forma negativa a la disposición de solicitar ayuda (OMS, 2019).

Con la intención de asegurar la eficacia de esta actividad y de utilizar la metodología adecuada, se han revisado los resultados de experiencias similares.

Lo hablamos, cuyo pilotaje se realizó en 2009, se trata de un proyecto de sensibilización sobre la salud mental en las aulas, integrado en el II Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2008-2012. Esta propuesta consiste en la impartición de talleres de dos horas y media de duración, destinados a población adolescente de tercer y cuarto curso de

Institutos públicos de Educación Secundaria (IES) de Andalucía. Gracias al *Informe de Evaluación de la Intervención Lo Hablamos*, los resultados arrojan que la mayor parte del alumnado participante (muestra formada por 185 estudiantes, de los cuales 94 son hombres y 91 son mujeres, con edades comprendidas entre los catorce y los dieciséis años) ha incrementado sus conocimientos acerca de las psicopatologías, eliminando estereotipos y falsas creencias en torno a la salud mental, desterrando falsos mitos como “las personas que padecen enfermedades mentales no pueden mejorar” o “las enfermedades mentales provocan en quienes las padecen comportamientos agresivos”, así como ha menguado la tendencia a mostrar conductas discriminatorias. Por tanto, se puede afirmar que estos talleres, de dos horas y media de duración, ayudan al inicio de la reflexión y debate en torno a la salud mental, así como a la eliminación de mitos y, de este modo, promueven la ruptura de barreras en torno al silencio y los tabúes que rodean a la patología mental. Los y las participantes han destacado de forma positiva el uso de una metodología dinámica y participativa en los talleres (Bono del Trigo et al., 2012).

También cabe destacar el estudio de *Comparación del efecto de un programa basado en la Terapia de Aceptación y Compromiso y otro basado en Psicoeducación sobre el estigma asociado a los trastornos mentales* (Fernández et al., 2012), realizado sobre una muestra integrada por 73 participantes: 38 varones y 35 mujeres, procedentes de dos institutos de la provincia de Almería, con edades comprendidas entre los 15 y 17 años. Dicho estudio recomienda el debate y la discusión enfatizando en la idea de que el estigma es una construcción relacionada con el lenguaje, que despoja de humanidad a ciertas personas pertenecientes a un determinado colectivo, tal y como propone la Teoría de los Marcos Relacionales (Hayes, Nicolls, Masuda y Rye, 2002; citados en Fernández et al., 2012). Además, este estudio insiste en la importancia de demostrar al alumnado la dificultad y el efecto paradójico que se produce al tratar de suprimir un pensamiento, a través de ejercicios similares al del pastel de chocolate:

“Imagina que ahora te digo que no quiero que pienses en una cosa. De hecho, te lo voy a decir enseguida. Y cuando te lo diga, no pienses en ello un solo segundo. Aquí viene. Recuerda, no pienses en esto: no pienses en... ¡Un pastel de chocolate calentito! Ya sabes cómo huele, recién salido del horno... ¡No pienses en eso! ¡El sabor del glaseado de chocolate cuando das el primer mordisco... ¡No pienses en eso! Cómo el trozo calentito y húmedo se desmigaja y algunas migas caen en el plato... ¡No pienses eso! Es muy importante: ¡No pienses en nada de eso!”. (Hayes, Strosahl y Wilson, 2015)

Con esta dinámica, la mayor parte de los y las participantes pensarán en el pastel de chocolate de manera que permitirá a la persona que imparte el taller reflexionar acerca de que quizá ocurre algo similar con el estigma asociado a las psicopatologías. Este estudio, además, destaca la importancia de huir de los enfoques biomédicos para transmitir conocimientos acerca de la salud mental y las enfermedades mentales, e insiste en trasladar historias vitales en forma de testimonios en primera persona.

Esta serie de recomendaciones influenciarán la metodología de los talleres de sensibilización, pues como afirma Delgado (2015), el aumento de la sensibilización hacia las personas con trastorno mental se debe a la utilización de medidas predominantemente informativas, siendo necesario, la discusión para el integrar conocimiento.

El trabajo con el alumnado se estructurará en dos sesiones de cincuenta minutos de duración cada una, puesto que resulta positivo el refuerzo de los conocimientos adquiridos en las acciones de sensibilización para asentar los conocimientos (Delgado, 2015).

La segunda sesión de sensibilización representa un punto clave en el presente proyecto, puesto que en ésta se produce la confluencia entre la línea de trabajo con personas con experiencia propia en salud mental y la línea de trabajo con el alumnado de Segundo Ciclo de ESO. De esta manera, las personas que integran el CPP apoyarán esta segunda acción dirigida al alumnado mediante sus testimonios en primera persona. De forma que, a través de estos talleres, además de fomentar el cambio de actitudes prejuiciosas hacia personas que padecen un trastorno o enfermedad mental, se favorecería la participación de personas con experiencia propia en salud mental. (Delgado, 2015).

3. Línea de trabajo con la comunidad educativa

A la luz de los resultados de distintos estudios, se recomienda trabajar con el alumnado de forma transversal e introducir en el curriculum, de forma dosificada, actividades en diferentes cursos para conseguir la modificación de actitudes prejuiciosas (Bono del Trigo et al., 2012). De modo que, se propone la creación de una Red de Centros Educativos de Extremadura que apuesten por la erradicación del estigma en salud mental, así como por la salud psicosocial; haciendo de los centros que se incorporen a la

red espacios diversos que fomenten la creación de lugares amables e igualitarios.

5.2.3 Objetivos

a. Objetivo principal:

- Modificar las creencias erróneas sobre la enfermedad mental y las personas que la padecen.

b. Objetivos específicos:

- Impulsar procesos de empoderamiento y participación de personas con patología mental.
- Fomentar la reflexión sobre actitudes y percepciones erróneas sobre la enfermedad mental para generar una sociedad basada en la convivencia y el respeto.
- Favorecer el compromiso de los centros educativos extremeños con la salud mental y con la reducción del estigma social.

5.2.4 Localización física y cobertura espacial

La implantación del presente proyecto en la globalidad del territorio extremeño, se hará de forma gradual, dependiendo del éxito de esta primera edición y de las posteriores. De forma que, a pesar de la intención de expandir la iniciativa que nos ocupa y contar con las distintas asociaciones extremeñas que forman parte de FEAFES Salud Mental Extremadura, la entidad ejecutora de este proyecto piloto será la propia federación.

La sede de dicha entidad, se encuentra ubicada en la calle San José nº 49b, de la localidad de Almendralejo (Figura 4), de la provincia de Badajoz, en la comunidad autónoma de Extremadura. Almendralejo cuenta con una población integrada por 33.474 habitantes en la anualidad de 2019 (Instituto Nacional de Estadística, 2020).



Figura 4. Mapa de la ubicación de la localidad de Almendralejo en España. Fuente: Calcmaps, 2015

Dicha sede, cuenta con una sala acondicionada tanto para las reuniones de coordinación, como para las sesiones y reuniones con el CPP, con capacidad para veinte personas.

Hemos visto que gran parte de la acción se llevará a cabo en centros educativos públicos, concretamente en tres Institutos de Enseñanza Secundaria (IES) de la provincia de Badajoz, que no se encuentren a más de 30 kilómetros de Almendralejo¹³, estableciendo así el radio máximo de acción (Figura 5).

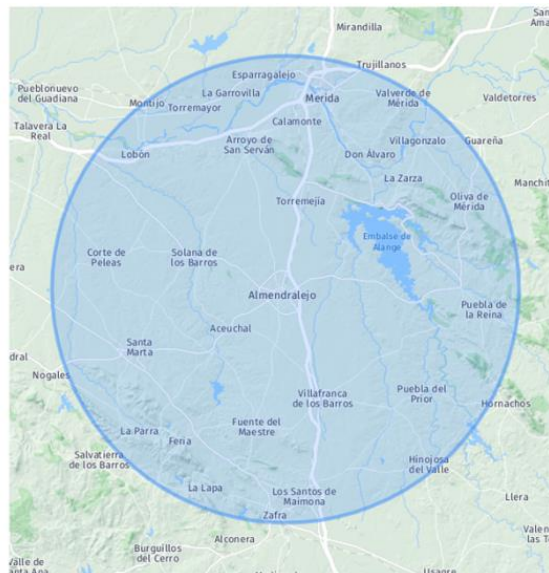


Figura 5. Radio de 30km desde la localidad de Almendralejo. Fuente: Calcmaps, 2015

¹³ Localidad en la que se encuentra ubicada la sede de la entidad ejecutora del proyecto: FEAFFES Salud mental Extremadura.

5.2.5 Beneficiarios

a. Beneficiarios directos:

- Seiscientos adolescentes, de los cuales trescientos son hombres y trescientas son mujeres, con edades comprendidas entre los catorce y dieciséis años, cursando Segundo Ciclo de ESO en los IES seleccionados de la provincia de Badajoz. Este sector poblacional participará en los talleres de sensibilización que se proponen en el presente proyecto.
- Diez personas, cinco mujeres y cinco hombres, con experiencia propia en salud mental, pertenecientes al CPP.

b. Beneficiarios indirectos:

- Alumnado y equipo de docente de los centros educativos que se adhieran a la “Red de centros educativos comprometidos con la salud mental”. Y por tanto se comprometan a seguir las recomendaciones propuestas por FEAFES Extremadura para combatir el estigma en salud mental.

5.3 Metas productos y actuaciones			
Objetivo general	Modificar las creencias erróneas sobre la enfermedad mental y las personas que la padecen, objetivo que tienen un papel fundamental en la erradicación del estigma.		
Objetivos específicos	Metas	Productos	Actuaciones
OE1. Impulsar procesos de empoderamiento y participación de personas con patología mental.	<p>Meta 1</p> <p>Que los miembros del CPP adquieran habilidades y recursos para transmitir sus realidades en salud mental asistiendo a los “Talleres Equipo Antiestigma”.</p> <p>Meta 2</p> <p>Que los miembros del CPP integren el Equipo Antiestigma, participando en el diseño de talleres de sensibilización y en la impartición de los “Talleres de refuerzo de la sensibilización” en los IES correspondientes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Diez personas con experiencia propia en salud mental asisten a los “Talleres Equipo Antiestigma”. - Entre cinco y diez personas con experiencia propia en salud mental forman parte del grupo de WhatsApp Equipo Antiestigma. - Talleres de sensibilización destinados a alumnado de Segundo Ciclo de ESO diseñados, con la participación del CPP: <ul style="list-style-type: none"> o “Talleres de sensibilización frente al estigma en salud mental Sesión 1” 	<p>Meta 1</p> <p>A1. El/la trabajador/a social A¹⁴ convoca una reunión con el equipo técnico de FEFES Extremadura¹⁵ para exponer el proyecto y asignar las tareas.</p> <p>A2. El/la trabajador social B prepara, mediante el diseño de presentaciones PowerPoint y dinámicas participativas, tres talleres dirigidos al CPP:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Taller 1 (duración 60 minutos). Presentación del proyecto.

¹⁴ En la ejecución del proyecto trabajan dos profesionales del Trabajo Social, por tanto, se establece su diferenciación mediante las letras “A” y “B”. Siendo el/la trabajador/a social A el/la coordinador/a del proyecto.

¹⁵ FEFES Extremadura es la entidad ejecutora del proyecto, de modo que aporta el personal integrante del equipo técnico para el correcto desarrollo, coordinación y supervisión del mismo.

		<ul style="list-style-type: none"> ○ “Talleres de refuerzo de la sensibilización Sesión 2” 	<ul style="list-style-type: none"> - Taller 2 (duración 60 minutos). Habilidades de comunicación. - Taller 3 (duración 60 minutos). Comunicación eficaz a través de mi historia. <p>Estos talleres recibirán el nombre de “Talleres Equipo Antiestigma”.</p> <p>A3. Se llevan a cabo los “Talleres Equipo Antiestigma”. Las personas asistentes a estas sesiones se encontrarán capacitadas para formar parte del Equipo Antiestigma.</p> <p>Meta 2</p> <p>A1. Creación del grupo de WhatsApp Equipo Antiestigma, integrado por los miembros del CPP capacitados y por el equipo técnico.</p> <p>A2. El/la trabajador/a social B convoca a través del grupo de WhatsApp una reunión para diseñar los talleres de sensibilización destinados a alumnado de Segundo</p>
--	--	---	---

			<p>Ciclo de ESO</p> <p>A3. Se realiza la reunión (60 minutos de duración) y se establecen mediante una lluvia de ideas los distintos recursos a utilizar en los talleres.</p> <p>A4. El equipo técnico elabora el diseño de dos talleres de sensibilización estableciendo el guión, diseñando las presentaciones PowerPoint de apoyo y preparando las dinámicas que promuevan la participación de los adolescentes.</p>
<p>OE2. Fomentar la reflexión sobre actitudes y percepciones erróneas sobre la enfermedad mental para generar una sociedad basada en la convivencia y el respeto.</p>	<p>Meta 1</p> <p>Que el alumnado de tercero y cuarto de ESO de los IES seleccionados adquiera conocimientos sobre la salud mental mediante dinámicas participativas fomentando el debate y la reflexión.</p> <p>Meta 2</p> <p>Que el alumnado de tercero y cuarto de ESO de los IES seleccionados conozcan</p>	<p>600 estudiantes de tercero y cuarto de ESO sensibilizados en relación al estigma social asociado a la enfermedad mental y con conocimientos sobre salud mental.</p>	<p>Meta 1</p> <p>A1. El/la trabajador/a social A (responsable del proyecto) convoca una reunión de coordinación (presencial o por videoconferencia) del equipo técnico para la asignación de tareas y supervisión del proyecto.</p> <p>A2. Selección de los IES en los que se impartirán los talleres: presentación</p>

	<p>las realidades de las personas con experiencia propia en salud mental y el impacto del estigma en primera persona.</p>		<p>del proyecto a los departamentos de orientación de diferentes IES a través de correo electrónico, priorizando los de la localidad de Almendralejo, proponiendo dos talleres de sensibilización de 50 minutos separados en el tiempo a los cursos de tercero y cuarto de ESO.</p> <p>A3. Programación y calendarización de los “Talleres de sensibilización frente al estigma en salud mental Sesión 1” en coordinación con los departamentos de orientación.</p> <p>A4. Se llevan a cabo los “Talleres de sensibilización frente al estigma en salud mental Sesión 1”. Impartidos por una persona del equipo técnico</p> <p>Meta 2</p> <p>A1. Programación y calendarización de los “Talleres de refuerzo de la sensibilización Sesión 2” en coordinación con los centros educativos.</p>
--	---	--	--

			<p>A2. A través del grupo a de WhatsApp del Equipo Antiestigma se asignan dos personas del CPP por taller que acudirán junto con una persona del equipo técnico a impartir los “Talleres de refuerzo de la sensibilización Sesión 2”.</p> <p>A3. Se llevan a cabo “Talleres de refuerzo de la sensibilización Sesión 2”. Impartidos por una persona del equipo técnico junto con una o dos personas integrantes del Equipo Antiestigma.</p>
<p>O3. Favorecer el compromiso de los centros educativos extremeños con la salud mental y con la reducción del estigma social.</p>	<p>Meta 1</p> <p>Que tres centros educativos se hayan comprometido con la promoción de la salud mental y con la disminución del estigma visibilizando las diferentes realidades que viven las personas que tienen o han tenido experiencia propia en salud mental.</p>	<p>Documento de compromiso con las recomendaciones y pautas para desestigmatizar la salud mental en los centros educativos.</p> <p>Distintivo a modo de insignia (placa de metacrilato) para los centros educativos que se adhieran a la “Red de centros educativos comprometidos con la salud mental”.</p> <p>Creación de una red de centros</p>	<p>Meta 1</p> <p>A1. El/la trabajador/a social A (responsable del proyecto) convoca una reunión de coordinación (presencial o por videoconferencia) del equipo técnico para la asignación de tareas y supervisión del proyecto.</p> <p>A2. Elaboración de un documento con una serie de recomendaciones y pautas para desestigmatizar la salud mental en</p>

		<p>educativos de Extremadura que apuesten por la erradicación del estigma en salud mental haciendo de sus centros espacios diversos y fomentando la creación de lugares amables e igualitarios, cuya denominación será “Red de centros educativos comprometidos con la salud mental”. Incorporación de al menos tres centros.</p>	<p>los centros educativos.</p> <p>A3. Encargar el diseño de una imagen (véase Anexo III) para la difusión a través de redes sociales de la “Red de centros educativos comprometidos con la salud mental” y solicitar placas de metacrilato.</p> <p>A4. Difusión de la “Red de centros educativos comprometidos con la salud mental” a través de las redes sociales de FEAFFES Salud Mental Extremadura.</p> <p>A5. Entrega de placa distintiva de la “Red de centros educativos comprometidos con la salud mental” a los centros que se adhieran a la misma, tras la firma del documento de compromiso.</p>
--	--	---	---

5.4 Determinación de los recursos necesarios

Recursos Actividad	Humanos	Materiales	Técnicos	Económicos
Meta 1. OE1 A1. El/la trabajador/a social A (responsable del proyecto) convoca una reunión con el equipo técnico para exponer el proyecto y asignar las tareas.	<ul style="list-style-type: none"> - Trabajador/a social A (coordinador/a) 	<ul style="list-style-type: none"> - Sala de reunión, ordenador y proyector. 	<ul style="list-style-type: none"> - Reunión presencial 	Recursos humanos ¹⁶ : 15.818,54€. Recursos materiales: cedidos por la entidad ejecutora del proyecto. Recursos técnicos: 0€
Meta 1. OE1 A2. El/la trabajador/a social B prepara, mediante el diseño de presentaciones PowerPoint y dinámicas participativas, tres talleres dirigidos al CPP: <ul style="list-style-type: none"> - Taller 1 (duración 60 	<ul style="list-style-type: none"> - Trabajador/a social B - CPP 	<ul style="list-style-type: none"> - Despacho dotado de mesa, silla y ordenador. - Conexión a internet. 	<ul style="list-style-type: none"> - Metodología dinámica y participativa. 	Recursos humanos: 15.818,54€. Recursos materiales: cedidos por la entidad ejecutora del proyecto. Recursos técnicos: 0€

¹⁶ Se ha decidido indicar la cuantía total de recursos humanos necesarios para el desarrollo del proyecto, no obstante, se puede observar el presupuesto de forma desglosada en la Tabla 3.

<p>minutos). Presentación del proyecto.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Taller 2 (duración 60 minutos). Habilidades de comunicación. - Taller 3 (duración 60 minutos). Comunicación eficaz a través de mi historia. <p>Estos talleres recibirán el nombre de "Talleres Equipo Antiestigma".</p>				
<p>Meta 1. OE1</p> <p>A3. Se llevan a cabo los "Talleres Equipo Antiestigma". Las personas asistentes a estas sesiones se encontrarán capacitadas para formar parte del Equipo Antiestigma.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Trabajador/a social B - CPP 	<ul style="list-style-type: none"> - Sala dotada de mobiliario (sillas, mesas, pizarra, etc.) para impartir talleres. - Ordenador, proyector y altavoces para la presentación de contenidos. - Folios, bolígrafos, carpetas etc. 	<ul style="list-style-type: none"> - Metodología a través de dinámicas participativas. 	<p>Recursos humanos: 15.818,54€.</p> <p>Recursos materiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fungibles: 21.40€ No fungibles: cedidos por la entidad ejecutora del proyecto. - Recursos técnicos: 0€
<p>Meta 2. OE1</p> <p>A1. Creación del grupo de WhatsApp del Equipo</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Trabajador/a social B 	<ul style="list-style-type: none"> - Teléfono móvil 	<ul style="list-style-type: none"> - Conformación del grupo vía WhatsApp a través del cual se gestionarán las 	<p>Recursos humanos: 15.818,54€.</p> <p>Recursos materiales: cedidos</p>

Antiestigma, integrado por los miembros del CPP capacitados y por el equipo técnico.			acciones de sensibilización.	por la entidad ejecutora del proyecto. Recursos técnicos: 0€
Meta 2. OE1 A2. El/la trabajador/a social B convoca a través del grupo de WhatsApp una reunión para diseñar los talleres de sensibilización destinados a alumnado de Segundo Ciclo de ESO	- Trabajador/a social B	- Teléfono móvil	- Se elabora cartel digital indicando lugar y hora.	Recursos humanos: 15.818,54€. Recursos materiales: cedidos por la entidad ejecutora del proyecto. Recursos técnicos: 0€
Meta 2. OE1 A3. Se realiza la reunión (60 minutos de duración) y se establecen, mediante una lluvia de ideas, los distintos recursos a utilizar en los talleres.	- Trabajador/a social B - Integrador/a social - CPP	- Sala dotada de mobiliario (sillas, mesas, pizarra, etc.) para impartir talleres. - Ordenador, proyector y altavoces para la presentación de contenidos. - Material fungible: folios, bolígrafos, carpetas.	- Metodología brainstorming/ lluvia de ideas	Recursos humanos: 15.818,54€. Recursos materiales: cedidos por la entidad ejecutora del proyecto. Recursos técnicos: 0€
Meta2. OE1	- Trabajador/a social B	- Despacho dotado de	- Metodología a través de	Recursos humanos:

<p>A4. El equipo técnico elabora dos talleres de sensibilización estableciendo el guión, diseñando las presentaciones PowerPoint de apoyo y preparando las dinámicas que promuevan la participación de los adolescentes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Integrador/a social 	<ul style="list-style-type: none"> mesa, silla y ordenador. - Conexión a internet. 	<p>dinámicas participativas.</p>	<p>15.818,54€.</p> <p>Recursos materiales: cedidos por la entidad ejecutora del proyecto.</p> <p>Recursos técnicos: 0€</p>
<p>Meta 1. OE2</p> <p>A1. El/la trabajador/a social A (responsable del proyecto) convoca una reunión de coordinación (presencial o por videoconferencia) del equipo técnico para la asignación de tareas y supervisión del proyecto.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Trabajador/a social A (coordinador/a) 	<ul style="list-style-type: none"> - Sala de reunión, ordenador y proyector. 	<ul style="list-style-type: none"> - Puede ser presencial o por videoconferencia según disponibilidad. 	<p>Recursos humanos: 15.818,54€.</p> <p>Recursos materiales: cedidos por la entidad ejecutora del proyecto.</p> <p>Recursos técnicos: 0€</p>
<p>Meta 1. OE2</p> <p>A2. Selección de los IES en los que se impartirán los talleres: presentación del proyecto a los departamentos de orientación de</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Integrador/a social 	<ul style="list-style-type: none"> - Despacho dotado de mesa, silla y ordenador. - Conexión a internet. 	<ul style="list-style-type: none"> - Presentación del proyecto a los departamentos de orientación de diferentes IES a través de correo electrónico, priorizando los de la localidad de 	<p>Recursos humanos: 15.818,54€.</p> <p>Recursos materiales: cedidos por la entidad ejecutora del proyecto.</p>

diferentes IES a través de correo electrónico, priorizando los de la localidad de Almendralejo, proponiendo dos talleres de sensibilización de 50 minutos separados en el tiempo a los cursos de tercero y cuarto de ESO.			Almendralejo.	Recursos técnicos: 0€
Meta 1. OE2 A3. Programación y calendarización de los “Talleres de sensibilización frente al estigma en salud mental Sesión 1” en coordinación con los departamentos de orientación.	- Integrador/a social	- Despacho dotado de mesa, silla y ordenador. - Conexión a internet.	- Herramienta: Google calendar.	Recursos humanos: 15.818,54€. Recursos materiales: cedidos por la entidad ejecutora del proyecto. Recursos técnicos: 0€
Meta 1. OE2 A4. Se llevan a cabo los “Talleres de sensibilización frente al estigma en salud mental Sesión 1”. Impartido por una personas del equipo técnico	- Integrador/a social	- Aulas de IES dotadas con ordenador, proyector, pantalla de proyección, altavoces, pizarra y tizas. - Gastos de transporte (dietas).	- Metodología dinámica y participativa.	Recursos humanos 15.818,54€. Recursos materiales: - Gasto dietas de desplazamiento: 150€. Recursos técnicos: 0€

<p>Meta 2 OE2</p> <p>A1. Programación y calendarización de los “Talleres de refuerzo de la sensibilización Sesión 2” en coordinación con los centros educativos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Integrador/a social 	<ul style="list-style-type: none"> - Despacho dotado de mesa, silla y ordenador. - Conexión a internet. 	<ul style="list-style-type: none"> - Herramienta: Google Calendar. 	<p>Recursos humanos: 15.818,54€.</p> <p>Recursos materiales: cedidos por la entidad ejecutora del proyecto.</p> <p>Recursos técnicos: 0€</p>
<p>Meta 2 OE2</p> <p>A2. A través del grupo de WhatsApp del Equipo Antiestigma se asignan una o dos personas del CPP por taller que acudirán, junto con una persona del equipo técnico, a impartir los “Talleres de refuerzo de la sensibilización Sesión 2”.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Trabajador/a social B 	<ul style="list-style-type: none"> - Teléfono móvil 	<ul style="list-style-type: none"> - Herramienta: WhatsApp 	<p>Recursos humanos: 15.818,54€</p> <p>Recursos materiales: cedidos por la entidad ejecutora del proyecto.</p> <p>Recursos técnicos: 0€</p>
<p>Meta 2. OE2</p> <p>A3. Se llevan a cabo “Talleres de refuerzo de la sensibilización Sesión 2”. Impartidos por una persona del equipo técnico junto con una o dos personas integrantes</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Trabajador/a social B - Integrantes del “Comité en primera persona” 	<ul style="list-style-type: none"> - Aulas de centros educativos dotadas con ordenador, proyector, pantalla de proyección, altavoces, pizarra y tizas. - Gastos de transporte (dietas). 	<p>Metodología dinámica y participativa y testimonios en primera persona.</p>	<p>Recursos humanos: 15.818,54€.</p> <p>Recursos materiales: 0€</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gasto dietas de desplazamiento: 150€.

del Equipo Antiestigma.				Recursos técnicos: 0€
<p>Meta 1. OE3</p> <p>A1. El/la trabajador/a social A (responsable del proyecto) convoca una reunión de coordinación (presencial o por videoconferencia) del equipo técnico para la asignación de tareas y supervisión del proyecto.</p>	- Trabajador/a social A (coordinador/a)	- Sala de reunión, ordenador y proyector.	- Puede ser presencial o por videoconferencia según disponibilidad.	<p>Recursos humanos: 15.818,54€.</p> <p>Recursos materiales: cedidos por la entidad ejecutora del proyecto.</p> <p>Recursos técnicos: 0€</p>
<p>Meta 1. OE3</p> <p>A2. Elaboración de un documento con una serie de recomendaciones y pautas para desestigmatizar la salud mental en los centros educativos.</p>	- Trabajador/a social B	- Despacho o sala en IES		<p>Recursos humanos: 15.818,54€.</p> <p>Recursos materiales: cedidos por la entidad ejecutora del proyecto.</p> <p>Recursos técnicos: 0€</p>
<p>Meta 1. OE3</p> <p>A3. Encargar el diseño de una imagen para la difusión a través de redes sociales de la "Red de centros educativos comprometidos</p>	- Trabajador/a social B	- Ordenador con acceso a internet	- Correo electrónico	<p>Recursos humanos: 15.818,54€.</p> <p>Recursos materiales: cedidos por la entidad ejecutora del proyecto.</p>

con la salud mental” y solicitar placas de metacrilato con este diseño.				Recursos técnicos: - Indugrafic Digital S.L. ¹⁷ : 150€
Meta 1. OE3 A4. Difusión de la “Red de centros educativos comprometidos con la salud mental” a través de las redes sociales de la organización extremeña.	- Persona responsable del área de comunicación de FEAFES Extremadura.	- Ordenador con acceso a internet		Recursos humanos: 15.818,54€. Recursos materiales: cedidos por la entidad ejecutora del proyecto. Recursos técnicos: 0€
Meta 1. OE3 A5. Entrega de placa distintiva de la “Red de centros educativos comprometidos con la salud mental” a los centros que se adhieran a la misma, tras la firma del documento de compromiso.	- Trabajador/a social B	- Gastos de transporte (dietas).		Recursos humanos: 15.818,54€. Recursos materiales: 0€ - Gasto dietas de desplazamiento: 25€ Recursos técnicos: 0€

¹⁷ Indugrafic Digital S.L. es una empresa de impresión digital ubicada en el polígono industrial El Nevero, calle Río Segura, 13, nave 10, del Complejo La Mar de la localidad de Badajoz. Para ampliar información, véase su página web <http://www.indugraficdigital.com/>

Tabla 3. Recursos humanos en base a salarios según Convenio colectivo estatal del sector de acción e intervención social

Categoría profesional	Grupo profesional	Horas/semana	Presupuesto anual
Trabajador/a social (coordinación)	1	4h/semana	2.289,6€ + 56,39€ (complemento de coordinación)=2.345,99€
Trabajador/a social	1	10h/semana	5.724€
Técnico/a en Integración Social	2	10h/semana	5.165,70€
Técnico/a administrativo/a	2	5h/semana	2.582,85€

Fuente: elaboración propia, adaptada de Boletín Oficial del Estado (2019)

TOTAL: recursos humanos (15.818,54€) + recursos materiales (346,4€) + recursos técnicos (150€)= 16.314,94€.

5.5 Determinación de los plazos o calendario de actividades		
	Fecha de inicio	Fecha de fin
<p>Meta 1. OE1</p> <p>A1. El/la trabajador/a social A (responsable del proyecto) convoca una reunión con el equipo técnico para exponer el proyecto y asignar tareas.</p>	01/01/2021	31/01/2021
<p>Meta 1. OE1</p> <p>A2. El/la trabajador social B prepara, mediante el diseño de presentaciones PowerPoint y dinámicas participativas, tres talleres dirigidos al CPP (“Talleres Equipo Antiestigma”).</p>	01/01/2021	31/01/2021
<p>Meta 1. OE1</p> <p>A3. Se llevan a cabo los “Talleres Equipo Antiestigma”.</p>	01/01/2021	15/02/2021
<p>Meta 2. OE1</p> <p>A1. Creación del grupo de WhatsApp Equipo Antiestigma, integrado por los miembros del CPP capacitados y por el equipo técnico.</p>	15/02/2021	28/02/2021
<p>Meta 2. OE1</p> <p>A2. El/la trabajador/a social B convoca a través del grupo de WhatsApp una reunión para diseñar los talleres de sensibilización destinados a alumnado de Segundo Ciclo de ESO.</p>	15/02/2021	28/02/2021
<p>Meta 2. OE1</p> <p>A3. Se realiza la reunión (60 minutos de duración) y se establecen mediante una lluvia de ideas los distintos recursos a utilizar en los talleres.</p>	15/02/2021	28/02/2021
<p>Meta 2. OE1</p>	15/02/2021	15/03/2020

A4. El equipo técnico diseña dos talleres de sensibilización estableciendo el guión, diseñando las presentaciones PowerPoint de apoyo y preparando las dinámicas que inciten a la participación.		
Meta 1. OE2 A1. El/la trabajador/a social A (responsable del proyecto) convoca una reunión de coordinación (presencial o por videoconferencia) del equipo técnico para la asignación de tareas y supervisión del proyecto.	15/02/2021	28/02/2021
Meta 1. OE2 A1. Selección de los IES en los que se impartirán los talleres.	15/02/2021	15/03/2021
Meta 1. OE2 A2. Programación y calendarización de los “Talleres de sensibilización frente al estigma en salud mental Sesión 1” en coordinación con los departamentos de orientación.	01/03/2021 <i>*Exceptuando meses de verano.</i>	31/12/ 2021 <i>*Exceptuando meses de verano.</i>
Meta 1. OE2 A3. “Talleres de sensibilización frente al estigma en salud mental Sesión 1”. Impartidos por una persona del equipo técnico.	01/03/2021 <i>*Exceptuando meses de verano.</i>	31/12/ 2021 <i>*Exceptuando meses de verano.</i>
Meta 2. OE2 A1. Programación y calendarización de los “Talleres de refuerzo de la sensibilización Sesión 2” en coordinación con los centros educativos.	01/03/2021 <i>*Exceptuando meses de verano.</i>	31/12/ 2021 <i>*Exceptuando meses de verano.</i>
A2. A través del grupo de WhatsApp del Equipo Antiestigma se asignan una o dos personas del CPP por taller que acudirán junto con una persona del equipo técnico a impartir los “Talleres de refuerzo de la sensibilización Sesión 2”.	01/03/2021 <i>*Exceptuando meses de verano.</i>	31/12/ 2021 <i>*Exceptuando meses de verano.</i>

<p>Meta 2. OE2</p> <p>A3. “Talleres de refuerzo de la sensibilización Sesión 2”. Impartidos por una persona del equipo técnico junto con una o dos personas integrantes del Equipo Antiestigma.</p>	<p>01/03/2021</p> <p><i>*Exceptuando meses de verano.</i></p>	<p>31/12/ 2021</p> <p><i>*Exceptuando meses de verano.</i></p>
<p>Meta 1. OE3</p> <p>A1. El/la trabajador/a social A (responsable del proyecto) convoca una reunión de coordinación (presencial o por videoconferencia) del equipo técnico para la asignación de tareas y supervisión del proyecto.</p>	<p>01/04/2021</p>	<p>15/04/2021</p>
<p>Meta 1. OE3</p> <p>A2. Elaboración de un documento con una serie de recomendaciones y pautas para desestigmatizar la salud mental en los centros educativos.</p>	<p>01/04/2021</p>	<p>30/04/2021</p>
<p>Meta 1. OE3</p> <p>A3. Encargar el diseño de una imagen para la difusión a través de redes sociales de la “Red de centros educativos comprometidos con la salud mental” y solicitar placas de metacrilato con este diseño.</p>	<p>01/05/2021</p>	<p>31/05/2021</p>
<p>A4. Difusión de la “Red de centros educativos comprometidos con la salud mental” a través de las redes sociales de FEAFES Salud Mental Extremadura.</p>	<p>01/04/2021</p>	<p>31/05/2021</p>
<p>A5. Entrega de placa distintiva de la “Red de centros educativos comprometidos con la salud mental” a los centros que se adhieran a la misma, tras la firma del documento de compromiso</p>	<p>01/09/2021</p>	<p>31/12/2021</p>

5.6 Tareas	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Diagrama de Gantt												
Objetivo específico 1												
Meta 1												
A1												
A2												
A3												
Meta 2												
A1												
A2												
A3												
A4												
Objetivo específico 2												
Meta 1												
A1												
A2												
A3												
A4												
Meta 2												
A1												
A2												
A3												
Objetivo específico 3												
Meta 1												
A1												
A2												
A3												
A4												
A5												

5.7 Estructura organizativa y de gestión del proyecto

Profesional responsable	Reporta a:	Funciones
Responsable del área de proyectos	Junta Directiva de FEAFES Extremadura	- Persona responsable de la supervisión del proyecto.
Trabajador/a social A (Coordinador/a)	Responsable del área de proyectos	- Gestión y coordinación del proyecto.
Trabajador/a social B	Trabajador/a social A (coordinador/a)	<ul style="list-style-type: none"> - Encargado de impartir “Talleres Equipo Antiestigma”. - Persona de referencia para las personas con experiencia en salud mental que integran el “Equipo antiestigma”. - Diseño de talleres de sensibilización destinados a alumnado de Segundo Ciclo de ESO. - Impartir junto con el CPP los “Talleres de refuerzo de la sensibilización Sesión 2”. - Reuniones con los equipo directivos de los IES para presentar al Red de Centros. - Gestión de la Red de Centros. - Coordinación del “Equipo antiestigma”.
Integrador/a social	Trabajador/a social A (coordinador/a)	<ul style="list-style-type: none"> - Integrante del Equipo Antiestigma. - Diseño de talleres de sensibilización destinados a alumnado de Segundo Ciclo de ESO. - Selección de los IES en los que se impartirán los talleres. - Comunicación con los departamentos de orientación de los IES. - Programación y calendarización de los talleres en los IES. - Impartir los “Talleres de sensibilización frente al estigma en salud mental Sesión 1”.
CPP	Trabajador/a social A (coordinador/a)	<ul style="list-style-type: none"> - Integrantes del Equipo Antiestigma (voluntariado). - Diseño de talleres de sensibilización destinados a alumnado de Segundo Ciclo de ESO (voluntariado). - Impartir junto con trabajador/a social B “Talleres de refuerzo de la sensibilización Sesión 2” (voluntariado).

Administrativo/a	Trabajador/a social A (coordinador/a)	<ul style="list-style-type: none"> - Funciones administrativas. - Gestión de los recursos materiales y económicos.
------------------	--	--

5.8 Organigrama

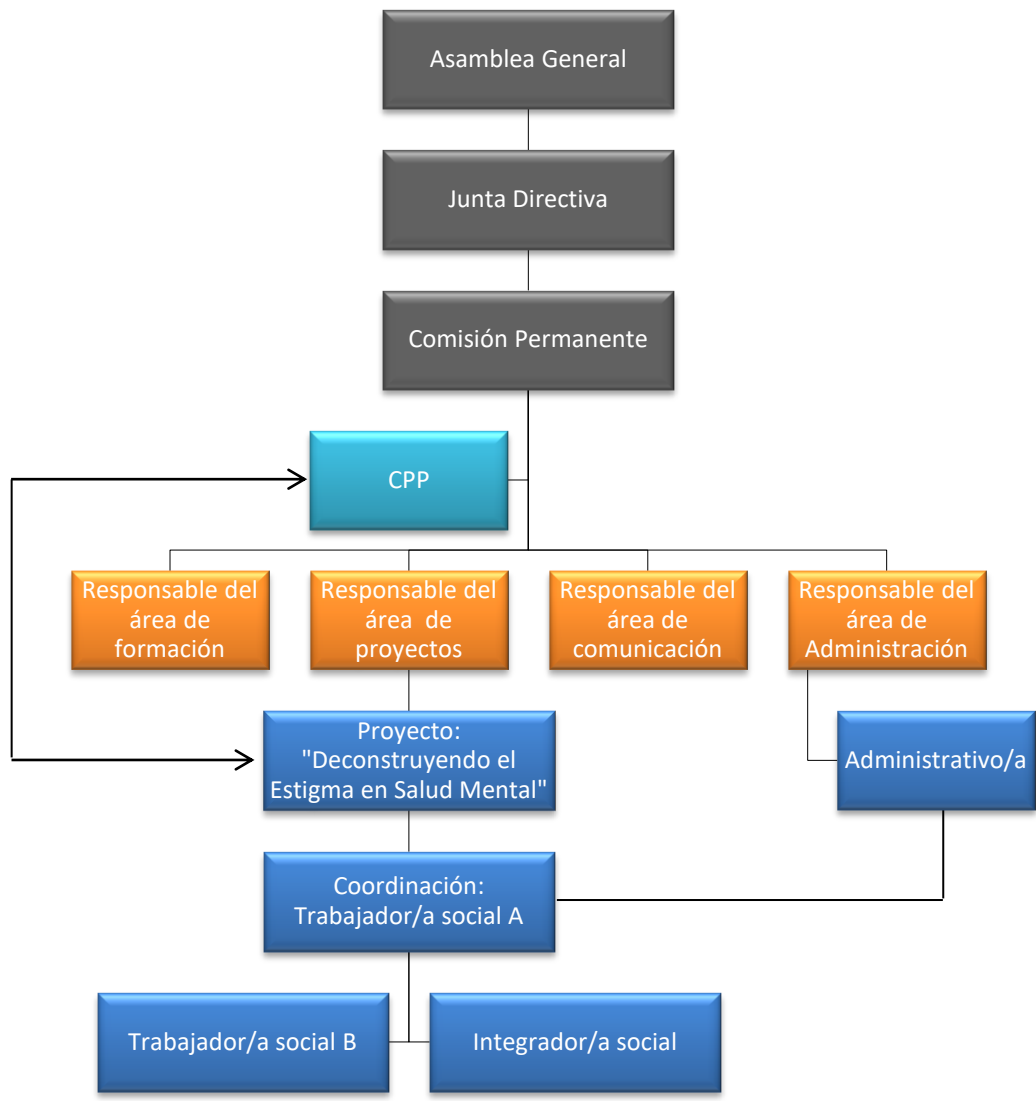


Figura 6. Organigrama FEAFES Salud Mental Extremadura. Fuente: original, basado en Observatorio de Salud Mental et al., 2017)

5.9 Evaluación

Se hace necesario el uso de instrumentos de recogida de datos para garantizar el cumplimiento y alcance de los objetivos planteados. Dividimos la evaluación mediante procesos metodológicos en dos bloques destinados a públicos diferentes.

Por un lado, para los miembros del CPP se realizará un cuestionario ex-post (Anexo I) que se enviará mediante un enlace al grupo de WhatsApp del Equipo estigma. Este cuestionario consta de cuatro preguntas en relación al empoderamiento, pues, un mayor grado de empoderamiento se vincula con niveles más bajos de autoestigma (Corrigan, 2002). Además, este cuestionario incorpora un apartado de sugerencias, para tener en cuenta en futuras para ediciones.

Por otro lado, se evaluarán los talleres de sensibilización a través de un cuestionario (Anexo II) que se enviará a los departamentos de orientación de los IES seleccionados tras la impartición de todos los talleres, mediante correo electrónico. Se selecciona esta forma de evaluación, ya que realizar una evaluación ex-ante y ex-post dirigida al alumnado supondría restar tiempo a la sensibilización, cabe recordar que cada taller se ajusta a una duración de 50 minutos.

Ambos cuestionario se realizarán mediante la herramienta: “Formularios de Google”, la cual, permite la extracción de los resultados de forma automática.

5.10 Indicadores de evaluación del proyecto

Objetivos	Indicadores de evaluación	
	Indicadores cuantitativos	Indicadores cualitativos
OE1: Impulsar procesos de empoderamiento y participación de personas con experiencia	<ul style="list-style-type: none"> - N.º de participantes en los Talleres Equipo Antiestigma. - N.º de integrantes del 	<ul style="list-style-type: none"> - Cuestionario de evaluación de la participación del CPP en el proyecto: “Deconstruyendo el estigma en salud mental”.

propia en salud mental.	<p>Equipo Antiestigma</p> <ul style="list-style-type: none"> - N.º de reuniones mantenidas. - N.º de talleres en los que participan miembros del CPP. 	
<p>OE2:</p> <p>Fomentar la reflexión sobre actitudes y percepciones erróneas sobre salud mental para generar una sociedad basada en la convivencia y el respeto.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Nº. de Talleres de sensibilización frente al Estigma en Salud Mental impartidos. - Nº. de Talleres de refuerzo de la sensibilización - Nº. de alumnos y alumnas participantes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Cuestionario de evaluación de las acciones de sensibilización en el marco del proyecto: "Deconstruyendo el estigma en salud mental".
<p>OE3: Favorecer el compromiso de los centros educativos con la salud mental y con la reducción del estigma social.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - N.º de centros educativos que forman parte de la Red. 	<ul style="list-style-type: none"> - Coordinación con centros educativos y asociaciones. - Implicación de los profesionales de los centros educativos - Difusión en redes sociales: N.º veces compartida la publicación

6. Referencias bibliográficas

- Aguilar, M. (2013). *Trabajo Social. Concepto y metodología*. Madrid: Ediciones Paraninfo S.A. y Consejo General del Trabajo Social.
- Allport, G. W. *La naturaleza del prejuicio*. Buenos Aires: Editorial Universitaria de Buenos Aires.
- Aretio, A. (2010). Una mirada social al estigma de la enfermedad mental. *Cuadernos de Trabajo Social*, 23, 283-300. Recuperado el 13 de marzo de 2020, desde <https://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/view/CUTS1010110289A>.
- Arnaiz, A. y Uriarte, J. J. (2006). Estigma y enfermedad mental. *Norte de Salud Mental*, 6, 49-59. Recuperado el 1 de marzo de 2020, desde <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4830167>.
- Asamblea General de las Naciones Unidas (1948). *Declaración Universal de los Derechos Humanos*. París: Asamblea General de Naciones Unidas.
- Asamblea General de las Naciones Unidas (1989). *Convención sobre los Derechos del Niño*. Asamblea General de las Naciones Unidas.
- Asamblea General de las Naciones Unidas (2006). *Convención de la ONU sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Nueva York, Asamblea General de las Naciones Unidas.
- Asamblea General de las Naciones Unidas (2015). *Transformar nuestro mundo: La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible* (2015). Asamblea General de las Naciones Unidas.
- Badallo, A. (2012). *Estigma y salud mental*. Madrid: Grupo 5.
- Becker, H. (1963) *Outsiders: Studies in the sociology of deviance*. New York: The Free Press, 1963.
- Bono del Trigo, A., Toro, S., Ruiz, P., y Carrasco, R. (2012). *Informe de evaluación de la intervención. Lo hablamos*. Granada. Recuperado el 3 de marzo de 2020, desde https://www.1decada4.es/pluginfile.php/400/mod_page/content/14/Informe_Eval.pdf.

- Brea, J. y Gil, H. (2014). Estigma y salud mental. Una reflexión desde el trabajo social. *Trabajo social hoy*, 78, 95-112. Recuperado el 16 de marzo de 2020, desde <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5641894>.
- Calcmaps (2015). Mapa de localización de España, Almendralejo. Recuperado el 5 de abril de 2020, desde <https://www.calcmaps.com/>
- Campo-Arias, A. y Herazo, E. (2015). El complejo estigma-discriminación asociado a trastorno mental com factor de riesgo de suicidio. *Revista colombiana de psiquiatría*, 44(4) 243-250. Recuperado el 5 de abril de 2020, desde <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-psiquiatria-379-pdf-S0034745015000438>
- Cazzaniga, J. y Suso, A. (2005). *Salud Mental e inclusión social. Situación actual y recomendaciones contra el estigma*. Madrid.
- Comisión de las Comunidades Europeas (2005). *Libro Verde. Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental*. Bruselas. Recuperado el 27 de marzo de 2020, desde http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_es.pdf
- Comisión Europea (2005). *Declaración Europea de Salud Mental*. Helsinki. Recuperado el 6 de abril de 2020, desde https://www.msrebs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/opsc_est17.pdf.pdf.
- Confederación Salud Mental España (2019). Plan Estratégico 2019-2022. Madrid. Recuperado el 2 de abril de 2020, desde <https://consaludmental.org/wp-content/uploads/2020/01/Plan-Estrategico-Salud-Mental-Espana.pdf>
- Constitución Española (1978). Boletín Oficial del Estado, 311, 29 de diciembre de 1978.
- Correa-Urquiza, M. (2015). *La rebelión de los saberes profanos*. Madrid: Grupo 5.
- Corrigan, P. W. (2002). Understanding the Impact of Stigma on People with mental illness. *World Psychiatry*, 1(1), 16-20.
- Declaración de Luxor sobre los Derechos Humanos para los Enfermos Mentales* (1989). Egipto.
- Decreto 228/2014, de 14 de octubre, *por el que se regula la respuesta educativa a la diversidad del alumnado en la Comunidad Autónoma de Extremadura*. Diario Oficial

- de Extremadura, 202, de 21 de octubre de 2014. Recuperado el 1 de marzo de 2020, desde <http://doe.juntaex.es/pdfs/doe/2014/2020o/14040257.pdf>.
- Decreto 92/2006, de 16 de mayo, *por el que se establece la organización y funcionamiento de la atención a la salud mental en la Comunidad Autónoma de Extremadura*. Diario Oficial de Extremadura, 61, de 25 de mayo de 2006.
- Delgado, A. (2015). Estrategias psicosociales para el cambio de actitud hacia personas discriminadas por su discapacidad o trastorno mental. *Revista española de discapacidad*, 3(2), 27-39 recuperado el 7 de abril de 2020, desde <https://www.consaludmental.org/publicaciones/Estrategias-psicosociales-cambio-actitud-discriminacion.pdf>.
- El Periódico Extremadura (17 de abril 2005). Talleres de salud mental para los adolescentes. Recuperado el 1 de julio de 2020, desde https://www.elperiodicoextremadura.com/noticias/provinciacaceres/talleres-de-salud-mental-para-los-adolescentes_168865.html
- Fábregas, M. T., Tafur, A., Guillén, A., Bolaños, L., Méndez, J. L. y Fernández de Sevilla, P. (2018). *Guía de estilo sobre salud mental para medios de comunicación. Las palabras sí importan*. Madrid: Confederación Salud Mental España. Recuperado el 10 de abril de 2020, desde <https://www.consaludmental.org/publicaciones/Guia-estilo-salud-mental.pdf>
- FEAFES Salud Mental Extremadura (2013). *El reto de la salud mental en Extremadura*. Recuperado el 6 de mayo de 2020, desde <https://consaludmental.org/publicaciones/InformeElretodelasaludmentalExtremadura.pdf>
- FEAFES Salud Mental Extremadura (2019). *Memoria de actividades. Conect@ con la vida*. Recuperado el 1 de julio de 2020, desde <https://www.feafesextremadura.com/wp-content/uploads/2020/02/MEMORIA-2019-feafesextremadura.pdf>
- FEAFES Salud Mental Extremadura (s.f.). *La Organización FEAFES Extremadura*. Recuperado el 6 de mayo de 2020, desde <https://www.feafesextremadura.com/la-organizacion/#vision>
- Fernández, I., Cangas, A. y Carmona, J. A. (2012). Comparación del efecto de un programa basado en la Terapia de Aceptación y Compromiso y otro basado en psicoeducación

- sobre el estigma asociado a los trastornos mentales. *I Congreso nacional de sensibilización al estigma social en salud mental*, 27-34. España: Alborán Editores. Recuperado el 5 de marzo de 2020, desde <http://repositorio.ual.es/bitstream/handle/10835/1788/actas-congreso-salud-mental.pdf?sequence=1#page=8>.
- Foucault, M. (1964). *Historia de la locura en la época clásica*. París: Fondo de Cultura Económica.
- Garcés, E. M. (2010). El Trabajo Social en salud mental. *Cuadernos de Trabajo Social*, 23, 333-352.
- Garicano, L. (2015). La salud mental, una inversión prioritaria. *El País*. Recuperado el 19 de marzo de 2020, desde https://uc3m.libguides.com/guias_tematicas/citas_bibliograficas/APA#prensa.
- Goffman, E. (1986). *Estigma: la identidad deteriorada*. Argentina: Amorrortu.
- González, J. L. (1998). Evolución histórica de la Psiquiatría. *Psiquis*, 19(5), 183 - 200. Recuperado el 1 de marzo de 2020, desde https://www.psicoter.es/_arts/98_A155_02.pdf
- González, O. (2009). Enfermedad mental, estigma y legislación. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 29(2), 471-478. Recuperado el 25 de febrero de 2020, desde http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352009000200012&lng=es&tlng=es.
- Haro, J. M., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I.,... Alonso, J. (2005). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Med Clin (Barc)*, 126(12), 445-451. Recuperado el 5 de abril de 2020, desde <http://public-files.prbb.org/publicacions/e144ec9a-b14a-4cfd-bc18-56bf5c447ae6.pdf>.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. y Wilson, K.G. (2015). *Terapia de aceptación y compromiso*. Bilbao: Desclée De Brouwer. Recuperado el 7 de abril de 2020, desde https://books.google.es/books?id=IMjyDQAAQBAJ&pg=PT220&lpg=PT220&dq=hayes+pastel+de+chocolate&source=bl&ots=OWhppILubt&sig=ACfU3U0y7EIUIXI_Nn7nW_U5wZQTWAr6hw&hl=es&sa=X&ved=2ahUKEwj95fP70NboAhVSz.

- Instituto Nacional de Estadística (2020). *Cifras oficiales de población resultantes de la revisión del Padrón municipal a 1 de enero*. Recuperado el 9 de abril de 2020, de <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=2859#!tabs-tabla>
- Layard, R. (2013). Mental Health: the New Frontier for Labor Economics. *IZA Journal of Labor Policy* 2(2)
- León, H. M. (2005). Estigma y enfermedad mental: un punto de vista histórico-social. *Revista de psiquiatría y salud mental Hermilio Valdizan*, 6(1), 33-42. Recuperado el 1 de marzo de 2020, desde http://www.hhv.gob.pe/wpcontent/uploads/Revista/2005/l/4-ESTIGMA_Y_ENFERMEDAD_MENTAL.pdf
- Ley 10/2001, de 28 de junio, de *Salud de Extremadura*. Boletín Oficial del Estado, 177, de 25 de julio de 2001.
- Ley 14/1986, de 25 de abril, *General de Sanidad*. Boletín Oficial del Estado, 102, de 29 de abril de 1986.
- Ley 26/2011, de 1 de agosto, de *adaptación normativa a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Boletín Oficial del Estado, 184, de 2 de agosto de 2011.
- Ley 7/1985, de 2 de abril, *Reguladora de las Bases del Régimen Local*. Diario Oficial de Extremadura, 80 de 3 de abril de 1985.
- Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de *Educación*. Boletín Oficial del Estado, 106 de 4 de mayo de 2006.
- Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, *para la mejora de la calidad educativa*. Boletín Oficial del Estado, 295, de 10 de diciembre de 2013.
- Link, B. G. y Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology* 27, 363-365.
- López, M. Laviana, M., Fernández, L., López, A., Rodríguez, A. M., Aparicio, A. (2008). La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 28(1), 43-83. Recuperado el 28 de febrero de 2020, desde <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v28n1/v28n1a04.pdf>.

- Magallares, A. (2011). El estigma de los trastornos mentales: discriminación y exclusión social. *Quaderns de psicologia*, 13(2), 7-17. Recuperado el 16 de marzo de 2020, desde <https://www.quadernsdepsicologia.cat/article/view/816>
- Martín, B., Torres, I., Casado, M. P., López, M. I., Rodríguez, B. y Torres, R. (2017). *III Plan Integral de Salud Mental de Extremadura 2016-2020*. Mérida: Junta de Extremadura. Consejería de Sanidad y Políticas Sociales. Servicio Extremeño de Salud.
- Menéndez, E. L. (1998). Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. *Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud*, 451-464. Buenos Aires.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2006). *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Centro de publicaciones.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011). *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Centro de publicaciones.
- Moreno, A. M., Sánchez, F. y López de Lemus, M. (2012). Estudio sobre Estigma en Salud Mental en la población de Almería capital. *I Congreso nacional de sensibilización al estigma social en salud mental*, 18-25.
- Moreno, R. C. (2018). Impacto de los talleres de sensibilización en la reducción del estigma social hacia las personas con enfermedad mental. *Revista Nacional e Internacional de Educación Inclusiva*, 11(2) 197-212.
- Muñoz, M., Pérez-Santos, E., Crespo, M. y Guillén, A. I.(2009). *Estigma y enfermedad mental. Análisis del rechazo que sufren las personas con enfermedad mental*. Madrid: Editorial Complutense, S. A. Recuperado el 29 de marzo de 2020 desde https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/servicios-sociales/estigma_y_enfermedad_mental._analisis_del_rechazo_social_que_sufren_las_personas_con_enfermedad_mental.pdf.
- Muñoz, M., Pérez-Santos, E., Crespo, M., Guillén A.I. y Izquierdo, S. (2011). La enfermedad mental en los medios de comunicación: un estudio empírico en prensa escrita, radio y televisión. *Clínica y Salud*, 22(2),157-173. Recuperado el día 15 de abril de 2020, desde http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742011000200005

- Obertament (2013). Estrategias de lucha contra el estigma en salud mental. *Dossiers del Tercer Sector*, 26. Recuperado el 5 de abril de 2020, desde https://consaludmental.org/publicaciones/Estrategia_lucha_estigma_salud_mental.pdf.
- Observatorio de Salud Mental, Valero, I. y Lozano A. (2017). *I Plan Estratégico de Feafes Salud Mental Extremadura 2017-2020. "Personas, Presencia y Participación"*.
- Organización Mundial de la Salud (1998). *Prevención primaria de los trastornos mentales, neurológicos y psicosociales*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud (2001). *Fortaleciendo la promoción de la salud mental*. Hoja informativa, 220, Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud (2004). *Invertir en salud mental*. Ginebra
- Organización Mundial de la Salud (2005). *Plan de Acción en Salud Mental para Europa: "fijar objetivos, crear soluciones"*. Europa.
- Organización Mundial de la Salud (2017). *Aceleración mundial de las medidas para promover la salud de los adolescentes (Guía AA-HA!)*. Recuperado el 10 de abril de 2020, desde <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49181>.
- Organización Mundial de la Salud (2019). *Salud mental del adolescente*. Recuperado el 20 de marzo de 2020, desde <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>.
- Pedersen, D. (2009). Estigma y exclusión social en las enfermedades mentales: apuntes para el análisis y diseño de intervenciones. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina* 55(1) 93-55. Montreal, Canadá: McGill University.
- Periódico Hoy (10 octubre, 2017). El 85% de las personas con problemas de salud mental en Extremadura no accede a un empleo. Recuperado el 6 de mayo de 2020, desde <https://www.hoy.es/caceres/personas-problemas-salud-20171010140821-nt.html>
- Quesada, C. y Fernández, E. (2009). Historia de la psiquiatría. En *Manual del Residente en Psiquiatría* (pp. 5-11). Madrid: Grupo ENE Life Publicidad, S.A. Recuperado el 28 de junio de 2020, desde http://www.sepsiq.org/file/Publicaciones/Manual_Residente_Psiquiatr%C3%ADa2.pdf

- Real Academia Española (2019). Diccionario de la lengua española. Recuperado el 21 de abril de 2020, desde <https://dle.rae.es/>
- Resolución 46/119 de 17 de diciembre de 1991. *Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención en salud mental*. Asamblea General de la ONU.
- Resolución del 15 de enero de 2019, de la Dirección General de Trabajo, por la que se registra y publica el *Acta del acuerdo relativo a las tablas salariales para los años 2018, 2019, 2020 y 2021 del Convenio colectivo estatal del sector de acción social e intervención social*. Boletín Oficial del Estado, 28, de 1 de febrero de 2019. Recuperado el 10 de abril de 2020, desde <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2019-1327>.
- Ruggeri, A. (2017). Bedlam: el hospital psiquiátrico londinense que se convirtió en un “palacio para lunáticos” en el siglo XVII. *BBC Culture*. Recuperado el 5 de abril de 2020, desde <https://www.bbc.com/mundo/vert-cul-38517703>.
- Salud Mental España (2016). La salud mental en primera persona. Los comités de personas expertas. *Revista Española de Discapacidad*, 4(1): 241-247. Recuperado el 10 de abril de 2020, desde <https://www.cedd.net/redis/index.php/redis/article/view/248/163>
- Sánchez, J. E. (2018). Estudio de la eficacia de las acciones contra el estigma social en jóvenes: revisión bibliográfica. Universidad Jaime I. Castellón. Recuperado el 10 de marzo de 2020, desde http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/181151/TFM_2018_Sanchez%20Martin_JuanEsteban.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- Smith-Castro, V. Moreno, M., Román, N., Kirschman, D., Acuña, M., y Viquez, S. (2010). Discriminación social, consecuencias psicológicas y estrategias de afrontamiento en miembros de grupos sociales estigmatizados. *Dominación, compromiso y transformación social*, 83-104. Recuperado el 12 de abril de 2020, desde https://www.academia.edu/3211148/Discriminaci%C3%B3n_social_2010_.
- Stucchi-Portocarrero, S. (2013). Estigma, discriminación y concepto de enfermedad mental. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 76(4), 218-223.

Vásquez, A. (2011). Antipsiquiatría. Deconstrucción del concepto de enfermedad mental y crítica de la "razón psiquiátrica". *Nómadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas*, 31(3). Recuperado el 7 de abril de 2020, desde <http://pendientedemigracion.ucm>.

7. Anexos

7.1 Anexo I

Cuestionario de evaluación de la participación del Comité en Primera Persona en el proyecto: “Deconstruyendo el estigma en salud mental”

¡Esperamos que hayas disfrutado con esta experiencia! Estas preguntas sólo te llevarán un minuto, por favor responde con sinceridad.

¿Has adquirido habilidades nuevas participando en este proyecto?

Sí

No

¿Sientes que ha aumentado la confianza en ti mismo/a gracias a la participación en este proyecto?

Sí

No

¿Sientes que has aportado ideas y defendido tu punto de vista?

Sí

No

¿Estás satisfecho con tu participación en este proyecto?

Sí

No

Sugerencias

.....

.....

7.2 Anexo II

Cuestionario de evaluación de las acciones de sensibilización en el marco del proyecto: “Deconstruyendo el estigma en salud mental”.

Con la intención de mejorar en el futuro, le rogamos dedique unos minutos a la valoración de los talleres impartidos en su centro. Agradecemos de antemano su colaboración.

Nombre del centro al que pertenece:

Tu respuesta

Número total de alumnado que ha participado:

Tu respuesta

Valore su grado de satisfacción en los siguientes aspectos de la acción utilizando una escala del 1 (muy insatisfecho) al 5 (muy satisfecho):

	1	2	3	4	5
1. Fluidez de la comunicación a la hora de concertar la cita					
2. Información previa recibida acerca de los contenidos y la dinámica del taller					
3. Valore la puntualidad de nuestro equipo a la hora de acudir al centro el día concertado					
4. Valore el lenguaje empleado durante el taller					
5. Grado de conexión alcanzado con el alumnado					

Otros aspectos que considere importante compartir acerca de la labor de nuestro equipo

Tu respuesta

Valore los siguientes aspectos relacionados con los contenidos del taller utilizando una escala 1 (muy en desacuerdo) al 5 (muy de acuerdo).

	1	2	3	4	5
¿Los contenidos impartidos fueron adecuados para el nivel del alumnado?					
¿Las dinámicas empleadas facilitaron la interiorización de los contenidos?					
¿La organización general favoreció una buena experiencia de aprendizaje?					

Teniendo en cuenta todos los aspectos valorados anteriormente, ¿le gustaría repetir en cursos sucesivos?

Tu respuesta

7.3 Anexo III



Figura 7. Red de centros educativos comprometidos con la salud mental. Fuente: original

Se plantea este diseño a la empresa Indugrafic Digital S.L. como imagen para la Red de centros educativos comprometidos con la salud mental. Esta ilustración es susceptible de sufrir modificaciones o adaptaciones según considere la empresa de diseño gráfico en consenso con la directiva de la entidad ejecutora del presente proyecto.