

Facultad de Ciencias Políticas, Sociales y de la Comunicación

Trabajo de Fin de Grado

Grado en Periodismo

Título

**El estigma social y mediático de la
salud mental**

**Alumna: Claudia Simón Febles
Tutor: Dr. Juan Jesús Pérez Pérez**

**Curso académico
2016-2017**

Resumen

La salud mental es un tema frecuentemente tratado y aludido en los medios de comunicación. Numerosas son las noticias y reportajes donde la salud mental es el tema principal, ya sea en informaciones más objetivas o en relatos de historias personales. Pero también se encuentran noticias, encasilladas en la sección de sucesos, donde se utiliza la salud mental para explicar determinados comportamientos violentos de los seres humanos.

Desde hace muchos siglos las personas con algún problema de salud mental han vivido el estigma y la discriminación social, posiblemente por desconocimiento. La reforma psiquiátrica llegó a España más tarde que en otros países europeos, concretamente en 1986, y supuso un avance para el tratamiento de la salud mental. Se cerraron los manicomios y las personas pudieron salir de su reclusión y recuperarse en su entorno socio-familiar.

Pese a que han transcurrido 30 años de dicha reforma sanitaria, los mitos sobre salud mental persisten y una de las causas es, sin duda, el inadecuado tratamiento informativo que los medios de comunicación han difundido estas décadas acerca de la salud mental. Por carencia de conocimientos, la no consulta a fuentes fidedignas, por prejuicios, morbo o falta de tiempo, los periodistas han sucumbido a la perpetuación de ideas preconcebidas y erróneas.

El periodismo es una profesión de servicio público. Es por ello que las personas que viven un problema de salud mental deben y merecen ser tratadas con respeto y veracidad por los medios informativos. Conocer información objetiva y rigurosa acerca de los trastornos de la mente, así como evitar los prejuicios y utilizar un lenguaje adecuado ayudará a los profesionales de la información a cumplir mejor con su trabajo y a no fomentar la discriminación de este colectivo.

Palabras clave – Estigma, problemas de salud mental, periódicos digitales españoles, sociedad.

Abstract

Mental health is an issue frequently discussed and mentioned in the media. There are numerous news and reports where mental health is the main theme, either in more objective information or stories of personal stories. But news, classified in the section events, where mental health is used to explain certain violent behaviors of human beings is also.

For many centuries people with mental health problems have lived the stigma and social discrimination, possibly due to ignorance. The psychiatric reform came to Spain later than in other European countries, specifically in 1986, and was a breakthrough for the treatment of mental health. The mental hospitals were closed and people were able to leave detention and recover in their socio-familial environment.

Despite the fact that it has been 30 years of this health reform, mental health myths persist and one of the causes is, without doubt, inappropriate informative treatment of the media have disseminated these decades about mental health. By lack of knowledge, not consulting reliable sources, bias, morbid or lack of time, the journalists have succumbed to the perpetuation of misconceptions and preconceived ideas.

Journalism is a profession of public service. It is for this reason that people living a mental health problem should and deserve to be treated with respect and truth by the media. Objective and rigorous information about disorders of the mind, as well as avoid prejudice and use proper language will help information professionals do their jobs better and to discourage discrimination against this group.

Key words – Stigma, mental health problems, Spanish digital newspapers, society.

Índice

- Capítulo 1. Introducción. Página 6
 - 1.1. Introducción. P. 6
 - 1.2. Justificación. P. 9
 - 1.3. Objetivos. P. 11
 - 1.4. Hipótesis. P. 11
 - 1.5. Resumen de la metodología. P. 11
 - 1.6. Explicación de términos. P. 12

- Capítulo 2. Metodología. P. 16

- Capítulo 3. Marco teórico. P. 19
 - 3.1. Marco teórico. P. 19
 - 3.1.1. Historia de la salud mental. P. 19
 - 3.1.2. Nacimiento de la esquizofrenia. P. 21
 - 3.1.3. La violencia ejercida a las personas con problemas mentales en el siglo XX. P. 23
 - 3.1.4. La Reforma Psiquiátrica. P. 25
 - 3.1.5. Las asociaciones de salud mental. P. 27
 - 3.1.6. Los problemas de salud mental. P. 28
 - 3.1.7. El estigma social. P. 29
 - 3.1.8. El estigma mediático. P. 33
 - 3.1.9. El lenguaje. P. 35
 - 3.2. Entrevistas a expertos. P. 40

- Capítulo 4. Resultados. P. 43

- Capítulo 5. Conclusiones. P. 55
- Capítulo 6. Discusión. P. 58
- Bibliografía. P. 59
- Anexos. P. 67

Capítulo 1 - Introducción

1.1. Introducción

Hablar de salud mental significa, en muchas ocasiones, transitar entre el desconocimiento, la discriminación y el estigma social. A diferencia de lo que ocurre con los problemas de salud físicos, las personas que tienen un problema de salud mental tienen que acarrearse no solo con un estado de dificultad ante la vida, sino con esa maraña de mitos que abundan en la sociedad e impiden su plena aceptación e inserción social.

Para abordar el tema principal de este trabajo, que no es otro que el estigma social y mediático de la salud mental, es importante saber cómo definen algunas instituciones de referencia la expresión «salud mental» y, por lo tanto, que entienden por «problemas de salud mental». Antes de ofrecer dichas definiciones, se debe aclarar que no hay un significado único y exclusivo que contenga la verdad absoluta. La mente humana es compleja y subjetiva, por lo que muchas definiciones de estos dos términos podrían ser aceptadas.

Por una parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud mental como «un estado de bienestar en el que la persona realiza sus capacidades y es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir a su comunidad». Por otra parte, la Confederación Salud Mental España define el trastorno mental como «una alteración de tipo emocional, cognitivo y/o del comportamiento en que quedan afectados procesos psicológicos básicos como son la emoción, la motivación, la cognición, la conciencia, la conducta, la percepción, el aprendizaje y el lenguaje, lo cual dificulta a la persona su adaptación al entorno cultural y social en el que vive y crea alguna forma de malestar subjetivo».

En definitiva, lo que se deduce de estas acepciones es que las personas con algún problema de salud mental necesitan ayuda para superar un mal trance en su vida y, sin duda, la estigmatización que muchas veces tienen que vivir por parte del entorno que les rodea dificulta su recuperación.

Al consultar la versión digital del Diccionario de la Real Academia Española, el DRAE, se observa que la palabra «estigma» cuenta hasta con siete acepciones diferentes. Dos de ellas son particularmente interesantes para el tema que nos ocupa: «desdoro, afrenta, mala fama» y «marca impuesta con hierro candente, bien como pena infamante, bien como signo de esclavitud».

Esa mala fama se sustenta en ideas preconcebidas y erróneas, que se han ido perpetuando a través de los siglos. En cuanto a la marca de hierro, se puede deducir que el estigma causa un gran dolor, deshonra y una etiqueta que somete a las personas a los juicios arbitrarios e infundados de la sociedad.

Ya lo afirmaba el filósofo Aristóteles en la Edad Antigua, hace más de 1.600 años, «el hombre es un ser social por naturaleza». Esto significa que los seres humanos, desde la prehistoria, necesitan agruparse en una comunidad para desarrollarse completamente y ayudarse entre sí, puesto que en solitario no llegarían ni a ser humanos. Pero la unión en sociedad no solo cumple una función práctica. Para las personas es muy importante establecer vínculos personales y emocionales con sus semejantes y ser aceptados en ese concepto complejo de definir, que es la sociedad.

Todos los actores sociales pueden y deben contribuir para que las personas con problemas de salud mental no sean discriminadas y aisladas dentro de la sociedad. Esos actores son las propias personas que viven problemas de salud mental, los familiares, el personal médico y psiquiátrico, las asociaciones, los medios de comunicación, los políticos y la sociedad en general. Cada actor cumple un papel diferente en su contribución a la erradicación del estigma, y para ello es imprescindible una correcta información y formación en lo que a salud de la mente se refiere.

Como parte fundamental de este trabajo, los medios de comunicación de masas son los encargados de transmitir la cultura, la actualidad, los hechos novedosos y noticiosos que acontecen en el mundo. Interpretan la realidad a través de un marco muchas veces, y lamentablemente, dominado por la ideología política. Sin embargo, su labor es garante de la democracia y de los derechos de la ciudadanía y realizan un servicio público en el que todas las colectividades deben ser representadas con respeto y veracidad.

El código deontológico de la Federación de Asociaciones de Periodistas de España (FAPE), al igual que muchos otros códigos de la profesión periodística, pues todos son similares, recoge el siguiente principio general:

«7. El periodista extremará su celo profesional en el respeto a los derechos de los más débiles y los discriminados. Por ello, debe mantener una especial sensibilidad en los casos de informaciones u opiniones de contenido eventualmente discriminatorio o susceptibles de incitar a la violencia o a prácticas humanas degradantes.

- a) Debe, por ello, abstenerse de aludir, de modo despectivo o con prejuicios a la raza, color, religión, origen social o sexo de una persona o cualquier enfermedad o minusvalía física o mental que padezca.
- b) Debe también abstenerse de publicar tales datos, salvo que guarden relación directa con la información publicada.
- c) Debe, finalmente, y con carácter general, evitar expresiones o testimonios vejatorios o lesivos para la condición personal de los individuos y su integridad física y moral.»

Si bien es cierto que progresivamente se ha ido tratando más adecuadamente en los medios las informaciones sobre salud mental a fin de evitar la discriminación de las personas con problemas de salud mental, también es verdad que aún se cometen errores. Esos errores están provocados por el desconocimiento y los prejuicios de los propios periodistas. También ocurre que, en muchas ocasiones, se alude al estado mental de los protagonistas de actos violentos, por lo que se establece una relación equívoca entre peligrosidad y trastorno mental.

Otro elemento susceptible de discriminación y que suele pasar más desapercibido es el lenguaje. El lenguaje no es de por sí sexista, machista o discriminatorio; en todo caso son los hablantes los que, al comunicarse, pueden “caer” en esas lacras sociales. El

movimiento asociativo de salud mental es consciente de la importancia de utilizar un lenguaje no estigmatizante. Por ello han elaborado numerosas guías de comunicación, dirigidas a los medios, que reflejan claramente cómo debe utilizarse la lengua para así discernir las expresiones correctas de las que deberían evitarse.

Los medios de comunicación ejercen una enorme influencia en la sociedad, por lo que no es de extrañar que se les denomine «el cuarto poder», tras el ejecutivo, el legislativo y el judicial. La actual crisis económica que se está viviendo a nivel global ha comportado muchos despidos en el sector periodístico, lo que implica trabajar más en menos tiempo. Sin embargo, esto no exime a los profesionales de la información para seguir cumpliendo con su compromiso público de ofrecer noticias veraces y objetivas.

El principal contacto que tienen los ciudadanos con la realidad y el mundo son los medios de comunicación, que actúan como intermediarios entre los protagonistas de los hechos (las fuentes) y el conjunto de la sociedad. Los periodistas no deben ser expertos para realizar su trabajo, pero sí deben documentarse y adquirir conocimientos previos sobre salud mental, acudir a fuentes fiables cuando necesiten recabar información y enfrentar los propios prejuicios personales.

1.2. Justificación

James Baldwin, escritor afroamericano y uno de los más conocidos precursores del movimiento por los derechos civiles (Antoni Gutiérrez-Rubí, 2014, p. 11) dijo «Escribimos para cambiar el mundo (...). El mundo cambia en función de cómo lo ven las personas y si logramos alterar, aunque solo sea un milímetro, la manera como miran la realidad, entonces podemos cambiarlo».

Estas palabras reflejan una de las principales razones para la elaboración de este trabajo. Cuando escribimos, cuando hablamos, expresamos ideas y emociones. Esas ideas y emociones suelen ser fruto de la experiencia individual de cada persona, de su nivel cultural y educativo, etc. El ser humano es subjetivo por naturaleza y, al margen de sus vivencias, existe una realidad que se debe conocer, sobre todo cuando el desconocimiento implica discriminación.

Esta investigación se justifica porque hay que hablar de salud mental. Al igual que la sociedad habla sin tapujos del cáncer, la diabetes o el asma, también debe hacerlo de la salud de la mente. El hándicap que debe enfrentar la salud mental respecto a la salud física es el estigma y la desinformación que existe, lo que conduce a etiquetas del tipo *“loco, perturbado o trastornado”*.

El ser humano siempre ha buscado explicaciones a todo lo que acontece a su alrededor. Desde el inicio de las civilizaciones, las causas de muchas situaciones que los humanos no podían entender o explicar las buscaron en la voluntad de dioses y demonios. Progresivamente, y a través de muchos siglos de historia, la razón se fue apoderando del pensamiento de los humanos y se fue desarrollando la ciencia. Sin embargo, aun hoy en día es habitual explicar los actos violentos y escabrosos que cometen las personas con expresiones del tipo “es que estaba loco”, “mal de la cabeza” o “es un esquizofrénico”.

Los científicos han investigado (con acierto o no, como veremos más adelante) sobre salud mental y existen diversas teorías y corrientes de pensamiento de cómo deben tratarse estos problemas de salud. Para ofrecer un estado de la cuestión lo más completo posible, este trabajo recoge diferentes perspectivas para llegar a un denominador común, y es que el estigma que viven las personas con problemas de salud mental está injustificado y que todos podemos experimentar, en algún momento de nuestra vida, un trastorno mental.

El estigma solo se erradica con conocimiento y el conocimiento se trasmite a través de las palabras. Así lo manifiesta Antoni Gutiérrez-Rubí en el prólogo del libro *“Tus gestos te delatan”*: «las palabras pueden alterar la manera en que los ciudadanos ven la realidad». No es lo mismo decir “es un enfermo mental, está loco”, que decir “tiene un problema de salud mental”. La primera expresión causa miedo y confusión, lo que incita a la discriminación. En cambio, la segunda indica que existe una dificultad que precisa de ayuda para ser superada.

Los medios de comunicación son los principales transmisores de la realidad y responsables de las ideas que difunden. Si de forma general y masiva cambian los términos y la forma de redactar las noticias sobre salud mental, esos mensajes calarán

sin duda en la sociedad y eso implicaría un primer paso para acabar con el estigma que rodea a la salud mental.

1.3. Objetivos

1. Visibilizar y normalizar los problemas de salud mental.
2. Dar a conocer los principales trastornos mentales.
3. Distinguir los problemas de salud mental de otros problemas de salud.
4. Ofrecer argumentos que fomenten la erradicación del estigma.
5. Escribir una guía de comunicación propia que sirva a los medios y a la sociedad para utilizar correctamente el lenguaje de salud mental.
6. Concienciar a los lectores de que todos somos personas y de que cualquiera puede experimentar un problema de salud mental en algún momento de la vida.
7. Dar a conocer la labor de las asociaciones canarias que luchan por los derechos de las personas con problemas de salud mental.
8. Informar sobre los tratamientos existentes.
9. Ofrecer datos de la incidencia de los problemas de salud mental en la población.

1.4. Hipótesis

1. Los periódicos digitales no tratan adecuadamente las noticias sobre salud mental.
2. El estigma social no es una cuestión del pasado, sino que pervive en la actualidad.

1.5. Resumen de la metodología

Para la elaboración de este Trabajo de Fin de Grado he consultado diversos libros impresos y páginas web. He analizado piezas informativas de distintos periódicos digitales nacionales para obtener resultados y otras las he utilizado como fuente de documentación. También me ha servido la información y formación proporcionada por

la asociación tinerfeña AFES Salud Mental, además de poder contar con expertos que han ofrecido sus perspectivas en una entrevista.

Este trabajo académico pretende condensar diferentes aspectos relacionados con la salud mental para mostrar la evolución histórica y el estado actual, especialmente el estigma social y mediático. Es una investigación centrada en la transmisión de conocimientos y realidades de las personas que viven un problema de salud mental, que no precisa de encuestas, pero sí de un método científico.

1.6. Explicación de términos

En la introducción se han definido las expresiones «salud mental» y «trastorno mental», nociones básicas y primarias para adentrarse en este trabajo y poder entender todo lo que en él se explica. Por su parte, en este apartado están recogidos y definidos los trastornos mentales más reconocidos. Antes de continuar, hay que aclarar dos aspectos. El primero es, como ya se ha comentado, que la mente humana es compleja; por ello existen muchos subtipos de problemas mentales aglutinados en categorías más comunes. El segundo aspecto es que los diagnósticos psiquiátricos son etiquetas que inducen a la estigmatización. Por lo tanto, lo importante no es el diagnóstico, sino el hecho de que la persona tiene un problema para el cual necesita ayuda y del que se puede recuperar. Sin embargo, se deben conocer los principales trastornos para, precisamente, acabar con el estigma y así poder distinguir qué es un problema de salud mental y qué no lo es, ya que a menudo se confunden.

Principales problemas de salud mental:

- Esquizofrenia. Miquel Bernardo la define así: «Enfermedad cerebral compleja en la que se produce un funcionamiento defectuoso de los circuitos cerebrales que provoca un desequilibrio entre los neurotransmisores. Por consiguiente, se verán afectadas algunas de las funciones que rigen el pensamiento, las emociones y la conducta».
- Trastorno bipolar. Se trata de un trastorno caracterizado por la presencia de episodios reiterados (es decir, al menos dos) en los que el estado de ánimo y los

niveles de actividad están profundamente alterados, de forma que en ocasiones la alteración consiste en una exaltación del estado de ánimo y un aumento de la vitalidad y del nivel de actividad (manía o hipomanía) y en otras, en una disminución del estado de ánimo y un descenso de la vitalidad y de la actividad (depresión). (CIE 10, 1992, p. 147-148).

- Trastorno de la personalidad. Trastorno grave del carácter constitutivo y de las tendencias comportamentales del individuo, que normalmente afectan a varios aspectos de la personalidad y que casi siempre se acompañan de alteraciones personales y sociales considerables, [...] por ejemplo a la afectividad, a la excitabilidad, al control de los impulsos, a las formas de percibir y de pensar y al estilo de relacionarse con los demás. (CIE 10, 1992, p. 249-250).

- Trastorno con déficit de atención por hiperactividad (TDAH). El TDAH es una enfermedad crónica, de inicio en la infancia y que en la mayoría de las ocasiones persiste en la adolescencia y en la vida adulta, se caracteriza por una tríada sintomatológica: inatención, hiperactividad e impulsividad que producen deterioro en el funcionamiento familiar, académico, social o laboral. (Francisco de la Peña Olvera, 2000, p. 243).

- Depresión. En los episodios depresivos típicos, sean leves, moderados o graves, por lo general, se produce la disminución de la atención y concentración, la pérdida de la confianza en uno mismo y sentimientos de inferioridad, las ideas de culpa y de ser inútil (incluso en los episodios leves), una perspectiva sombría del futuro, los pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones, los trastornos del sueño y la pérdida del apetito. (CIE 10, 1992, p. 152).

- Anorexia nerviosa. La anorexia nerviosa es un trastorno caracterizado por la presencia de una pérdida deliberada de peso, inducida o mantenida por la misma persona. [...] A pesar de que las causas fundamentales de la anorexia nerviosa siguen sin conocerse, hay una evidencia cada vez mayor de que existen una serie de factores socioculturales y biológicos que interactúan entre sí contribuyendo a su presentación, en la que participan también mecanismos psicológicos menos específicos y una vulnerabilidad de la personalidad.

El trastorno se acompaña de desnutrición de intensidad variable, de la que son consecuencia alteraciones endocrinas y metabólicas, así como una serie de trastornos funcionales. [...] Se caracteriza por restricciones en la dieta, ejercicio físico excesivo con alteraciones del equilibrio metabólico, provocación de vómitos, utilización de laxantes y la distorsión de la imagen corporal. Pueden presentarse además síntomas depresivos u obsesivos, así como rasgos de la personalidad anormales. (CIE 10, 1992, p. 219-221).

- Bulimia. La bulimia nerviosa es un síndrome caracterizado por episodios repetidos de ingesta excesiva de alimentos y por una preocupación exagerada por el control del peso corporal lo que lleva a la persona a adoptar medidas extremas para mitigar el aumento de peso producido por la ingesta de comida. [...] El trastorno puede ser considerado como una secuela de la anorexia nerviosa persistente (aunque también puede darse la secuencia contraria). A primera vista, la persona previamente anoréxica puede parecer que está mejorando a medida que gana peso e incluso recupera la menstruación si es mujer, pero entonces surge un comportamiento caracterizado por sobrealimentación y vómitos.

Se produce una preocupación continua por la comida, con deseos irresistibles de comer, de modo que la persona termina por sucumbir a ellos, presentándose episodios de polifagia durante los cuales consume grandes cantidades de comida en períodos cortos de tiempo. La persona intenta contrarrestar el aumento de

peso así producido mediante uno o más de uno de los siguientes métodos: vómitos autoprovocados, abuso de laxantes, períodos intervalares de ayuno, consumo de fármacos tales como supresores del apetito, extractos tiroideos o diuréticos.

La psicopatología consiste en un miedo morboso a engordar, y la persona se fija de forma estricta un dintel de peso muy inferior al que tenía antes de la enfermedad, o al de su peso óptimo o sano. (CIE 10, 1992, p. 221-222).

- Fobia. Temor enfermizo e irracional a la vez que obsesionante y angustioso, del que el sujeto no puede desembarazarse. Las fobias han sido distinguidas en función de su objeto. El objeto fóbico puede ser muy variable e incongruente, pero muy constante para un sujeto dado. (Medicina-10, psiquiatría).

- Trastorno obsesivo compulsivo (TOC). La característica esencial de este trastorno es la presencia de pensamientos obsesivos o actos compulsivos recurrentes [...]. Los pensamientos obsesivos son ideas, imágenes o impulsos mentales que irrumpen una y otra vez en la actividad mental del individuo, de una forma estereotipada. Suelen ser siempre desagradables (por su contenido violento u obsceno, o simplemente porque son percibidos como carentes de sentido) y el que los padece suele intentar, por lo general sin éxito, resistirse a ellos.

Son, sin embargo, percibidos como pensamientos propios, a pesar de que son involuntarios y a menudo repulsivos. Los actos o rituales compulsivos son formas de conducta estereotipadas que se repiten una y otra vez. No son por sí mismos placenteros, ni dan lugar a actividades útiles por sí mismas. Para la persona tienen la función de prevenir que tenga lugar algún hecho objetivamente improbable. [...] Casi siempre está presente un cierto grado de ansiedad. Existe una íntima relación entre los síntomas obsesivos, en especial pensamientos obsesivos, y la depresión. (CIE 10, 1992, p. 179).

CAPÍTULO 2 – Metodología

El presente trabajo académico utiliza el método científico para garantizar la validez y la fiabilidad de los resultados obtenidos, y así poder conocer la percepción real de los problemas de la salud mental en la ciudadanía y la forma en la que los medios de comunicación transmiten las noticias relacionadas con este tema.

La observación de fenómenos, la elaboración de hipótesis, la experimentación, y el establecimiento de teorías y leyes son los principales pasos a seguir cuando un estudio utiliza el método científico para obtener conclusiones.

La puesta en marcha de todo método de investigación en la ciencia parte de una observación detallada y rigurosa sobre aspectos desconocidos o poco estudiados por el ser humano, y que generan una serie de dudas y preguntas que se pretenden resolver.

Los mitos y prejuicios acerca de las personas que sufren algún trastorno mental abundan en la ciudadanía. Además los medios de comunicación han publicado a lo largo del tiempo muchas noticias y textos periodísticos que han ayudado a formar una opinión pública desfavorable y errónea sobre un colectivo vulnerable como es el de las personas con problemas mentales.

Por ejemplo, el periódico *El Día* publicó en la sección de Sucesos del 14 de abril de 2012 el siguiente titular ``Atrapan a un enfermo mental agresivo que amenaza a vecinos en Punta del Hidalgo''. *El Periódico de Aragón* recoge una noticia del 29 de abril de 2007, también en Sucesos, que se titula ``Un joven esquizofrénico mata a su padre tras una disputa''. Como último ejemplo, el 29 de mayo de 2017 *Faro de Vigo* se hizo eco de una noticia que tituló ``La doctora que en 2003 asesinó a tres personas podría salir del psiquiátrico''. Dicha noticia se encuentra ubicada, como las otras, en Sucesos.

Estos titulares, al igual que otros muchos, relacionan la violencia y la peligrosidad con las personas que experimentan problemas de salud mental. Este hecho observable lleva a la elaboración de hipótesis. En concreto, se han expuesto dos hipótesis en este trabajo. La primera es que las ediciones digitales de los periódicos españoles no tratan adecuadamente las noticias de salud mental. La segunda es que el estigma social no se ha superado y aún existe.

A través de la experimentación, las hipótesis antes citadas quedan refutadas o verificadas. Con el análisis de productos periodísticos publicados se contempla cómo es el tratamiento informativo de la salud mental en la actualidad y se elaboran teorías apoyadas por expertos que permiten establecer leyes ciertas sobre la situación real del tratamiento social y mediático de los problemas de salud mental.

La metodología científica que las ciencias sociales siguen en sus estudios exige que la investigación pueda reproducirse en cualquier momento y por cualquier persona y que los resultados obtenidos sean iguales, independientemente del investigador o de otras variables. El propósito de una investigación científica no es el hallazgo de conclusiones espectaculares o previamente establecidas, sino la obtención de datos que permitan avanzar en el conocimiento social de determinados fenómenos.

Normalmente la metodología de un trabajo se sirve de dos tipos de fuentes, conocidas como primarias y secundarias.

Las fuentes primarias, también llamadas directas, son fruto de la búsqueda personal del investigador en su entorno y no se han consultado en ninguna publicación anterior. Es el caso de las encuestas, las salidas de campo o las entrevistas. Para la elaboración de este estudio no se han utilizado encuestas, pero sí entrevistas a expertos. Concretamente, una psicóloga clínica y el presidente de la asociación AFES Salud Mental exponen su visión acerca del eje central de este trabajo, el estigma de la salud mental. Ambas entrevistas se produjeron personalmente, cara a cara, y se grabaron con un dispositivo móvil. Las preguntas y respuestas están reflejadas en los anexos de este trabajo universitario.

De forma personal se aportan las conclusiones alcanzadas en dos trabajos universitarios previos sobre la misma temática, uno individual y uno grupal, además de la experiencia y conocimientos apprehendidos en las prácticas de fin de carrera realizadas en la entidad antes nombrada AFES Salud Mental.

Por último, las fuentes secundarias o indirectas precisan de la consulta de investigaciones previas llevadas a cabo por otros estudiosos o autores. Se ha procedido a examinar libros impresos, páginas web, artículos en revistas, además del análisis de los 70 productos periodísticos publicados en las ediciones digitales de periódicos españoles entre 2015 y 2017.

En total se han considerado 10 periódicos digitales, 5 de ámbito local canario (*La Opinión de Tenerife, El Día, Diario de Avisos, Canarias 7 y La Provincia*), y 5 de cobertura nacional (*ABC, El País, La Vanguardia, La Razón y El Mundo*). De cada edición digital se han extraído 7 productos noticiosos. De los 70 productos totales, 19 fueron publicados en 2015, 21 en 2016 y 30 en 2017.

Para dicho análisis se ha utilizado una tabla genérica de obtención de datos. Tras la lectura pormenorizada de las 70 noticias, se ha rellenado la tabla con cada uno de los textos, y se ha extraído: la sección donde aparecen publicadas las noticias, el título, el o los subtítulos en caso de que los hubiera, el autor, si el texto estaba acompañado por fotos o no y las características de las fotografías, afirmaciones literales del cuerpo de la noticia relevantes para el objeto de estudio, si hablaban o hacían mención al estigma, si el lenguaje era o no adecuado o discriminatorio y las observaciones finales.

Además del análisis de las noticias digitales, también se han examinado tres artículos de dos revistas impresas. Por una parte, se trata de la publicación número 432 de *Muy Interesante*, que reflejó en la portada de mayo de 2017 el artículo titulado ``¿Tu jefe es un psicópata?´´. Y añade ``La crisis dispara las conductas abusivas en el trabajo´´, ``Cómo tratar con directivos manipuladores´´, y el test ``Descubre si trabajas para uno de ellos´´.

De dicho artículo se ha analizado el lenguaje empleado, las fotografías, la tipografía, la relación establecida entre la figura de un jefe y la salud mental y el nivel de discriminación que las personas con problemas de salud mental pueden padecer tras la observación y lectura de este texto escrito por el psicoterapeuta Luis Muiño entre las páginas 46 y 51 de la edición.

También se han observado dos artículos de la revista impresa *Encuentro*, de la Confederación Salud Mental España. Se ha seleccionado la nº1 de 2017, y se han extraído declaraciones de la página 7, titulada ``Cuando hablar es el primer paso hacia la recuperación´´, y de las páginas 12 y 13, que recogen el testimonio de una persona con trastorno mental.

La finalidad del análisis de ambas revistas es exponer dos puntos de vista y dos formas de tratamiento opuestas de la salud mental en medios de comunicación impresos.

Capítulo 3 – Marco teórico

3.1. Marco teórico

3.1.1. Historia de la salud mental

En la Edad Antigua se creía que los demonios eran los responsables de las enfermedades, y la fuente de curación era el dios benefactor adecuado. Alrededor del año 2.000 a.C. en Mesopotamia se invocaba a *Idsta*, el demonio a quien se consideraba causante de la locura. La religión cristiana refleja en el Antiguo Testamento que la locura es una consecuencia directa del pecado, y durante siglos utilizó el texto sagrado para justificar la violencia ejercida a las personas con problemas de salud mental. En cambio, el libro sagrado de los judíos, el Talmud (200-70 a.C.) recoge que los «locos no son responsables del daño o de la vergüenza que producen». Por ello, en vez de ser lapidados o expiados, abogaba por que fueran ayudados.

Con la llegada de la Época Clásica, en Grecia se produjo el cambio del mito al logos; es decir, el cambio de las explicaciones sobrenaturales e irracionales por la observación y la razón. Progresivamente los médicos fueron sustituyendo a los sacerdotes e Hipócrates (460-377 a.C.) promulgó la «teoría médica» de la locura.

Los habitantes de la antigua Roma se vieron amenazados por la proliferación de epidemias y de tribus bárbaras saqueadoras, lo que provocó el retorno de las creencias sobrenaturales. En el siglo IV a. C. el emperador Constantino proclamó el cristianismo como religión oficial, lo que otorgó un gran poder a la Iglesia y al Estado. El Nuevo Testamento manifestaba que solo Jesucristo podía curar a los enfermos y expulsar a los demonios.

Ya en la Alta Edad Media a los pacientes del primer Hospital de Belén de Londres (más tarde conocido como el «foso de serpientes» de Bedlam) se les obligaba a llevar un brazalete cuando salían de permiso. Esta iniciativa provocó la falsificación de brazaletes para delinquir impunemente, puesto que se creía que las personas poseídas por el diablo no eran conscientes de sus actos. El tratamiento eran los exorcismos, que lejos de

considerarse un castigo, se veían como un proceso benévolo para eliminar la causa del problema, el diablo.

Durante esta época tardía de la Edad Media, una serie de factores sociales y morales infundaron la misoginia en la sociedad y en la Iglesia. Debido a esto la mayoría de personas torturadas y asesinadas eran mujeres. La Inquisición fue un ejemplo de crueldad que castigó todas aquellas conductas consideradas inaceptables o inoportunas por quienes ostentaban el poder. Estas actuaciones violentas se justificaban con teorías que decían ayudar a las personas “deficientes”. En el caso de las mujeres acusadas de brujería, sus asesinatos se excusaban porque así podrían purificar sus almas para entrar al reino de los cielos.

El Renacimiento comportó el retorno hacia la observación y la razón. Durante esta etapa la visión de la Iglesia era menos influyente, aunque mantuvo su dominio. Dos grandes escritores, como lo fueron Shakespeare y Cervantes, escribieron obras (*Hamlet* y el *Quijote*, respectivamente) que reflejaron los orígenes psicosociales de la locura.

En cuanto al ámbito científico, el médico inglés Thomas Sydenham también creyó en las teorías psicosociales, ya que sus diagnósticos se basaron en las circunstancias emocionales de las personas. Sin embargo, y según la opinión del psicólogo clínico John Read, la dirección que se adoptó resultó ser una transición de un error basado en una forma de autoridad, la religión, a un error basado en otra forma de autoridad igualmente peligrosa, la «ciencia médica» simplista y reduccionista. La violencia permanecía, aunque oculta bajo unas razones distintas.

Desde los últimos años del siglo XVII hasta bien entrado el siglo XVIII imperó la denominada teoría «científica», que se mantiene hasta nuestros días. En la época de la Ilustración se intentó encontrar las verdaderas categorías de “enfermedades mentales” que se habían imaginado, pero esto llevó a una serie de avances inútiles en el campo de las explicaciones fisiológicas. Los clasificadores simplemente reelaboraron las antiguas teorías para encajarlas en las nuevas categorías.

Las personas con problemas de salud mental seguían siendo sometidas a tratamientos violentos. El «gran confinamiento», como llamó el historiador francés Foucault a este

período, se caracterizó por la obligación que tenían los internos de trabajar por un sueldo mísero, bajo la excusa de que seguían una «terapia ocupacional», y por la intención política de reducir el desempleo, bajo el pretexto de ayudar a los pobres y enfermos. Además se publicó un edicto que manifestaba que las causas de las demencias eran la mendicidad y la ociosidad.

Según Foucault, en Europa se encerraba a las personas con problemas mentales junto a los considerados amenazadores o inoportunos por el poder. Para disimular esta situación llamaron hospitales a lo que en realidad eran prisiones. Los tratamientos administrados en los psiquiátricos se basaban en la purificación del cuerpo, puesto que se pensaba que la causa de los trastornos mentales era la contaminación moral. Estos tratamientos, avalados por médicos, consistían en el suministro forzado de crémor tártaro, hollín, cochinillas y jabón.

A los médicos Phillipe Pinel en Francia, William Tuke en Inglaterra, Chiarugi en Italia y Muller y Reil en Alemania se les recuerda por ofrecer un trato más humano a las personas consideradas dementes. La figura del médico desempeñó un papel irrelevante en los hospitales de confinamiento, hasta que accedieron a ellos no como expertos, sino como perfiles autoritarios que apoyaron la firmeza del personal de estos centros.

3.1.2. Nacimiento de la esquizofrenia

Los psiquiatras Emil Kraepelin y Eugen Bleuler son considerados los padres, los inventores, de la esquizofrenia. Esta invención supuso la continuidad en el control social y en la administración de tratamientos perjudiciales para las personas con problemas mentales, bajo el pretexto de ayudarlas.

Kraepelin manifestó descubrir una enfermedad degenerativa incurable, pero si las personas que él diagnosticaba con dicha enfermedad mejoraban, entonces decía que no la tenían. Lo que este psiquiatra hacía era utilizar a aquellas personas que no presentaban una evolución favorable como muestra de que su enfermedad inventada existía.

Este médico diagnosticaba sin obtener unos resultados previos. Como sus predecesores, su trabajo se centró en elaborar un listado de conductas y etiquetarlas con términos que sonaban extraídos del campo de la medicina. Se apropió de manifestaciones como la catatonía (síndrome de la esquizofrenia, con rigidez muscular y estupor mental, algunas veces acompañado de una gran excitación, según el *DRAE*) y la paranoia para distinguir hasta 36 grupos de síntomas psíquicos y 19 físicos diferentes.

Se daba el caso de que los pacientes podían presentar síntomas distintos entre sí, pero Kraepelin los diagnosticaba del mismo trastorno. Sin embargo, llegó a admitir algunas deficiencias en su investigación, como las causas de su enfermedad inventada: «actualmente todavía están rodeadas de una penumbra impenetrable».

Las indagaciones psiquiátricas de Kraepelin dejan mucho que desear, tal como afirma John Read: «Proclamar haber descubierto una enfermedad sin haber identificado de forma sistemática unos síntomas, un período de aparición o unas consecuencias, y sin haber encontrado una causa observable, contradice las normas básicas de la ciencia médica».

En 1911 Eugen Bleuler publicó su obra *Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias*. Este psiquiatra admitió el hecho de que nombrar o elaborar un listado con síntomas de una hipotética enfermedad no significaba haberla descubierto. También reconoció no saber en qué consistía la esquizofrenia y fue incapaz de responder a las cuestiones necesarias para proclamar el descubrimiento de una enfermedad.

Para terminar este apartado, es interesante recoger algunas declaraciones de los «padres de la esquizofrenia» respecto a las personas que trataban (reunidas en la obra “Modelos de locura”, como el inicio de este marco teórico):

«Un hebefrénico, que hablaba de forma confusa, sostenía la boquilla del cigarro en la boca de otro paciente que sufría atrofia muscular [...] Lo hacía con una paciencia y una infatigabilidad de las que no sería capaz ninguna persona normal». (Bleuler 1911: 48).

*La hebefrenia es una forma de esquizofrenia que se caracteriza por su aparición precoz (entre los 15 y los 25 años) y un comienzo insidioso y lento, en la que los trastornos

afectivos son importantes, las ideas delirantes y las alucinaciones son transitorias y fragmentadas y es frecuente el comportamiento irresponsable e imprevisible y los manierismos. [...] (Diccionario médico de la Clínica Universidad de Navarra).

«Se comportan de manera libre y espontánea, se ríen en las situaciones serias, actúan con grosería e impertinencia hacia sus superiores, les desafían, pierden la compostura y la dignidad personal; llevan ropas sucias y van desaseados y descuidados, entran en la iglesia con el cigarro encendido en la boca». (Kraepelin 1913: 34).

«Los pacientes estaban sentados sin hacer nada, no se preocupaban por nada, no asistían a su trabajo». (Kraepelin 1913: 37).

«A menudo se observan perversiones como la homosexualidad o anomalías parecidas en la conducta general y en el atuendo del paciente». (Bleuler 1924: 188).

El psicólogo clínico John Read relata así las características consideradas “normales” por los psiquiatras Kraepelin y Bleuler:

«Debemos ser heterosexuales, cumplir con los rígidos roles establecidos para hombres y mujeres, obedecer a nuestros superiores, desear trabajar, nos deben gustar determinadas combinaciones de colores, no debemos tener demasiados sentimientos ni demasiado pocos, no nos debemos interesar por nuevas ideas, no debemos mostrar demasiada compasión hacia los demás, nos debemos comportar correctamente (pero, si somos hombres, no excesivamente), no debemos escribir demasiada poesía ni tocar algún instrumento en exceso, no debemos intentar cambiar el mundo y debemos hablar de forma que incluso los psiquiatras nos puedan comprender».

3.1.3. La violencia ejercida a las personas con problemas mentales en el siglo XX

El mismo año que se instauró el nazismo en Alemania (1933), se promulgó una ley en este país que «establecía la esterilización obligatoria en casos de: defecto mental congénito, esquizofrenia, psicosis maníaco-depresiva, epilepsia hereditaria, corea hereditaria, ceguera hereditaria, sordera hereditaria, deformidad física grave y alcoholismo grave». (Muller-Hill 1988: 30). El principal autor de esta ley fue un

catedrático de psiquiatría de las universidades de Basilea y Múnich, llamado Ernst Rudin. Acogiéndose a esta norma, solo en el primer año se asesinaron a más de 56.000 personas, y en 1939 la cifra aumentó hasta las 350.000.

En la década de los treinta se aprobaron textos legislativos que permitían la esterilización eugenésica en países europeos como Dinamarca, Noruega, Finlandia Suecia y Estados Unidos. La eugenesia es la «aplicación de las leyes biológicas de la herencia al perfeccionamiento de la especie humana», según el Diccionario Clave SM.

En 1938 las esterilizaciones comenzaron a ser sustituidas por los homicidios en el continente europeo. Estos asesinatos recibieron diferentes denominaciones, como “eutanasia”, “muerte piadosa” o “ayuda a morir”. Aunque han trascendido datos del número de muertos en Alemania, se desconocen estas cifras en otros países. Incluso en Alemania existían hasta seis hospitales psiquiátricos especialmente equipados para acabar con la vida de miles de personas.

Existen diversas teorías de las causas de los problemas de salud mental, pero sin duda la teoría hegemónica, la histórica y la actual, es la genética. Esta teoría justificaba las esterilizaciones obligatorias y los homicidios, y fueron los propios psiquiatras los que desarrollaron la idea de que las conductas no deseadas se transmitían genéticamente.

Los tratamientos ideados para las personas con problemas de salud mental eran crueles y perjudiciales. Los poderosos buscaban en ellos una vía de control social que atajara conductas que les interesó condenar para no perder su autoridad, para lo que los “expertos” generaron teorías que ocultaron lo que realmente estaba sucediendo.

Transcurrido medio siglo desde el nacimiento de la esquizofrenia, aun los psiquiatras no habían llegado a un consenso que delimitara quién la padecía y quién no. En 1968 el psicólogo británico Don Bannister expresaba: «la esquizofrenia es un concepto, un Titanic semántico condenado al fracaso antes de zarpar, un concepto tan difuso que no puede ser utilizado en un contexto científico».

Más adelante, concretamente en 1996, el psiquiatra estadounidense Howard James afirmó que «la esquizofrenia es un planteamiento nosológico que no es ni científico ni demostrable, y que ha sobrevivido a su utilidad en el léxico de la psiquiatría moderna».

Por último, el psicólogo clínico John Read aseguró en el libro “Modelos de locura”, publicado en su idioma original en 2004, lo siguiente:

«Una revisión exhaustiva de las investigaciones realizadas sobre cada una de las cuatro áreas de validez (síntomas, etiología, pronosis y tratamiento) concluyó que la esquizofrenia no es una categoría científica útil y que durante todos estos años los investigadores han estado persiguiendo a un fantasma en el seno de la psiquiatría».

3.1.4. La Reforma Psiquiátrica

A partir de 1945, tras la Segunda Guerra Mundial, se produce el rechazo social hacia los manicomios y el encierro asilar. Comenzaron a escucharse voces que clamaban por el cierre de estos centros y por la reforma del modelo psiquiátrico, y surgió la necesidad de encontrar nuevos tratamientos, menos violentos y terapéuticos, y de crear otros recursos más eficaces. Las razones que impulsaron esta nueva forma de pensar eran técnicas y éticas. Técnicas porque había quedado demostrado que el encierro en manicomios era una práctica que no comportaba la recuperación de los pacientes, y éticas porque se quería devolver la dignidad y el respeto perdidos hacia las personas con problemas mentales.

Esta desinstitucionalización requería un cambio de modelo terapéutico, en el que las personas fueran tratadas en la comunidad, y para ello debían adecuarse espacios y recursos sanitarios donde pudieran ser atendidos. El proceso no fue fácil, ya que la sanidad, y sobre todo la psiquiatría, dependen de las políticas sociales. Además, su «fragilidad técnica (fácilmente ideologizada) la hacen muy vulnerable ante el poder político y mediático». (Manuel Desviat, 2010, 254).

Los psicofármacos comenzaron a desarrollarse en la década de los 50, y la Reforma Psiquiátrica surgió en torno a los años 60 y 70 gracias a la demanda social, a la voluntad política y a la existencia de técnicos formados para implantarla. En España llegó más tarde que en países como Estados Unidos, Canadá, Reino Unido e Italia. Esto se debió a

la Guerra Civil Española y a la dictadura posterior, que durante 40 años mermó el panorama intelectual, científico y psiquiátrico de nuestro país.

Hubo que esperar hasta 1985 para que se instaurara la Reforma Psiquiátrica en España al amparo de la Ley General de Sanidad de 1986. Esta ley constituyó un Servicio Nacional de Salud, universal y descentralizado en las Comunidades Autónomas y comportó el cierre de los manicomios. A este respecto, es especialmente relevante el Artículo 20 de dicho texto legislativo (Ley 14/1986, de 25 de abril) que manifiesta: «Se desarrollarán los servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para una adecuada atención integral de los problemas mentales, buscando la necesaria coordinación con los Servicios Sociales». Además estableció la reducción de las hospitalizaciones, y en caso de que fueran necesarias, debían producirse en hospitales generales.

Progresivamente, el modelo asilar y de institución manicomial, caracterizado por el concepto de locura vinculado a incorrección moral, legal y social, y la internación, coerción y confinamiento y tratamientos violentos, evolucionó hacia el modelo de salud mental comunitario: concepto de trastorno mental vinculado a estados de dificultad y malestar que limitan la adaptación, intervención en la comunidad, papel relevante de las asociaciones de salud mental y atención bio-psicosocial.

Aunque la Reforma Psiquiátrica supuso una significativa mejora para la vida y los tratamientos empleados en salud mental, también surgieron críticas en el caso español, como esta del doctor Agustín Melián:

«La aplicación de la Reforma Psiquiátrica, sin la madurez médico-asistencial pertinente y un mínimo de humanismo, ha llenado nuestras ciudades de marginados, vagabundos y drogodependientes que no son expresión de un Estado moderno organizado, con servicios sociales que expresen la pertenencia a una sociedad solidaria». (Ricardo Acirón Royo, 2006, p. 110)

3.1.5. Las asociaciones de salud mental

El movimiento asociativo jugó un papel fundamental para el cierre de los manicomios y la instauración de la Reforma Psiquiátrica. Desde sus inicios, este movimiento ha colaborado en la elaboración de políticas asistenciales, planificadoras y legislativas de salud mental, ha proporcionado servicios de apoyo y ha sensibilizado a la ciudadanía. En 1983 se fundó la *Confederación Salud Mental España*, una entidad sin ánimo de lucro de apoyo a la salud mental y a las personas con este tipo de problemas. Como bien recoge su página web, en la actualidad la confederación se compone de 19 federaciones autonómicas, más de 300 asociaciones uniprovinciales y alrededor de 47.000 socios.

A nivel regional, Canarias cuenta con la *Federación Salud Mental Canarias*, ubicada en Gran Canaria, que a su vez se compone de la *Asociación Salud Mental AFESur* y *Asociación Salud Mental AFAES* (también en Gran Canaria), la *Asociación Tinerfeña en Lucha por la Salud Mental ATELSAM* y *AFES Salud Mental* (ambas en Tenerife), la *Asociación Majorera por la Salud Mental ASOMASAMEN* (Fuerteventura), la *Agrupación para la Defensa del Paciente Psíquico EL CRIBO* (Lanzarote) y la *Asociación de Familias y Personas con problemas de Salud Mental AFEM-LA PALMA*.

Estas asociaciones locales no solo ofrecen apoyo y recursos para las personas con problemas de salud mental y sus familias, sino que impulsan programas radiofónicos en aras del empoderamiento de las propias personas con problemas mentales, como “La Radio de El Cribo La Ovejita Negra”, “Lo bello que es vivir”, de *ASOMASAMEN*, y “Radio Himalia”, de *AFES Salud Mental*. Además, la *Confederación Salud Mental España* edita una revista cuatrimestral, “Encuentro”.

Un objetivo principal de las asociaciones es erradicar el estigma social y mediático que rodea a los problemas de salud mental y a las personas que los experimentan. La propia confederación ha elaborado muchas guías de comunicación, como “Recomendaciones para informar sobre salud mental”, “Cómo abordar la salud mental en los medios de comunicación”, “¿Cómo informar de colectivos en riesgo de exclusión?”, etc. También ha realizado estudios sobre el estigma y la discriminación y ha fomentado planes y campañas para acabar con los prejuicios que abundan en la sociedad.

3.1.6. Los problemas de salud mental

Tener un trastorno de salud mental genera una variedad de contrariedades y problemas. Como ya se ha comentado, existen multitud de tipos y subtipos de problemas mentales; sin embargo, los síntomas más característicos que se manifiestan en general son depresión, ansiedad, irritabilidad, ira y malestar, indicios que precisan de ayuda médica y terapéutica para ser superados.

Cualquier persona puede experimentar estas sensaciones en algún momento de su vida, sobre todo después de vivir episodios dolorosos, como la muerte de un ser querido o la pérdida de un empleo. Pero en el caso de los problemas mentales, estos sentimientos se alargan en el tiempo y son intensos e incluso desproporcionados, lo que dificulta el día a día de las personas que los sufren. Además, hay casos que se agravan y pueden conllevar efectos discapacitantes.

«Todos nosotros tenemos ciertos puntos fuertes y ciertas debilidades psicológicas que vienen determinados por nuestra personalidad, las experiencias vividas, los genes heredados y probablemente algunas anormalidades anatómicas o fisiológicas de nuestro sistema nervioso». (Rodríguez Hernández, S., Rodríguez Pulido, F., Hernández Marrero, J., 1999, 11).

Las personas pueden recuperarse de cualquier problema de salud mental, tanto leve como grave. También en la esquizofrenia, uno de los trastornos más severos y estigmatizados, existe la recuperación total, aunque los síntomas hayan persistido durante años. La familia y el entorno de las personas con problemas de salud mental juegan un papel fundamental para su mejoría, así como los profesionales sanitarios y sociales.

Los tratamientos administrados eran violentos y perjudiciales, pero en la actualidad existen otras alternativas y métodos que han demostrado su eficacia, como el asesoramiento en salud mental, la psicoterapia, la medicación (los psicofármacos), las técnicas psicológicas y las estrategias de rehabilitación y auto-ayuda.

La medicación es un tema controvertido en el ámbito de la psiquiatría. Existen corrientes que abogan por la supresión o la disminución de las dosis de psicofármacos. Sin embargo, mantener altas ventas en estos tipos de medicamentos aporta grandes beneficios económicos a las farmacéuticas. En muchos casos es necesario complementar la medicación con otras terapias, puesto que, aunque puede causar somnolencia u otros efectos indeseados, existen evidencias contundentes de que alivia y reduce muchos de los síntomas propios de los diagnósticos psiquiátricos.

Es importante que la persona con problemas mentales forme parte activa de su recuperación y sea escuchada por los profesionales que la atienden. Así se garantizan mejores resultados. Hablar regularmente y en confianza con los psiquiatras ayuda a conseguir el equilibrio de las dosis administradas, ya que dosis bajas pueden resultar ineficaces y dosis altas pueden causar eludibles efectos secundarios (aumento de peso, alteraciones hormonales, problemas cutáneos, sedación, pérdida de motivación, alteraciones sexuales y disfunciones musculares y del control del movimiento).

3.1.7. El estigma social

Los estereotipos más extendidos en salud mental son: las personas que los experimentan son violentas, peligrosas y pueden convertirse en maníacos asesinos, son impredecibles y perciben el mundo a través de ideas infantiles.

La estigmatización proviene de muchos sectores de la sociedad, desde los medios de comunicación, las autoridades gubernamentales, los propios familiares y el entorno, los profesionales médicos y la población en general. Sin duda, el estigma que rodea a los problemas mentales supone un hándicap para la inclusión social y laboral de las personas que los padecen, pero otra dificultad añadida es el autoestigma.

Podemos definir el autoestigma como el conjunto de pensamientos negativos que una persona con problema mental asume como características propias. Es decir, todos aquellos prejuicios externos presentes en la sociedad, la abocan a creencias dañinas sobre sí misma. El resultado es que la persona se considera peligrosa, incompetente, etc., lo que desemboca en falta de autoestima, desconfianza, vergüenza. Por todo ello,

las personas con problemas de salud mental son aisladas de la sociedad y encuentran muchas dificultades para encontrar un empleo, buscar ayuda y apoyo o vivir de forma normalizada.

Para desmitificar los problemas de salud mental, deben exponerse datos y argumentos que invaliden las ideas erróneas. Por ejemplo:

- “Los problemas de salud mental son raros y poco frecuentes”. La Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó una nota descriptiva en abril de 2017 que recoge que la depresión afecta a más de 300 millones de personas en todo el mundo, alrededor de 60 millones sufre trastorno bipolar y en torno a 21 millones tienen un diagnóstico de esquizofrenia.
- “Tener un trastorno mental grave te convierte en una persona violenta”. «Resulta poco frecuente que las personas con enfermedad mental grave hagan daño a los demás». (Rodríguez Hernández, S., Rodríguez Pulido, F., Hernández Marrero, J., 1999, p.10). [...] «en los casos en que se producen realmente actos violentos, éstos provienen de solo una mínima parte de las personas diagnosticadas de esquizofrenia o psicosis –menos del 5% de las mismas presentan episodios graves de violencia-, y hay además una serie de variables específicamente relacionadas con ellos: tipo de sintomatología, actos previos, consumo de sustancias, falta de tratamiento, situaciones de hostilidad, falta de contacto social, o entornos vecinales desorganizados. [...] (López M., Laviana M., Fernández L., López A., Rodríguez A.M., Aparicio A., 2008, p. 54).

Todo lo contrario, las investigaciones apuntan a que las personas con trastornos mentales son más propensas a ser víctimas de maltrato, discriminación y vulneración de derechos que a infligir daño a sus semejantes.

- “Las personas con problemas de salud mental son culpables de padecer este tipo de trastornos, y su familia también”. [...] «Mayor estigma se adjudica a aquellos

trastornos por los cuales las personas son consideradas como “responsables” o “culpables” de haberlos adquirido». [...] (Pedersen Duncan, 2005, p. 8). [...] «Los contenidos cognitivos (estereotipos) más frecuentemente expresados sobre las personas con enfermedad mental grave, suelen agruparse en algunos factores de significativa consistencia y concordancia, al menos en las sociedades llamadas occidentales: peligrosidad, extrañeza e impredecibilidad, dificultad de relación e incapacidad para manejar su vida, todo ello unido a la creencia de incurabilidad y a un grado variable de atribución de responsabilidad y «culpa» sobre lo que les sucede». [...] (López M., Laviana M., Fernández L., López A., Rodríguez A.M., Aparicio A., 2008, p. 52).

Los problemas de salud mental surgen por una variedad de causas, que los individuos no pueden controlar, y que afectan negativamente a su bienestar emocional. Y la familia es un apoyo fundamental para lograr la mejoría de sus seres queridos.

- “Todas las personas con el mismo diagnóstico psiquiátrico son iguales”. «La esquizofrenia no es causada por las experiencias de la niñez, falta de crianza adecuada o falta de fuerza de voluntad, ni tampoco son los síntomas iguales para cada persona». (*Mental Health America*). «Los problemas de salud mental toman diferentes formas y características en diferentes circunstancias». (*Centre for Addiction and Mental Health*, 2003, p. 2).

El diagnóstico psiquiátrico se caracteriza por ser subjetivo. A diferencia de la salud física, no existen pruebas médicas objetivas (como un análisis de sangre, una resonancia magnética o un electrocardiograma) que certifiquen si una persona tiene un problema mental o no, o si tiene un determinado trastorno u otro. Es un diagnóstico basado en la observación y el juicio de un psiquiatra. «La verdad es que algunas personas son diagnosticadas y tratadas incorrectamente. A veces su diagnóstico cambia tantas veces a través de los años

que pierden la confianza en el sistema de salud». (*Centre for Addiction and Mental Health*, 2003, p. 3).

- “Los problemas de salud mental no se curan”. «La amplia mayoría de aquellas personas con problemas de salud mental se recuperarán por completo gracias a que actualmente se pueden disponer de muchos eficaces métodos de tratamiento para combatir la enfermedad mental y el malestar subjetivo asociado ante algún sentimiento, percepción o conducta que le sea intolerable». (Rodríguez Hernández, S., Rodríguez Pulido, F., Hernández Marrero, J., 1999, p. 26). «Es posible la recuperación de cualquier problema de salud mental con los adecuados tratamientos psicológicos, farmacológicos, rehabilitadores y sociales, que se deben ajustar a la persona y mantenerse en el tiempo que se requiera». (Confederación Salud Mental España).

- “Los problemas de salud mental se contagian o se manifiestan en genios o personas excesivamente inteligentes”. Los problemas mentales no son virus ni originan epidemias. Algunas teorías aseguran que los factores biológicos o genético-hereditarios predisponen a padecer un trastorno mental, pero igualmente existen otras múltiples causas sociales y ambientales. En cuanto a la inteligencia, es una característica personal que no tiene relación con la aparición de un problema mental, pues como bien sostiene la Confederación Salud Mental España “todos tenemos posibilidades de tener un trastorno mental”.

La asociación tinerfeña AFES Salud Mental manifiesta respecto a este tema que tener un problema de salud mental no significa menor capacidad intelectual, no siempre es irreversible, ni hereditario, ni permanente en la vida de los seres humanos. Además, reconocen una serie de actitudes adoptadas socialmente que inducen a la estigmatización, como el miedo y la exclusión (“se les debe temer, son peligrosos, hay que encerrarlos o mantenerlos fuera de la comunidad”), la benevolencia (“son como niños”), el proteccionismo (“necesitan que les cuiden, no pueden hacer nada por sí mismos”) y el autoritarismo (“son irresponsables y se debe tomar decisiones por ellos”).

A su vez, dicha asociación proporciona algunas recomendaciones útiles para evitar la discriminación. Entre ellas se encuentran usar adecuadamente el lenguaje (tema que se aborda en un apartado posterior), evitar sobreestimar o subestimar a las personas con problemas mentales, considerar el estado de salud general de la persona, informarse para desterrar tópicos o creencias erróneas propias, hablar con normalidad de salud mental y sus problemas y no generalizar situaciones personales ni temporales.

3.1.8. El estigma mediático

El periodista Ricardo Acirón Royo habla en su libro *Papeles sueltos* del «rechazo violento, perenne y deshumanizado de la sociedad, que ha buscado “protegerse” a sí misma» y que ha tratado «como a seres molestos, perjudiciales, estigmatizados» a las personas con problemas mentales. Incluso habla de ignorancia consciente «en unas y en otras situaciones, cual a sujetos / objetos improductivos para el bien común».

El catedrático Polaino Lorente asegura que la ciudadanía se desentiende de su responsabilidad ante los problemas de salud mental, y que remite ese cometido exclusivamente a los psiquiatras:

«Proceso que los *mass media* se encargarán luego de robustecer. Basta leer la página de sucesos de cualquier diario para que el ciudadano infiera que sus atribuciones acerca de la población marginal eran ciertas. Si, como dice la prensa, tal marginado ha tenido este o aquel conflicto con la ley, al ciudadano no le queda entonces más que dos posibles interpretaciones explicativas: o el marginado es un delincuente y por eso tiene conflictos con la ley, o el marginado es un enfermo mental y también por ello tiene conflictos con la ley». [...] (Ricardo Acirón Royo, 2006, p. 111)

El profesor critica la pasividad de la sociedad ante estos problemas de salud. «El ciudadano se acuna tranquilo en la cultura de la sospecha y de la exclusión. El ciudadano concluirá que ese problema no le atañe, que él es imponente para resolverlo [...] en una palabra, que la marginación constituye un problema que debe ser resuelto por la policía o los psiquiatras».

Por su parte, el doctor Abril Hernández manifiesta: “No me resultaría difícil admitir que gran parte de la responsabilidad de aquellas ideas distorsionadoras podrían ser

imputadas al fenómeno de la comunicación de masas”. El médico centra la atención en los motivos de la generalización de ciertas creencias y actitudes, y para él la causa se encuentra en la naturaleza humana. «El trastorno mental, la concienciación en profundidad de que potencialmente puedo perder la razón, sufrir una enfermedad mental, es algo tan doloroso, inaceptable e incombustible que muchas veces actuamos como si realmente negáramos la existencia de la enfermedad psíquica».

También Benito Menni se ha expresado al respecto, y pide “que se escuche, se hable y se escriba siempre de ellos con afecto y consideración. [...] Que los amemos como hombres y los respetemos como a personas”.

Acirón insta a los periodistas a difundir mensajes «veraces, claros, rigurosos, directos, prudentes, sencillos, inmediatamente creíbles», como así rezan los manuales de ética y deontología de la profesión periodística. A su vez destaca la importancia de la formación sanitaria de los periodistas para poder difundir mejor estos conocimientos a los ciudadanos: “Sin fomentar los sensacionalismos, ni anticipar la presunción de éxitos científicos y de avances en tratamientos terapéuticos aún no probados”.

María del Mar López Talavera declara: «Los medios de comunicación tienen el inmenso poder de educar en la igualdad, de transmitir valores sociales óptimos para la convivencia, de denunciar injusticias y de dar voz y protagonismo a colectivos desfavorecidos». Estos colectivos desfavorecidos son, según la autora, los gitanos, los homosexuales, los inmigrantes, los discapacitados, las personas mayores y las personas con problemas de salud mental. Estos grupos sociales tienen en común “la desigualdad en el acceso y tratamiento recibido en los medios de comunicación”.

Para la escritora, los medios tienen la responsabilidad social y profesional de «dispensar un tratamiento adecuado a dichos grupos sociales», un deber que no deben trasladar a otros agentes sociales, al público o a la audiencia. Así se garantiza la democracia y la “convivencia pacífica”.

Además, López Talavera apunta las siguientes indicaciones para los medios de comunicación de masas:

«Solo habrá que destacar las características diferenciales de colectivos socialmente desfavorecidos y que son los protagonistas de una noticia, siempre y cuando estos rasgos definitorios sean relevantes para el desarrollo de la noticia. Puesto que, de lo contrario, sí que se podría estigmatizar al colectivo desfavorecido y desprestigiar su imagen, por lo que es preferible no revelar estas características». (M^o del Mar López Talavera, 2016, p. 116)

También critica la autora algunas actuaciones de los medios informativos, de los que afirma que “hay una evidente tendencia al sensacionalismo a la hora de magnificar la información relativa a estos grupos tan vulnerables, con objeto de acaparar más lectores o audiencia. En ocasiones, los medios se aprovechan de situaciones de aflicción y de dolor de estos colectivos para alimentar el morbo e incrementar los índices de audiencia”.

3.1.9. El lenguaje

Las palabras tienen significados denotativos y connotativos. Los significados denotativos son objetivos y se encuentran en los diccionarios, enciclopedias o manuales. Los connotativos son subjetivos, por lo que cada sociedad, cada cultura y cada persona establece los suyos propios. Esa connotación puede llevar a la estigmatización, por lo que es necesario utilizar los términos adecuados cuando se hable de colectivos vulnerables socialmente, como son las personas con problemas mentales.

“Las palabras son determinantes para expresar no ya lo que somos, a lo que aspiramos, nuestras necesidades y requerimientos. Lo son para dejar constancia del mundo y de la vida”. (Luis Mateo Díez, 2007, portada).

Un lenguaje incorrectamente empleado contribuye a la discriminación de cualquier colectivo y los términos utilizados pueden ser un mecanismo para la exclusión y la construcción de ideas alejadas de la realidad. El estigma y los vocablos inapropiados levantan una barrera invisible entre la ciudadanía y las personas con problemas de salud mental, lo que impide la objetividad y la percepción real de las aptitudes de las personas con problemas mentales.

«También hay que evitar el uso de un lenguaje inadecuado por resultar discriminatorio y fuera de contexto, y eludir los términos peyorativos que induzcan al receptor a formarse

estereotipos y prejuicios, así como contrastar todas las fuentes de información y no dar una única versión de los hechos ocurridos». (María del Mar López Talavera, 2016, p. 117)

El término “psicosis” se utiliza para indicar que existe una dificultad para diferenciar la realidad de la imaginación. Quien vive un episodio de psicosis sustituye la realidad por una realidad subjetiva que procede de estímulos internos y de vivencias personales. Algunos síntomas asociados a la psicosis son “oír voces” y tener “delirios”. Oír voces implica que la persona afectada escucha a alguien hablar cuando en realidad nadie está hablando. Y tener delirios supone estar convencido/a de que determinadas ideas son ciertas, cuando en realidad son inverosímiles.

Marius Romme y Sandra Escher consideran la psicosis una crisis emocional, y además para ellos el término es una mistificación; es decir, un término engañoso y deformado.

«Creemos que llamar a la escucha de voces «alucinaciones» y a las creencias poco habituales «ideas delirantes», o denominar a ambos fenómenos «síntomas psicóticos», no está justificado y es perjudicial, y que estos términos dificultan el establecimiento de una relación con una persona que ya está teniendo dificultades por estas voces, y discrimina negativamente a las personas que experimentan influencias positivas por dichas experiencias». (Romme y Escher, 2012, p. 2)

Estos expertos afirman que las alucinaciones auditivas o la escucha de voces, así como tener creencias poco habituales o ideas delirantes, no son síntomas de psicopatología. Es más, se basan en investigaciones epidemiológicas para aseverar que estos fenómenos ocurren con mayor frecuencia en la población general sin diagnóstico psiquiátrico que en personas diagnosticadas de un problema mental.

Del lenguaje empleado en salud mental opinan: «La terminología médica es discriminatoria porque se utiliza para juzgar a las personas, en lugar de escucharlas, tomarlas en serio y actuar con respeto. En la práctica la terminología aliena a las personas de su experiencia, dificulta su desarrollo y no estimula a la persona para que tenga un mayor conocimiento de lo que está experimentando».

El término “psicópata” se utiliza con demasiada ligereza para etiquetar a los causantes de sucesos trágicos o sobrecogedores. Aparte de que es un vocablo inadecuado y estigmatizante, la psicosis, en cualquier caso, debe ser diagnosticada por especialistas. No se debe recurrir a ese adjetivo por mucho que lo emplee la policía en una nota de prensa y posteriormente los medios de comunicación, o porque esté relacionado con delincuentes y asesinos.

Además, el campo de la psiquiatría denomina “psicopatía” a todos los tipos de problemas mentales. Por tanto, es irracional calificar a una persona con un diagnóstico de esquizofrenia como “psicópata”, y que no ocurra lo mismo con una persona que padezca anorexia, por ejemplo.

Otra expresión que genera controversia es “neurosis”. Este sustantivo describe algunos rasgos de trastornos mentales como la depresión, las obsesiones, la ansiedad o las fobias. Sin embargo, su uso se ha generalizado tanto de forma imprecisa, que los profesionales de la salud mental lo utilizan cada vez menos.

Aunque es frecuente y habitual leer y escuchar la expresión “enfermedad/es mental/es”, existen voces que se muestran contrarias a su empleo. Es el caso de la asociación AFES Salud Mental, que prefieren sustitutivos como “problemas de salud mental o trastornos mentales”.

A este respecto, el director de psicología clínica John Read, el profesor de psiquiatría Loren R. Moshier y el doctor en psicología experimental Richard P. Bentall coinciden en declarar que la “esquizofrenia” no es una enfermedad.

“Habitualmente, la sensibilidad agudizada, las experiencias extraordinarias, la angustia, el desespero, la confusión y la desorganización han sido etiquetadas como conductas «esquizofrénicas», pero, en realidad, *no* son síntomas de ninguna enfermedad. La idea de que «una enfermedad mental es una enfermedad como cualquier otra», que fue promulgada por la psiquiatría biológica y la industria farmacéutica, ya no está respaldada por la investigación, y resulta extremadamente dañina para quienes son etiquetados con unos calificativos psiquiátricos tan estigmatizantes”. (Read, Moshier y Bentall, 2006, p. 3)

Criticando la excesiva presencia de la teoría tradicional, la biológica y la genética, en el sector médico y en los medios de comunicación, en detrimento de otras teorías que

buscan el origen de los problemas mentales en las experiencias vitales de las personas y sus familias. También reprobaban el aumento de la medicalización de las angustias humanas en las últimas décadas del siglo pasado, situación causada por la publicidad de la industria farmacéutica.

“Lo que hasta el momento se había conocido como preocupación y tristeza, pasaron a conocerse como «trastornos de ansiedad» y «enfermedades depresivas» con el objetivo de comercializar los tranquilizantes y los antidepresivos”, sostienen estos especialistas.

Un último apunte importante: se debe distinguir la discapacidad intelectual o mental (también llamada diversidad funcional) de un problema o trastorno mental. La principal diferencia entre estos conceptos es que los efectos de los problemas de salud mental pueden ser transitorios con el tratamiento terapéutico adecuado.

En la siguiente tabla, de elaboración propia, se recogen algunas expresiones a evitar y sus correspondientes alternativas:

SÍ	NO
Persona con problema de salud mental, con problema mental, con trastorno mental	Enfermo mental, psicópata, perturbado, trastornado, loco, demente, maníaco, lunático, neurótico, psicótico
Persona con/que tiene diagnóstico/diagnosticado de esquizofrenia, depresión, trastorno bipolar, anorexia	Enfermedad mental, esquizofrénico, depresivo, bipolar, anoréxica
Centro/unidad de salud mental, centro de día, hospital, centro de inclusión social y laboral	Manicomio, psiquiátrico, centro ocupacional
Ingreso hospitalario/psiquiátrico	Reclusión, encierro, internamiento
Descompensación, recaída	Brote
Viviendas supervisadas	Viviendas tuteladas
Oír voces/escucha de voces	Alucinar/alucinaciones auditivas
Creencias poco habituales	Delirios/ideas delirantes

Este trabajo aborda, como su propio nombre indica, “el estigma social y mediático de la salud mental”. Si hay estigma, es porque unos seres humanos se sienten diferentes, superiores, respecto a sus semejantes. Por ello existe la capacidad de discriminación y exclusión. Pero no debemos olvidar que nadie tiene la culpa ni quiere tener un problema de salud, y de que cualquiera, incluso tú, puedes vivir un conjunto de circunstancias difíciles que pueden desembocar en la “etiqueta” de trastorno mental. Luchemos contra esa etiqueta y a favor del apoyo y la comprensión.

«Todas las personas son como el resto de personas, como algunas personas y como ninguna persona». (Speight)

3.2. Entrevistas a expertos

Con el fin de contrastar y aportar mayor rigor científico e informativo a este trabajo académico, se han realizado dos entrevistas a personalidades relacionadas con la temática. En este apartado solo se ofrecen dos fragmentos de cada entrevista, y ambas al completo pueden leerse en los anexos de este estudio.

La primera entrevistada fue Esther Sanz, psicóloga clínica del Hospital Febles Campos de Santa Cruz de Tenerife.

- ¿Cómo cree que es la cobertura informativa de la salud mental?

“En líneas generales creo que podría ser mejorable. Creo que el estigma, como sabéis, tiene que ver con los estereotipos, con los prejuicios, con la discriminación que sufre la persona con trastornos mentales. Creo que puede estar potenciado por los medios de comunicación. ¿Por qué? Porque el ciudadano común, ¿cómo tiene acceso al tema de la enfermedad mental? Pues a través de los medios de comunicación. Esta es la principal vía de acceso. En los institutos no se habla de los trastornos mentales, en la familia tampoco... La vía de acceso, digamos, es la televisión, los periódicos, la radio... Y lo que suele pasar es que, normalmente, se suele dar cobertura a este tipo de trastornos cuando pasa algo grave: cuando hay un asesinato, cuando existe violencia...

Y al final se termina estableciendo una relación directa entre trastorno mental y peligrosidad o violencia. Y la gente se queda con eso. De hecho nosotros, cuando vienen los alumnos aquí a rotar de psicología o de enfermería, en cuestión de horas se les caen todos los mitos. Porque la gente, incluso las personas que están trabajando o estudiando, están cargados de prejuicios.

Entonces, volviendo a la pregunta, la cobertura de los medios de comunicación creo que podría ser mucho mejor. Actualmente no es demasiado buena y se ciñe, sobre todo, a resaltar lo más morboso o sensacionalista de los trastornos mentales. Aun así, yo conozco casos, ya que llevo muchos años en el activismo, y a mí se me han acercado mucha gente y muchos periodistas que quieren mejorar esta situación. He ido a congresos, donde los periodistas piden que les ayudemos, que le demos información, guías, que les revisemos los textos... Por ejemplo, hay periodistas que me mandan los artículos y me dicen “Esther, revísalo, por favor”. Entonces, yo creo que hay una intencionalidad individualmente, por parte de las personas, pero, a grandes rasgos y de forma más general, hay cosas por mejorar.”

El otro entrevistado fue Enrique González Camacho, persona recuperada de un problema de salud mental y presidente de AFES Salud Mental.

- **¿Alguna vez se ha sentido discriminado en el día a día?**

“Bueno, yo directamente no me he sentido discriminado nunca porque he tenido la suerte hoy por hoy de estar en una asociación donde me siento, digamos, seguro con los compañeros y se habla con naturalidad de los problemas de salud mental. Pero sí es verdad que en todos los sitios no se puede hablar con naturalidad de salud mental por el desconocimiento que hay, la desinformación que hay sobre este tema. Entonces generalmente cuando nosotros o yo en concreto participo en foros o en charlas, ahí ya no es que no me sienta discriminado, sino que me siento reforzado por el público. Pero es verdad que a mí cuando me aparecen los problemas de salud mental, mi entorno, con la dificultad que supone, de alguna manera sí que responde bien, mi familia no me discrimina, ni mis amigos, pero sí es verdad que no se habla mucho del tema, se intenta como obviar y decir “bueno no pasa nada”, pero sí hay muchas personas que sí que se

sienten discriminadas, y no porque directamente se les insulte o se les aisle o se les prejuzgue, sino que hay discriminación en otros ambientes como el laboral por ejemplo, que cuando quieres de repente en tu día a día ir a una entrevista de trabajo o lo que sea pues sí que....

Ahora mismo estoy recordando una situación concreta, yo mismo estaba trabajando de auxiliar de enfermería cuando me apareció el problema de salud mental, y estaba de baja por el problema, estaba ingresado y mi madre llevaba los partes de baja al trabajo, entonces la chica que los recibía le preguntó “Ay, ¿cómo está Enrique?” y mi madre “bueno...ahí va...” y ella dijo “es que claro eso debe ser una cosa terrible, horrorosa...” como asustada. Y ese tipo de respuesta sí que es habitual, que la gente tienda a pensar que los problemas de salud mental son algo como súper raro, cuando no es así, cuando todos en algún momento de nuestra vida podemos tener algún problema de salud mental como ansiedad, depresión....lo que sea. Y bueno la conclusión es esa, que hay mucha desinformación, y que al final la desinformación lo que produce es esa discriminación, porque cuando hay ignorancia uno tiende siempre a juzgar o a hablar de las cosas sin saber y eso hace daño al colectivo.”

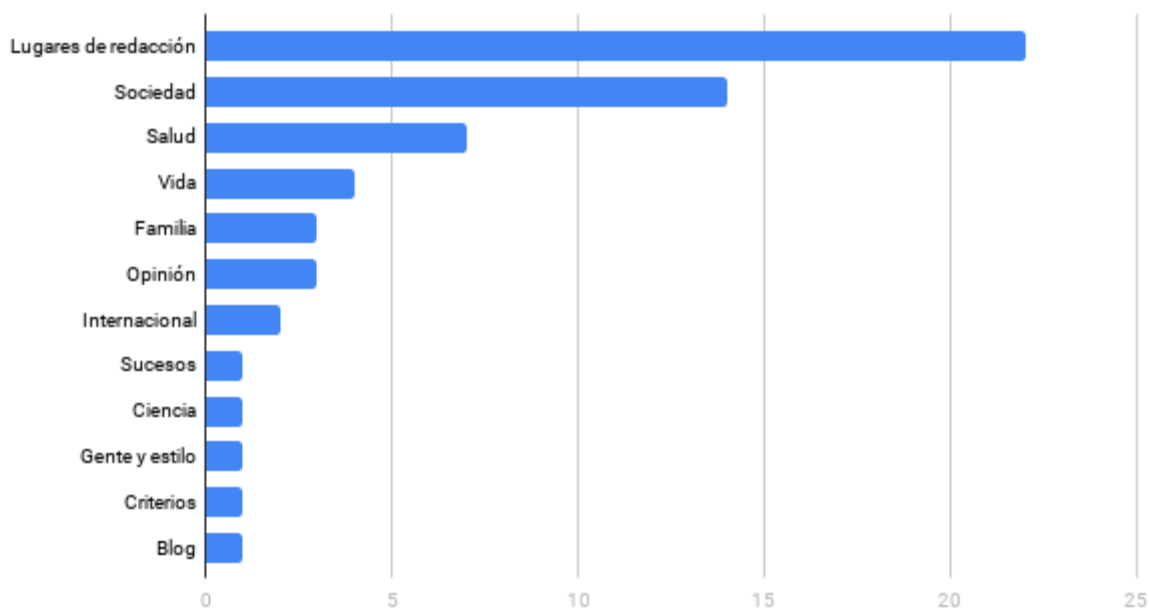
CAPÍTULO 4 – RESULTADOS

La recopilación, lectura y posterior análisis de los 70 textos periodísticos han arrojado una serie de resultados que permiten conocer cómo es el tratamiento informativo de la salud mental en la actualidad en las ediciones de los periódicos digitales españoles. Concretamente, 19 noticias fueron publicadas en 2015, 21 en 2016 y 30 en 2017.

Secciones

Las noticias se han encuadrado en secciones diferentes, aunque no todas se han clasificado. De las 60 secciones observadas, 22 son de los lugares de redacción, 14 de sociedad, 7 de salud, 4 de vida, 3 de familia, otras 3 son artículos de opinión, 2 son noticias internacionales, 1 es de sucesos, 1 de ciencia, 1 gente y estilo, 1 criterios y 1 blog.

Secciones



(Elaboración propia)

Títulos

Los 70 titulares se han clasificado en nueve grupos diferentes: 18 de ellos han recogido demandas sociales, 14 ofrecen datos y cifras, 10 relacionan la salud mental con otros fenómenos, 7 reflejan actos violentos cometidos por personas con problemas de salud mental, 7 son testimonios y declaraciones, 5 se posicionan contra el estigma, 4 evidencian la morbilidad de estos trastornos en la sociedad (la RAE define *morbilidad* como la “proporción de personas que enferman en un sitio y tiempo determinado”), 3 son preguntas retóricas y 2 relacionan los problemas mentales con el cerebro.

El lenguaje empleado ha sido correcto en 57 de los 70 titulares. Sin embargo, 13 de ellos registran palabras estigmatizantes, que se recogen a continuación:

- “Enfermedad, enfermedad mental”. 5 titulares.
 1. El estigma sobre la salud mental pesa más que la **enfermedad**. (*La Vanguardia*, 09/10/2015).
 2. La mitad de los esquizofrénicos se resiste a admitir la **enfermedad**. (*El País*, 06/10/2015).
 3. Las **enfermedades mentales** se tratan en el museo. (*El Mundo*, 28/12/2015).
 4. ¿‘Playboy’ o misógino? Puedes esconder una **enfermedad mental**. (*El Mundo*, 21/11/2016).
 5. Maribel Verdú: “El tabú de las **enfermedades mentales** tiene que desaparecer”. (*Canarias 7*, 09/10/2015).
- “Enfermo, enfermo mental”. 3 titulares.
 1. Tres de cada diez **enfermos** de salud mental en las Islas son adolescentes. (*La Opinión de Tenerife*, 19/05/2016).
 2. Denuncia de familiares de **enfermos mentales**. (*La Provincia*, 21/01/2015).
 3. Se “vulneran derechos” del **enfermo mental**. (*Canarias 7*, 11/05/2017).
- “Esquizofrénico”. 3 titulares.

1. Cadena perpetua para un **esquizofrénico** que apuñaló a dos hombres en Londres. (*La Vanguardia*, 01/08/2016).
2. La mitad de los **esquizofrénicos** se resiste a admitir la enfermedad. (*El País*, 06/10/2015).
3. Pena de 5.000 euros para el joven **esquizofrénico** que abusó de una menor con minusvalía mental. (*El Mundo*, 24/04/2017).

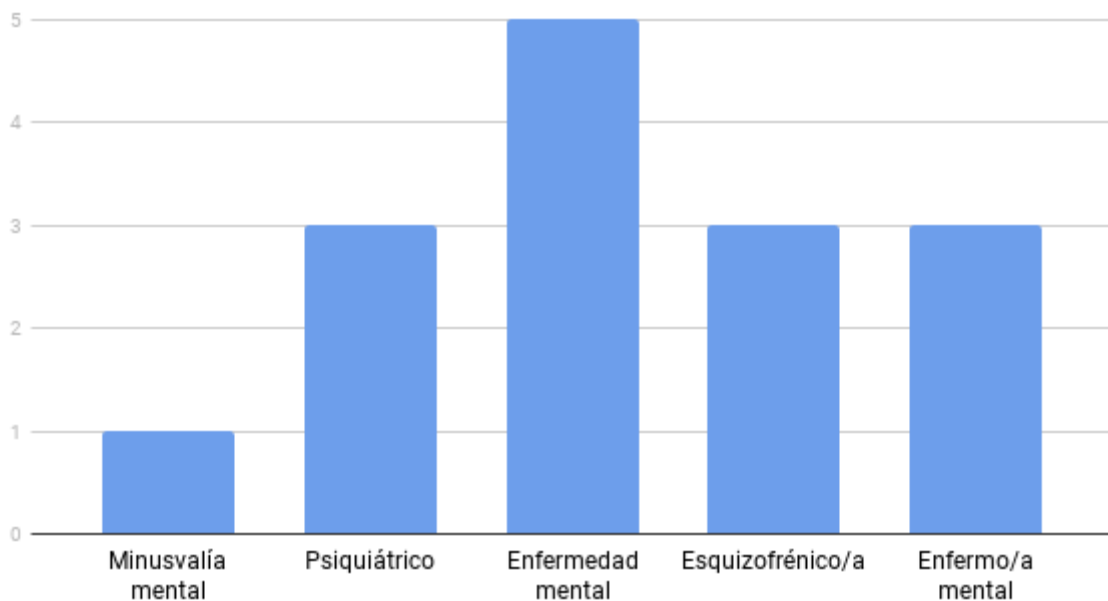
- “Psiquiátrico”. 3 titulares.

1. Detenido el acosador de Ivanka Trump que había escapado de un **psiquiátrico**. (*ABC*, 12/12/2016).
2. La justicia investiga una supuesta agresión sexual en un **psiquiátrico** de Santiago. (*El País*, 09/02/2017).
3. 12 años en **psiquiátrico** para la mujer que mató a su hijo de dos años de 67 puñaladas. (*El Mundo*, 06/04/2017).

- “Minusvalía mental”. 1 titular.

1. Pena de 5.000 euros para el joven esquizofrénico que abusó de una menor con **minusvalía mental**. (*El Mundo*, 24/04/2017).

Titulares estigmatizantes



(Elaboración propia)

Subtítulos

No todos los productos informativos tienen subtítulos. Concretamente, en los 70 textos seleccionados solo hay 45 subtítulos. De ellos, 12 ofrecen datos y cifras, 7 reflejan actos violentos cometidos por personas con trastornos mentales, 7 relacionan la salud mental con otros fenómenos, 6 ofrecen testimonios y declaraciones, otros 6 son demandas sociales, 5 se posicionan contra el estigma y los 2 restantes relacionan los problemas de salud mental con el cerebro.

De los 45 subtítulos, 19 están mal escritos y son estigmatizantes y 26 de ellos son correctos:

- “Enfermedad, enfermedad mental”. 9 subtítulos.

1. Esta familia cuenta su historia para luchar contra el estigma de las **enfermedades mentales**. (*ABC*, 10/10/2015).
2. La fiscalía entiende que su **enfermedad mental** la hace inimputable por esta acción. (*ABC*, 07/06/2016).
3. Lleva toda su vida dedicada a la normalización de la **enfermedad mental**, en concreto, de la esquizofrenia. Confía en que con mejores herramientas el sistema sanitario y la sociedad podrían asumir estas patologías como una más, sin connotaciones negativas. Apuesta por la información para combatir el rechazo y controlar la dolencia. (*La Razón*, 17/10/2016).
4. Su modelo de gestión es una referencia de éxito en la integración de las personas con **enfermedad mental** en el mercado laboral. (*La Razón*, 14/04/2017).
5. Una buena planificación urbanística puede ayudar a combatir **enfermedades** como la depresión o la ansiedad. (*La Vanguardia*, 23/08/2016).
6. El trabajo vincula una mutación con el `podado´ de neuronas que se asocia a la **enfermedad**. (*El País*, 03/03/2016).
7. La escritora May González Marqués brinda su testimonio y desmitifica algunas creencias y prejuicios sociales en torno a esta **enfermedad mental**. (*El País*, 08/02/2016).
8. La depresión posparto es la **enfermedad mental** materna más frecuente y afecta a la relación con el bebé. Se estima que la padecen un 15% de las madres recientes. (*El País*, 04/05/2017).
9. El Día Mundial de la Salud que se celebra hoy está dedicado a una **enfermedad** que no deja de crecer. (*La Opinión de Tenerife*, 07/04/2017).

- “Brotos/síntomas psicóticos”. 3 subtítulos.

1. Médicos del centro implantan electrodos en el cerebro de una paciente y consiguen frenar sus **síntomas psicóticos**. (*El País*, 30/06/2015).
2. Mantener el tratamiento es fundamental para prevenir segundos **brotos psicóticos**. (*El País*, 06/10/2015).
3. Las hipótesis sobre las causas del suceso van desde un **brote psicótico** hasta una reacción violenta por ser objeto de burlas, pero ninguna se ha confirmado aún. (*La Vanguardia*, 01/02/2017).

Hay otros subtítulos que también son dignos de mención por utilizar vocablos o expresiones inadecuadas. En concreto, una de las noticias analizadas (*La Provincia*, 21/01/2015) contiene 3 subtítulos que son dignos de destacar:

1. ``La medida puede afectar a 4.000 pacientes con esquizofrenia, **bipolares**, adicciones, **paranoicos**´´, recuerdan.
2. La administración ha colgado carteles en los centros de salud conminando a unos **pacientes que por sus especiales características carecen de disciplina**.
3. La Asociación de **enfermos** recuerda que la medida atenta contra los derechos de los afectados. ``Son **enfermos especiales que merecen un trato especial** y ya ven´´.

En ocasiones, aparecen términos estigmatizantes en las noticias y no son responsabilidad de los medios de comunicación. Por ejemplo, un subtítulo de *La Razón*, del 29/03/2017, recogía la denuncia de una obra teatral titulada “El **Manicomio Circo de los Horrores**”. También se encuentran subtítulos con nombres de fundaciones o asociaciones con denominaciones ya arcaicas, que paulatinamente han ido desapareciendo. Es el caso de:

1. Un programa de la Asociación Catalana de familiares de **enfermos** de esquizofrenia, con el apoyo de La Caixa, ayuda al entorno del paciente. (*La Razón*, 29/03/2017).
2. El coordinador de la Fundación Anaed de Ayuda al **Enfermo** con Depresión, José Ramón Pagés, habla sobre esta patología que afecta a 2’5 millones de personas en España. (*El Día*, 08/04/2017).
3. La Asociación de Familias de Apoyo de Personas con **Enfermedad Mental** (Afaes) denuncia que la administración sanitaria “vulnera los derechos humanos” de los pacientes mentales que se rehabilitan en el Hospital Juan Carlos I. (*Canarias 7*, 11/05/2017).

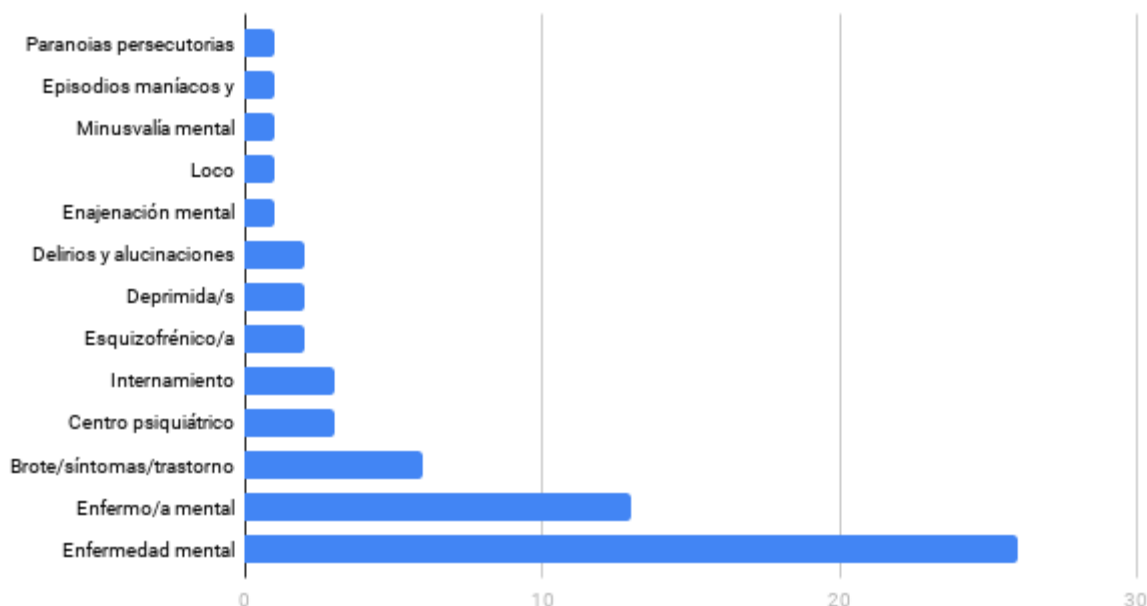
Cuerpos de las noticias

Los textos de las noticias, desde la entradilla hasta el final, han arrojado los siguientes datos: de las 70 unidades objeto de estudio, 29 pueden considerarse correctamente escritas; es decir, no incluyen expresiones estigmatizantes. En cuanto al resto, 26 contienen la denominación **enfermedad** o **enfermedad mental**, 13 el sustantivo **enfermo/a mental**, 6 **brote/síntomas/trastorno psicótico**, 3 **centro psiquiátrico**, 3 **internamiento**, 2 **esquizofrénico/a**, 2 **deprimida/s**, 2 **delirios y alucinaciones**, 1 **paranoias persecutorias**, **episodios maníacos y depresivos**, **minusvalía mental**, **enajenación mental** y **loco**.

También es de destacar que en varios productos noticiosos aparecen las expresiones **disfunción mental**, **patología mental**, **psicopatología** y **trastorno psicopatológico**. La palabra *patología* se usa como sinónimo de *enfermedad*, y esto no es correcto según la Fundación del Español Urgente (Fundéu). En un artículo publicado en su página web el 1 de septiembre de 2009, se puede leer que *patología* es la ‘parte de la medicina que estudia las enfermedades’ y también el ‘conjunto de síntomas de una enfermedad’. Por lo tanto, la relación de sinonimia surge en contextos no especializados. “No obstante, sí es posible emplear *patología* como sinónimo de *enfermedad* en el uso general, tal como reflejan diccionarios como el *Vox* o el *Clave*”, aclaran.

Sin embargo, es preferible no utilizar los términos *patología* o *enfermedad* cuando nos referimos a problemas de salud mental. Aunque esté muy extendida, incluso la Confederación Salud Mental España la emplea, existen asociaciones como AFES Salud Mental que invitan a sustituirla por ‘problemas de salud mental, problemas o trastornos mentales’. La razón que esgrime la entidad es que no existen aún hoy pruebas irrefutables que certifiquen que los problemas de salud mental tienen características de *enfermedad*.

Lenguaje estigmatizante en las noticias



(Elaboración propia)

Fotografías e imágenes

No todos los textos informativos contenían imágenes o fotografías ilustrativas. En las 70 unidades objeto de análisis se han contabilizado un total de 55 fotos, de las que 41 eran adecuadas por no contener elementos estigmatizantes, y 14 no adecuadas. En el caso de las no estigmatizantes, 8 fotos son de personalidades, 4 de hospitales, 4 de eventos públicos, una de dibujos de gatos realizados por una persona con esquizofrenia, un niño jugando, en otra se ve a dos personas que juntan sus manos al alza, etc.

En cambio, hay otras fotografías que muestran estereotipos de los problemas mentales. De las 14 imágenes inadecuadas, se extrajeron hasta 8 que mostraban a personas solas, en habitaciones oscuras desprovistas de mobiliario y con las manos tapándose los rostros. También hay otra fotografía en blanco y negro de una joven con anorexia en ropa interior enfrente de un espejo y tapándose la cara, el dibujo de una madre sosteniendo a su bebé con cara de rechazo y asco, en otra aparecen dos gemelas con

esquizofrenia en posición de superioridad frente a sus padres, una niña mira desafiante a la cámara, etc.

Las imágenes que se utilizan para ilustrar las noticias u otros productos informativos también reflejan la realidad social tal como la perciben los medios de comunicación. No solo de las palabras escritas, sino también de las intervenciones televisivas y radiofónicas, los vídeos, y por supuesto de las fotografías, pueden desprenderse mensajes subliminales que favorecen los prejuicios. La mayoría de las fotos inadecuadas mostraban aislamiento, soledad y debilidad, y esto no ayuda a la labor de recuperación. Y mucho menos cuando no son imágenes naturales y espontáneas, sino perfectamente preparadas.

Vídeos

Se han encontrado 2 vídeos adecuados durante la labor investigadora insertados en las noticias. Ambos son testimonios en 1º persona; es decir, personas con algún problema de salud mental que cuentan sus experiencias y vivencias. Uno de ellos aborda la esquizofrenia y el otro el trastorno bipolar y el estigma que acarrea.

Revistas

No solo se han analizado las publicaciones de los periódicos digitales, sino que además se han examinado dos revistas impresas que ofrecen dos puntos de vista opuestos sobre la salud mental. Por un lado, se han extraído fragmentos en relación al tema del trabajo de la revista *Encuentro*. Esta publicación es de la Confederación Salud Mental España. En concreto, la revista nº1 del presente año 2017, en cuya portada puede leerse “La salud mental también va contigo”.

Por otro lado, la revista mensual *Muy Interesante* publicó en el número 432 de mayo de 2017 una portada con los siguientes titulares: “¿Tu jefe es un psicópata? La crisis dispara las conductas abusivas en el trabajo. Cómo tratar con directivos manipuladores. Descubre si trabajas para uno de ellos (test)”.

La página 7 de la revista *Encuentro* recoge las siguientes palabras con motivo del Día Mundial de la Salud 2017 ``Hablemos de la depresión``: “La estigmatización de las enfermedades mentales, incluida la depresión, sigue siendo un obstáculo para que las personas de todo el mundo pidan ayuda. Hablar de la depresión, bien con un familiar, amigo o profesional médico, bien en contextos más amplios (como la escuela, el lugar de trabajo y los entornos sociales) o en el ámbito público (medios de comunicación, blogs o redes sociales), ayuda a eliminar esta estigmatización, dice la Organización Mundial de la Salud (OMS)”.

Más adelante, en la página 12, se encuentra el testimonio en primera persona de Pedro. Se sabe que tiene un problema de salud mental, pero no se especifica cuál, porque eso no es lo importante. Como ya se ha comentado, el diagnóstico y la denominación del trastorno psiquiátrico no es más que una etiqueta que favorece la discriminación. Pedro es un joven que estudió la diplomatura de Educación Social y que juega al baloncesto: “Es importante que las demás personas puedan contar su historia sin miedo, y que se las pueda escuchar sin miedo. ¿Te toca ser estigmatizado? A mí eso no me toca. No me gusta que la gente opine sin saber, sin conocer. Es tan enfermedad el prejuicio como la enfermedad en sí”.

“¿Por qué hay ese estigma?”, le preguntan a Pedro. “Por ignorancia sobre todo, yo lo llamo ignorancia. Pero a eso se responde con palabras, con argumentos. Con amor”, responde él.

Estos son solo algunos ejemplos de cómo abordar y visibilizar la salud mental de forma acertada, favoreciendo siempre el respeto, la información y la aceptación de las personas con problemas mentales. Mención aparte merece el reportaje de la revista *Muy Interesante*, que desde la página 46 hasta la 51 ofrece consejos sobre ``cómo trabajar con un jefe psicópata``.

Resulta sorprendente que el autor de esta publicación sea un psicoterapeuta, Luis Muiño. “La incertidumbre creada por la crisis económica ha encumbrado a este tipo de directivo, cruel y sin empatía, capaz de todo para lograr sus objetivos. Te contamos cómo soportar el ambiente asfixiante de presión laboral al que somete a sus empleados”, subtítulo el profesional.

La propia palabra **psicópata** ya es estigmatizante. En total, los vocablos **psicópata**, **psicopatía** o **psicopático** han aparecido en la revista en 31 ocasiones.

El reportaje ofrece los siguientes datos:

``En 2010, el propio Hare y el psicólogo Paul Babiak presentaron un estudio hecho entre más de doscientos directivos de grandes empresas. El resultado reveló que el 4% de ellos muestran tendencias psicópatas, cuatro veces más que en el resto de ocupaciones profesionales. En su libro *Snakes in Suits: When Psychopaths Go to Work* (Serpientes con corbata: cuando los psicópatas van a la oficina), Hare y Babiak recordaban que la cultura popular tiene demasiado asimilado el estereotipo del psicópata como asesino en serie``.

Todo estudio debe realizarse con las máximas garantías de fiabilidad y veracidad de los datos. Normalmente los medios de comunicación se hacen eco de estos resultados y los publican sin especificar los errores que hayan podido cometerse. Los diagnósticos en salud mental han de ser rigurosos, y aunque se ha comentado en este trabajo que son subjetivos, deben establecerse siempre en base a parámetros lo más objetivos posibles. Utilizar la palabra **psicópata** a la ligera no solo es discriminatorio, sino incluso muchas veces falso.

Los propios estudiosos lo dicen, la idea que la sociedad tiene del **psicópata** es que es un asesino en serie. Por ello es contraproducente que empleen esa terminología, también por parte del autor del reportaje. Además, la publicación fomenta el mito del jefe con problemas de salud mental, cuando lo más probable es que sea simplemente una persona mala.

El texto del reportaje está acompañado de un recuadro informativo, un psicotest y 9 fotografías. El recuadro lleva por título ``Rasgos de la psicopatía según Robert Hare``, profesor de la Universidad de Columbia Británica (Canadá). Distingue hasta 20 rasgos, entre ellos el egocentrismo y sensación grandiosa de valía personal, tendencia a la ira y falta de control conductual e incapacidad para aceptar la responsabilidad de sus actos.

El psicotest tiene 20 preguntas que pretenden dilucidar si “¿Es tu jefe un psicópata?”. Algunas de las cuestiones planteadas a los lectores son:

1. “Es alguien que cae muy bien a aquellos con los que mantiene una relación superficial y muy mal a los que tienen que asumir las consecuencias de sus actos”.
- 11) “Siempre busca la comunicación cara a cara y evita los mensajes escritos”.
- 20) “Es muy impulsivo y se enfada mucho cuando no consigue lo que quiere”.

Este reportaje es el tema central de la portada, en la que se ve un drácula en una habitación oscura, que empuña un bate de béisbol y mira de forma aterradora a la cámara. En el interior, las palabras del título “jefe psicópata” están impresas con tipografía que inspira miedo y van acompañadas del primer plano de un hombre, con la cabeza tapada mientras grita y su dedo se dirige a un móvil.

El resto de fotografías reflejan a un empleado colocándole la corbata a su jefe, un dibujo de la silueta de un hombre gritando a sus trabajadores, una rueda de prensa de los padres de una joven que se suicidó por la presión laboral, una manifestación de una empresa contra sus directivos, en otra se observa a una jefa estrechando la mano de un empleado mientras esconde un cuchillo en su espalda, un dirigente despedido que acaba en la calle y el retrato de Kenneth Lay, presidente de una compañía que quebró por su mala gestión.

CAPÍTULO 5 – CONCLUSIONES

En este capítulo se procede, de forma objetiva y en base a los resultados y datos obtenidos tras la investigación, a validar o a refutar las hipótesis planteadas en el apartado 1.4. del capítulo 1.

Las dos hipótesis propuestas son las siguientes:

1. Los periódicos digitales no tratan adecuadamente las noticias sobre salud mental.
2. El estigma social no es una cuestión del pasado, sino que pervive en la actualidad.

Con respecto al primer punto, se tienen en cuenta los siguientes datos para establecer conclusiones:

- 57 titulares estaban correctamente escritos.
- De los 45 subtítulos hallados, 19 contenían palabras estigmatizantes.
- 29 textos eran adecuados, 26 contenían la denominación “enfermedad mental”, 13 “enfermo/a mental”, y el resto de palabras estigmatizantes aparecen con poca frecuencia.
- Según los títulos y subtítulos, 5 noticias se posicionaban contra el estigma (aunque esta realidad se hacía mención en mayor medida en muchos cuerpos de las noticias), 7 estaban relacionados con hechos violentos y solo una noticia apareció en la sección de *sucesos*.

Tras esta exposición final de resultados, se puede afirmar que la primera hipótesis queda refutada; es decir, los periódicos digitales tratan adecuadamente las noticias sobre salud mental en el periodo comprendido entre 2015 y 2017. Sin embargo, hay aspectos que deben mejorar, como la utilización de determinados vocablos estigmatizantes (en este trabajo se ofrece una tabla con alternativas más adecuadas).

Con respecto a la segunda hipótesis, queda verificada; el estigma social no es una cuestión del pasado, sino que pervive en la actualidad. Esta afirmación queda demostrada tras el recorrido histórico de la salud mental, las numerosas ocasiones en las que las noticias recogen aspectos de la salud mental como los `prejuicios, los mitos y la

discriminación que conllevan, y las entrevistas a la psicóloga clínica y al presidente de una asociación de salud mental y persona recuperada de un problema de este tipo.

Aunque en la actualidad, y de forma general, se puede asegurar que los medios no tratan inadecuadamente las informaciones sobre problemas mentales, esto no siempre fue así. Se puede observar que a lo largo de las décadas han ido mejorando las noticias en aspectos como lenguaje e información transmitida, pero los resultados de este estudio también arrojan evidencias de que el tratamiento no es del todo idóneo y de que aún se cometen errores.

Para finalizar con las conclusiones de los periódicos digitales, a continuación se recogen una serie de expresiones, positivas y negativas, manifestadas en los cuerpos de las noticias:

Positivas

- “El rechazo depende de los prejuicios que se tengan, y contra los prejuicios se combate con información”. (*ABC*, 10/10/2015).
- Un estudio asegura que la asociación de la peligrosidad y violencia no se encuentra sustentada por la realidad, sino que es una imagen social histórica. (*La Razón*, 14/12/2015).
- Tienen un problema pero son gente competente y se la presenta como poco productiva o frágil. O se las vincula con la violencia, cuando son ellos las principales víctimas de la violencia de los otros. (*La Vanguardia*, 09/10/2015).
- Psiquiatra Miquel Roca: hay estereotipos, como la agresividad, la falta de capacidad, no adaptación al trabajo. “Hay gente que es mala”, con enfermedad mental y sin ella. (*El País*, 06/10/2015).
- Nuestra sociedad no se puede permitir ignorar el talento ni la riqueza personal y profesional que aportan. (*El País*, 06/02/2017).

Negativas

- Una función de teatro se auto describe como “un espacio siniestro y de alto riesgo en el que conviven psicóticos, desquiciados y perturbados mentales”. (*La Razón*, 29/03/2017).
- Esquizofrénico que intentó degollar [...] supuestamente inspirado por las acciones del grupo Estado Islámico (EI). (*La Vanguardia*, 01/08/2016).
- Psicólogo clínico Víctor Camacho: la mayoría de los problemas con las drogas o de violencia de género tienen su base en problemas de salud mental o “de higiene mental”. (*Diario de Avisos*, 27/01/2016).
- Presidente de la Federación Salud Mental Canarias, Andrés Mendoza: “Se trata de enfermos que carecen de disciplina, gente muy sensible, y los familiares tienen que empujarles para que acudan al psiquiatra”. (*La Provincia*, 21/01/2015).
- Testimonio de una madre cuyo hijo, ya fallecido, tuvo problemas mentales: “Siempre pensé que acabaría matando a alguien. Sus hermanos y yo ya no podíamos con él, aunque cuando estaba bien, que eran pocas veces, era buenísimo. En mi casa todo eran agresiones, gritos, insultos, carreras, problemas con sus hermanos”. (*La Provincia*, 22/05/2016).

CAPÍTULO 6 – DISCUSIÓN

Me enfrenté por primera vez al tema del tratamiento informativo de la salud mental en el 3º curso de la carrera de Periodismo. Desde un primer momento la problemática me apasionó, pues tiene que ver con el periodismo más social y humano, con ese periodismo comprometido que intenta arreglar las cosas que no se hacen bien. Y en este caso no se hacen bien por desinformación, por prejuicios. Aunque reconozco que los medios de comunicación han mejorado considerablemente la forma y el fondo de las noticias relacionadas con salud mental, aun queda camino por recorrer. No solo en el plano mediático, también en el social.

Este trabajo ha sido resultado de varios años de interés, de investigación y de relación directa con la salud mental. De forma personal he podido entrevistar a dos psiquiatras, a la directora de la Asociación Salud Mental ATELSAM de Santa Cruz de Tenerife, a una periodista, y a la psicóloga clínica y el presidente de AFES Salud Mental, cuyas entrevistas se reflejan en este trabajo académico. Además conozco a personas con problemas de salud mental y a trabajadores que diariamente luchan por que sus vidas sean un poco mejor y puedan recuperarse.

Mi intención con esta investigación no ha sido otra que exponer de forma clara, veraz y respetuosa la problemática de salud mental, y más concretamente, esa doble problemática que la historia, el cine, los medios de comunicación y una sociedad desinformada han ayudado a perpetuar, que es el estigma, los mitos, los prejuicios, etc., en torno a ella.

A lo largo del proceso de redacción de este trabajo me he topado con otra realidad sobre la salud mental, y es que las mujeres son las más vulnerables y proclives a padecer estos trastornos, y de que en este campo de la salud también existe desigualdad. Pero quizá esta nueva perspectiva que ha surgido en mi labor investigadora merezca ser objeto de otro estudio en profundidad.

BIBLIOGRAFÍA

Libros impresos

- Read, J.; Mosher, L.; Bentall, R. (2006). *Modelos de locura. Aproximaciones psicológicas, sociales y biológicas a la esquizofrenia*. Editorial Herder.
- Romme, M.; Escher, S. (2012). *La psicosis como crisis personal. Un abordaje basado en la experiencia*. Fundación para la investigación y el tratamiento de la esquizofrenia y otras psicosis. Introducción a la edición española Manuel González de Chávez. Traducción española Antonio Díez Herranz.
- Acirón Royo, R. (2006). *Papeles sueltos*. Ediciones Idea.
- Belda García, L. M.; Maíllo Belda, J. E.; Prieto Ampudia, J. M. (2006). *Periodismo social. El compromiso de la información*. Servimedia. Libro de estilo.
- World Health Organization. (1992). *CIE 10. Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Editorial Meditor.
- Rodríguez Hernández, S.; Rodríguez Pulido, F.; Hernández Marrero, J. *Sensibilización de la población. Las personas con una enfermedad mental*. Iniciativa Empleo. Programa Horizon II – Minusválidos. Inserción social y laboral de enfermos mentales (ISLEM).

Revistas impresas

- Confederación Salud Mental España. (2017). *Encuentro*. Nº 1.
- Muiño, L. (Mayo 2017). *Muy Interesante*. Nº 432. Páginas 46-51.

Páginas web

- Bernardo, M. (2006). “La esquizofrenia. Guía interactiva para pacientes con enfermedades de larga duración”. Forumclínic. Hospital Clínic de Barcelona.
<https://consaludmental.org/publicaciones/DvdEsquizofrenia.pdf>
- De la Peña Olvera, F. (2000). “Actualidades psiquiátricas. El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)”. Volumen 43, número 6.
<http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2000/un006i.pdf>
- Medicina-10, Psiquiatría, Fobias.
<http://www.diccionariosdigitales.net/glosarios%20y%20vocabularios/medicina-10-psiquiatria-fobias.htm>
- Diccionario médico de la Clínica Universidad de Navarra.
<http://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/hebefrenia>
- Diccionario Clave SM. <http://clave.smdiccionarios.com/app.php>
- Desviat, M. (2010). “Los avatares de una ilusión: la reforma psiquiátrica en España”.
<http://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/view/CUTS1010110253A/7484>

- Pedersen, D. (2005). “Estigma y exclusión en la enfermedad mental: apuntes para el análisis e investigación”. Páginas 2-13.
https://www.researchgate.net/profile/Duncan_Pedersen/publication/281364699_Estigma_y_exclusion_en_la_enfermedad_mental_Apuntes_para_el_analisis_e_investigacion/links/5613df6508aec622440fd69a.pdf

- López, M.; Laviana, M.; Fernández, L.; López, A.; Rodríguez, A.; Aparicio, A. (2008). “La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible”. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. Vol. XXVIII, n.º 101, pp. 43-83.
<http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v28n1/v28n1a04.pdf>

- Mental Health America. “Esquizofrenia: lo que usted necesita saber”.
<http://www.mentalhealthamerica.net/conditions/esquizofrenia-lo-que-usted-necesita-saber>

- Centre for Addiction and Mental Health. (2003). “La salud mental y problemas que pueden presentarse”. Páginas 1-3.
http://www.camh.ca/en/hospital/health_information/Documents/spanish_about_mentalhealth.pdf

- Confederación Salud Mental España.
<https://consaludmental.org/sala-prensa/reforma-psiquiatrica-revista-encuentro-29303/>

- Federación de Asociaciones de Periodistas de España.
<http://fape.es/home/codigo-deontologico/>

- Organización Mundial de la Salud (OMS).
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/es/>

- Diccionario de la Real Academia Española (DRAE).
<http://www.rae.es/>

- Cronología histórica.

<http://web.educastur.princast.es/ies/elpiles/ARCHIVOS/paginas/depar/ccss/historiologia.htm>

Páginas web de las noticias

1. <http://www.abc.es/familia-padres-hijos/20151010/abci-psiquiatria-familia-esquizofrenia-201510081239.html>
2. <http://www.abc.es/sociedad/20150622/abci-trastornos-mentales-infantiles-201506221128.html>
3. http://www.abc.es/espana/comunidad-valenciana/abci-mujer-ataco-senadora-pp-admite-juicio-agresion-201606071936_noticia.html
4. http://www.abc.es/estilo/gente/abci-detenido-acosador-ivanka-trump-habia-escapado-psiquiatrico-201612121628_noticia.html
5. http://www.abc.es/salud/enfermedades/abci-nacidos-prematuros-tienen-mas-problemas-salud-mental-edad-adulta-201703151255_noticia.html
6. http://www.abc.es/familia/vida-sana/abci-depresion-mujer-hacer-cuando-todo-negro-201704051249_noticia.html
7. http://www.abc.es/familia/educacion/abci-ninos-hiperactivos-sufren-trastorno-cerebral-y-no-unos-maleducados-201704202211_noticia.html
8. <http://www.larazon.es/atusalud/salud/devolver-la-dignidad-a-los-mal-llamados-locos-OB11459733>
9. <http://www.larazon.es/atusalud/salud/la-crisis-dana-la-salud-mental-de-los-menores-aumentan-los-trastornos-GK10926624>
10. <http://www.larazon.es/local/cataluna/uno-de-cada-cinco-ninos-sufre-algun-tipo-de-trastorno-mental-LC13770391>
11. <http://www.larazon.es/atusalud/salud/conocer-la-esquizofrenia-nos-ayuda-a-tener-el-control-sobre-ella-FB13742777>
12. <http://www.larazon.es/sociedad/familiarizarse-con-la-salud-mental-CM14814699>

13. <http://www.larazon.es/local/madrid/denuncian-un-espectaculo-que-estigmatiza-a-las-personas-con-trastorno-mental-NM14817497>
14. <http://www.larazon.es/local/castilla-y-leon/los-dos-centros-especiales-de-empleo-de-soria-logran-dar-trabajo-fijo-a-70-personas-GJ14958439>
15. <http://www.lavanguardia.com/vida/20150709/54433823146/valls-tarragona-acogera-la-celebracion-del-dia-mundial-de-la-salud-mental.html>
16. <http://www.lavanguardia.com/vida/20151009/54437998383/estigma-salud-mental.html>
17. <http://www.lavanguardia.com/vida/20160801/403617208905/cadena-perpetua-para-un-esquizofrenico-que-apunalo-a-dos-hombres-en-londres.html>
18. <http://www.lavanguardia.com/vivo/ciudad/20160823/403986990529/ciudad-diseno-urbano-salud-psicologia.html>
19. <http://www.lavanguardia.com/internacional/20170214/4220860760/35-psiquiatras-firman-carta-alertando-problemas-mentales-trump.html>
20. <http://www.lavanguardia.com/sucesos/20170131/413876612848/el-menor-detenido-villena-sigue-en-unidad-salud-mental.html>
21. <http://www.lavanguardia.com/vida/20170113/413323076755/crecen-un-4-llamadas-a-telefono-esperanza-por-aumento-problemas-salud-mental.html>
22. http://ccaa.elpais.com/ccaa/2015/06/30/catalunya/1435673094_141589.html
23. http://elpais.com/elpais/2015/10/05/ciencia/1444060985_484364.html
24. http://elpais.com/elpais/2016/02/09/ciencia/1455024605_474559.html
25. http://elpais.com/elpais/2016/01/13/actualidad/1452701394_096971.html
26. http://ccaa.elpais.com/ccaa/2017/02/09/galicia/1486665340_736146.html
27. http://elpais.com/elpais/2017/05/02/mamas_papas/1493711645_276126.html
28. http://ccaa.elpais.com/ccaa/2017/02/05/catalunya/1486322477_306543.html
29. <http://www.elmundo.es/andalucia/2015/12/28/56818df346163fbd3d8b459b.html>
30. <http://www.elmundo.es/comunidad-valenciana/2015/11/08/563f0f4de2704eac708b462b.html>
31. <http://www.elmundo.es/pais-vasco/2016/12/25/585faa77268e3eed688b4634.html>
32. <http://www.elmundo.es/ciencia/2016/11/21/5833479b268e3e58198b46e7.html>
33. <http://www.elmundo.es/andalucia/2017/05/17/591c8633468aeb31538b4620.html>
34. <http://www.elmundo.es/baleares/2017/04/24/58fde3b546163f85378b45cf.html>
35. <http://www.elmundo.es/madrid/2017/04/06/58e68419e2704eba278b458f.html>

36. <http://www.laopinion.es/sociedad/2015/10/07/20000-canarios-trastorno-mental-grave/631914.html>
37. <http://www.laopinion.es/vida-y-estilo/salud/2015/11/30/30-personas-dolor-cronico-sufre/642549.html>
38. <http://www.laopinion.es/sociedad/2016/05/19/tres-diez-enfermos-salud-mental/676219.html>
39. <http://www.laopinion.es/sociedad/2016/02/04/canarias-tendra-nuevo-plan-salud/654039.html>
40. <http://www.laopinion.es/vida-y-estilo/salud/expertos/2017/04/04/repercute-cambio-climatico-salud-mental/764330.html>
41. <http://www.laopinion.es/internacional/2017/02/18/salud-mental-trump-debate-estados/750508.html#>
42. <http://www.laopinion.es/vida-y-estilo/salud/2017/04/07/sintomas-depresion/765193.html>
43. <http://web.eldia.es/2015-01-27/sociedad/sociedad13.htm>
44. <http://web.eldia.es/2015-01-02/laguna/laguna10.htm>
45. <http://eldia.es/2017-05-13/sociedad/sociedad9.htm>
46. <http://eldia.es/2017-05-13/criterios/criterios10.htm>
47. <http://web.eldia.es/2017-04-08/sociedad/sociedad1.htm>
48. <http://web.eldia.es/2017-04-07/canarias/canarias14.htm>
49. <http://web.eldia.es/2017-04-06/sociedad/sociedad6.htm>
50. <http://www.diariodeavisos.com/2015/10/casi-4-000-consultas-salud-mental-en-hospital-del-sur/>
51. <http://lapalma.diariodeavisos.com/2015/12/02/el-hospital-de-dolores-contara-con-una-unidad-de-salud-mental-de-media-estancia-para-pacientes-subagudos/>
52. <http://lapalma.diariodeavisos.com/2016/02/21/afem-aborda-la-salud-mental-en-los-centros-educativos/>
53. <http://www.diariodeavisos.com/2016/01/expertos-islas-claman-ante-falta-atencion-en-salud-mental/>
54. <http://diariodeavisos.lespanol.com/2017/04/en-canarias-la-ansiedad-y-la-depresion-superan-la-media-mundial/>
55. <http://diariodeavisos.lespanol.com/2016/10/aumenta-ejercicio-disminuira-la-depresion/>

56. <http://diariodeavisos.elespanol.com/2016/03/uno-de-cada-cuatro-usuarios-del-albergue-tiene-problemas-de-salud-mental/>
57. <http://www.laprovincia.es/blogs/blog-de-marisol-ayala/denuncia-de-familiares-de-enfermos-mentales.html>
58. <http://www.laprovincia.es/opinion/2016/10/10/invertir-salud-mental-gasto/869110.html>
59. <http://www.laprovincia.es/sociedad/2016/10/18/75-personas-trastorno-mental-han/871767.html>
60. <http://www.laprovincia.es/las-palmas/2016/05/22/dolores-madre-guerrillera/824522.html>
61. <http://www.laprovincia.es/opinion/2017/04/09/farmaco-necesario-salud-mental-deporte/927094.html>
62. <http://www.laprovincia.es/telde/2017/05/09/ayuntamiento-celebra-dia-mundial-salud/936785.html>
63. <http://www.laprovincia.es/sociedad/2017/05/08/270-profesionales-participan-jornadas-tratamiento/936349.html>
64. <https://www.canarias7.es/hemeroteca/las-nuevas-caras-de-la-anorexia-chicas-mas-jovenes-y-chicos-mas-visibles-KXCSN398637>
65. <https://www.canarias7.es/hemeroteca/maribel-verdu-el-tabu-de-las-enfermedades-mentales-tiene-que-desaparecer-OXCSN392729>
66. <https://www.canarias7.es/hemeroteca/el-1-de-la-poblacion-padece-un-trastorno-mental-grave-patologia-que-absorbe-el-50-de-los-recursos-asistenciales-MECSN440628>
67. <https://www.canarias7.es/hemeroteca/un-90-de-los-afectados-por-psicosis-u-esquizofrenia-tienen-carencias-afectivas-GBCSN437634>
68. <https://www.canarias7.es/sociedad/se-vulneran-derechos-del-enfermo-mental-LJ759058>
69. <https://www.canarias7.es/hemeroteca/el-consejo-de-la-juventud-pide-que-la-transexualidad-no-sea-un-trastorno-mental-PDCSN459996>

70.

https://www.canarias7.es/hemeroteca/el_70_de_conductores_que_han_perdido_todos_los_puntos_han_sufrido_trastornos_-KECSN449276

ANEXOS

Entrevista a Esther Sanz, psicóloga en el Hospital Febles Campos de Santa Cruz de Tenerife:

¿Cómo cree que es la cobertura informativa de los problemas de salud mental?

En líneas generales, creo que podría ser mejorable. Creo que el estigma, como sabéis, tiene que ver con los estereotipos, con los prejuicios, con la discriminación que sufre la persona con trastornos mentales. Creo que puede estar potenciado por los medios de comunicación. ¿Por qué? Porque el ciudadano común ¿cómo tiene acceso al tema de la enfermedad mental? Pues a través de los medios de comunicación. Esta es la principal vía de acceso. En los institutos no se habla de los trastornos mentales, en la familia tampoco... La vía de acceso, digamos, es la televisión, los periódicos, la radio... Y lo que suele pasar es que, normalmente, se suele dar cobertura a este tipo de trastornos cuando pasa algo grave: cuando hay un asesinato, cuando existe violencia... Y al final, se termina estableciendo una relación directa entre trastorno mental y peligrosidad o violencia. Y la gente se queda con eso. De hecho nosotros, cuando vienen los alumnos aquí a rotar de psicología o de enfermería, en cuestión de horas se les caen todos los mitos. Porque la gente, incluso las personas que están trabajando o estudiando, están cargados de prejuicios.

Entonces, volviendo a la pregunta, la cobertura de los medios de comunicación creo que podría ser mucho mejor. Actualmente no es demasiado buena y se ciñe, sobre todo, a resaltar lo más morboso o sensacionalista de los trastornos mentales. Aun así, yo conozco casos, ya que llevo muchos años en el activismo, y a mí se me han acercado mucha gente y muchos periodistas que quieren mejorar esta situación. He ido a congresos, donde los periodistas piden que les ayudemos, que le demos información, guías, que les revisemos los textos... Por ejemplo, hay periodistas que me mandan los artículos y me dicen “Esther, revísalo, por favor”. Entonces, yo creo que hay una intencionalidad individualmente, por parte de las personas, pero, a grandes rasgos y de forma más general, hay cosas por mejorar.

¿Considera que los medios de comunicación favorecen la estigmatización de estas personas?

Considero que sí. Favorecen la estigmatización y la generan. La generan bastante. Y si vamos ya a programas más concretos, de mucha audiencia, donde se habla con una soltura, con una ligereza, de un desconocimiento absoluto sobre los trastornos mentales. Y además, como siempre digo, cuando se trata de algo morboso.

Según las estadísticas, montones de estudios, en la población con trastorno mental, no se cometen más delitos que en la población general. Es un 3% más o menos y es el mismo porcentaje que la población “normal”. Y de hecho, en España, solo hay dos cárceles penitenciarias psiquiátricas. Si todas las personas con trastornos mentales, se dedicaran a ser peligrosos, mala gente, a ser agresivos... con dos centros penitenciarios en España no daríamos abasto.

Son mitos, que se perpetúan y hasta que no hay un contacto directo con la persona con un diagnóstico, pues eso no se cae. Y ahí es donde los periodistas tienen mucho que hacer. Y recurrir al tema de la primera persona. Quiero decir, que los periodistas se vayan acercando ellos mismos a primeras personas, a personas con trastorno mental, y que sean ellos los que se den cuenta por sí mismos. Hablar conmigo puede ser interesante, pero también lo es que hables con ellos mismos, y que, también a vosotras, se os caigan esos mitos y veáis que, dentro del trastorno mental, tenemos, desde una persona que puede vivir encerrada en una habitación porque su familia la ha atado a la pata de la cama y está viviendo en circunstancias inhumanas y balbuceando, hasta un Premio Nobel. En el trastorno mental grave, como puede ser la esquizofrenia, existe mucha variabilidad y es donde lo tenemos que ver.

¿Cree que la formación de los periodistas en salud mental es la adecuada?

La verdad es que yo, los planes de estudio de los periodistas no me los sé. Ahí no puedo juzgar lo que no sé. Hay una periodista aquí en Tenerife, que se llama Lara Carrascosa, que trabaja en El Día, que se acercó a nosotros, por ejemplo, en el 2009 cuando estábamos con el proyecto “Saltando muros”, lucha contra el estigma, y Lara se acercó

a nosotros, entró en los grupos de escritura terapéutica, y luego ella escribe. Y eso es lo que yo he visto. Que hay personas con ganas, con disponibilidad a observar.

De hecho, le dieron un premio en Madrid por ese artículo, en el que hablaba del poder de la palabra y daba otra visión. Pues bueno, personas con trastornos mentales que escriben y dando otras facetas del trastorno mental.

¿Qué debería hacer un profesional de la comunicación antes de elaborar una información sobre salud mental y sus problemas?

Hay un suicidio, un asesinato, y yo creo que, primero, hay que formarse y luego aparte, si es posible, entrar en contacto con personas que puedan un poco orientarte. Es lo mismo que hago yo cuando tengo que hablar de algo que no sé. Generalmente me informo, leo, hablo con gente que sí que sabe... Intento un poco romper la inercia de escribir lo primero que se me ocurre o lo más obvio. Porque lo más obvio es que, por ejemplo aquí en Tenerife hace unos meses, un chico asesina al padre, luego lo descuartiza, y es como que todo el mundo empieza a decir que el chico está loco, se tiende a asociar, entonces el periodista ahí puede parar, puede investigar, puede informarse, puede ir a la fuente...

Y para eso, también hay que cambiar miradas, para ello, sería muy bueno que, también desde la universidad, se comenzara a ver un cambio. Por ejemplo, sobre el trastorno mental. Un cambio de mirada de tener cuatro nociones básicas claras. Esas nociones, hay profesionales que ni siquiera las tienen. Y esto no es culpa vuestra, porque para cambiar esta mirada es un poco complicado. Las personas con trastornos mentales no son peligrosas.

Las personas con trastornos mentales no son incapaces. Las personas con trastorno mental grave se recuperan. Los trastornos mentales no son puramente biológicos, ni mucho menos. La medicación no es ni mucho menos la única arma, es más, la medicación es a veces un hándicap y un obstáculo, que una herramienta para la recuperación.

Entonces, todo esto, ¿cómo puede llegar a vosotros? Pues con información en la universidad, con profesionales que vayan a charlas... Yo he ido a charlas para romper estigmas. Pero antes de empezar a trabajar hay que tener ciertas nociones claras.

Formación, lectura, ponerse en contacto con un profesional que se dedique un poco a todo esto, llevar incluso a esos profesionales a la universidad... Muchas vías.

¿Cree que el lenguaje que utilizan los periodistas es el adecuado?

Hay muchos artículos que me han llegado que son deplorables. No creo que se pueda generalizar. Como en cualquier profesión, habrá montones de periodistas. Sin embargo, a mí me han llegado muchos artículos donde el lenguaje, claramente es peyorativo. Y ahí también hay guías, para cambiar unas palabras por otras, por ejemplo, en vez de decir “loco”, podemos decir “persona con trastorno mental diagnosticado”. Incluso “enfermo mental” a mí me da también un poco de miedo, porque cuando hablamos de “enfermo mental” parece que estamos hablando de que esa persona tiene una enfermedad como el resto de enfermedades, por ejemplo, enfermedad mental es como la diabetes, eso no es verdad, no tiene ningún tipo de base. Los trastornos mentales son diferentes. Estamos hablando de trastornos en las relaciones, en biografía, de problemas sociales, que a veces, están ocultando que están detrás de esos trastornos: maltrato, bullying, abusos sexuales y un montón de cosas...

Entonces, cuando hablamos de “enfermedad” como que nos remitimos más al biológico, a lo médico, a que, como si esta persona tuviera dentro un bichito y que tenemos que extirpar. Y los trastornos mentales son mucho más complicados. Y entonces, yo creo que hay que recurrir a cambiar términos, por ejemplo, en vez de “manicomio” podemos decir “área externa de salud mental” y para eso hay que formarse un poquito, hay que leer...

¿Qué consecuencias sociales puede acarrear esta cobertura para las personas con problemas mentales?

Pues lo que está pasando actualmente es que la población tiene una visión general de lo que son los trastornos mentales, sobre todo, con la psicosis. Hay una visión completamente falseada, cargada de mitos, que luego generan una serie de dificultades

en las relaciones de estas personas. Entonces el efecto es que estas personas se recuperan mucho peor y luego llegan a tener autoestigma. No solo sufren el estigma del exterior sino que, sufren el estigma y encima terminan creyéndose lo que dicen, terminan creyéndose que no sirven para nada. Entonces, yo creo que lo que estáis haciendo es serio y es importante, ya que estáis ayudando a otros seres humanos.

Entrevista a Enrique González Camacho, presidente de la asociación tinerfeña AFES Salud Mental:

¿Alguna vez se ha sentido discriminado en el día a día?

Bueno, yo directamente no me he sentido discriminado nunca porque he tenido la suerte hoy por hoy de estar en una asociación donde me siento, digamos, seguro con los compañeros y se habla con naturalidad de los problemas de salud mental. Pero sí es verdad que en todos los sitios no se puede hablar con naturalidad de salud mental por el desconocimiento que hay, la desinformación que hay sobre este tema. Entonces generalmente cuando nosotros o yo en concreto participo en foros o en charlas, ahí ya no es que no me sienta discriminado, sino que me siento reforzado por el público. Pero es verdad que a mí cuando me aparecen los problemas de salud mental, mi entorno, con la dificultad que supone, de alguna manera sí que responde bien, mi familia no me discrimina, ni mis amigos, pero sí es verdad que no se habla mucho del tema, se intenta como obviar y decir “bueno no pasa nada”, pero sí hay muchas personas que si que se sienten discriminadas, y no porque directamente se les insulte o se les aisle o se les prejuzgue, sino que hay discriminación en otros ambientes como el laboral por ejemplo, que cuando quieres de repente en tu día a día ir a una entrevista de trabajo o lo que sea pues sí que....

Ahora mismo estoy recordando una situación concreta, yo mismo estaba trabajando de auxiliar de enfermería cuando me apareció el problema de salud mental, y estaba de baja por el problema, estaba ingresado y mi madre llevaba los partes de baja al trabajo, entonces la chica que los recibía le preguntó “Ay, ¿como está Enrique?” y mi madre “bueno...ahí va...” y ella dijo “es que claro eso debe ser una cosa terrible, horrorosa...”

como asustada. Y ese tipo de respuesta sí que es habitual, que la gente tienda a pensar que los problemas de salud mental son algo como súper raro, cuando no es así, cuando todos en algún momento de nuestra vida podemos tener algún problema de salud mental como ansiedad, depresión....lo que sea. Y bueno la conclusión es esa que hay mucha desinformación, y que al final la desinformación lo que produce es esa discriminación, porque cuando hay ignorancia uno tiende siempre a juzgar o a hablar de las cosas sin saber y eso hace daño al colectivo.

¿Y por los medios de comunicación, se ha sentido discriminado?

Por los medios de comunicación muchísimo, y de hecho hacen mucho daño a la imagen del colectivo de la salud mental porque no es que no traten el tema de manera normal o de manera objetiva, sino que además lo tratan de manera sensacionalista o amarillista, entonces eso produce que la sociedad tome este tipo de noticias como por ejemplo “Esquizofrénico mata a...” la típica noticia, que es prácticamente lo mismo que decir “Rubio mata a...” o sea no hay una relación directa entre los enfermos mentales y la violencia. Esto hace mucho daño al colectivo pero al final el medio de comunicación lo que hace es contar estas noticias como reflejo de lo que socialmente se piensa, que la esquizofrenia está asociada a la violencia entonces el periodista como una persona más de la sociedad escribe la noticia de esa manera, entonces al final lo que hay que conseguir es que los medios de comunicación jueguen a nuestro favor para que de algún modo la sociedad también aprenda a estar informada sobre este tema de una manera más realista.

¿Cuál cree que es la causa de esta estigmatización por parte de los medios?

La desinformación, la falta de especialización de muchos periodistas....quizás a lo mejor el periodismo trata tantos temas y en ninguno está especializado que tiende a pasar por encima de las cosas y a ser el reflejo de lo que socialmente todo el mundo piensa. Yo creo que básicamente es eso, la falta de conocimiento por parte del periodista a la hora de redactar las noticias y hablar de determinados temas que al final lo que hacen es repetir los clichés y las creencias que hay acerca de los problemas de salud mental.

¿En qué consiste la labor de AFES?

AFES es una asociación que nace en 1982, hace ya más de 30 años. Un movimiento que en un inicio lo promueven los familiares de personas con problemas de salud mental porque durante los años 70 hay una cosa que se llama “desmanicomialización”, que es que los manicomios tal y como se conocían antiguamente desaparecen, entonces las personas con problemas de salud mental regresan a sus casas y los familiares se ven con una persona que a lo mejor llevaba 30 años viviendo en un manicomio, que esa persona estaba deteriorada, no por la enfermedad, sino por el hecho de estar encerrada, de estar institucionalizada, de vivir en unas condiciones muy malas porque en los manicomios se vivía muy mal, se maltrataba a los enfermos, se hacían barbaridades... y los familiares se ven con esas personas en casa. Entonces ahí se unen varios grupos de familiares para luchar por mejorar las condiciones de vida e estas personas.

Con el tiempo se han ido uniendo las personas con problemas de salud mental también a los movimientos de los familiares y hoy por hoy hay movimientos solo y exclusivamente de personas con problemas de salud mental que lo que quieren es reivindicar sus derechos, intentar mejorar su calidad de vida, denunciar malas prácticas como puede ser la contención mecánica, el atar a las personas cuando llegan a las unidades de hospitalización, promover también la participación de las personas con problemas de salud mental en el empleo, en la integración social, en el ocio...en todo lo que hoy en día se considera necesario para tener una vida digna.

¿Cómo surge el hecho de que usted sea el presidente de esta asociación?

Yo me inicié en AFES a través de un grupo de empoderamiento, que es un concepto que viene de las luchas por la defensa de los derechos de la mujer, para que alcanzara los mismos derechos que tiene el hombre, y bueno ya se extrapolaba el empoderamiento a otro tipo de colectivos. El empoderamiento consiste un poco en que la persona que está viviendo esa situación de vulnerabilidad tome las riendas de su vida, sea capaz de decidir por sí misma, de mejorar, de recuperarse y de reivindicar las propias cosas que quiere para sí misma. Entré en AFES a través de ese grupo de empoderamiento, a raíz de ahí empecé a participar en la junta directiva como vicepresidente y actualmente llevo dos años como presidente de la asociación.

La labor de la junta directiva, que está formada por familiares y personas con problemas de salud mental, es de algún modo representar a la asociación de cara al exterior e internamente, digamos, ver hacia dónde camina el movimiento del colectivo. Es un asociación que actualmente tiene 58 trabajadores, tiene diversidad de recursos, centro de rehabilitación psicosocial, centros ocupacionales prelaborales, cursos de formación para la inserción laboral, club social, grupos de ayuda mutua de personas con problemas de salud mental y grupos de ayuda mutua de familiares...muchísimos programas y proyectos, gracias también a la labor que hacen estos 58 profesionales que pueden dar respuesta a esas necesidades.

¿Cree que es fácil contar que se tiene un problema de salud mental o que las personas que lo tienen solamente son capaces de contarlo cuando ya lo han superado o lo están superando?

Yo sé que no es fácil pero pienso que es necesario hablar de ello y que las propias personas que han vivido la experiencia sean las que cuenten en primera persona en qué consiste tener un problema de salud mental, que vivencias han pasado, qué necesidades tienen...no es nada fácil pero es muy necesario porque es la mejor manera de luchar contra este estigma del que hablábamos antes, tanto de la sociedad como de los medios de comunicación. Es la mejor manera de que se visibilice a las personas con problemas de salud mental de una manera más realista y más objetiva.

Lo que pasaba anteriormente es que estas personas no hablaban, sino que hablaban por ellas sus familiares y los profesionales, y ellos con la mejor intención de hablar de nosotros de manera positiva tampoco han sabido llegar a la sociedad de la mejor manera porque están hablando por otra persona. No es lo mismo que tú hables de ti misma y cuentes quién eres a que lo haga yo, porque te van a conocer más si hablas en primera persona, y por eso la importancia de que las propias personas que tienen este diagnóstico hablen y digan lo que quieren, lo que necesitan, cuenten por lo que han pasado y demás.

¿A usted por su caso en concreto de diagnóstico de esquizofrenia, alguna vez le han tomado por una persona violenta o peligrosa?

No. Sí que es cierto que existe esto que conocemos como autoestigma, que es avergonzarse de lo que te ha pasado y tiendes a esconderlo, a no contarlo por miedo y a que te rechacen. Yo todas las veces que he hablado de esto, que han sido muchas, siempre me he encontrado con respuestas positivas, incluso fuera del entorno de la salud mental. Llevo cuatro años con mi pareja, incluso se enteró antes de yo contárselo, que en verdad cuesta mucho contarle, sobre todo cuando tienes una relación más íntima, y ella dijo “bueno, yo no conozco este tema entonces voy a darle la oportunidad de que sea él quien me lo cuente” y cuando se lo conté se lo tomó muy bien. Con todas las personas a las que se lo he contado me he llevado una sorpresa, porque han reaccionado bien, quizás sea porque ya me conocen.

Creo que en esto de hablar de este tema muchas veces es más el miedo de las propias personas que tienen el problema de salud mental a contar lo que les pasa, el miedo a que les rechacen que la propia discriminación que pueda ejercer la persona a la que se lo cuentas. Generalmente todo el mundo responde bien, y si no respondiera bien ya sabes que esa persona no te interesa, porque realmente si esa persona no conoce el tema ni quiere conocerlo y te va a discriminar pues...nadie quiere que le discriminen.

¿Qué imagen cree que tiene la sociedad sobre la esquizofrenia en concreto?

Una imagen estereotipada, por el imaginario colectivo que hay, que históricamente se ha tratado en el cine, en la televisión...tú pones en Google “enfermedad mental” y ves una serie de imágenes que no corresponden a la realidad. Tú ahora mismo me estás viendo y no me ves como muchas imágenes de Google que aparece gente con las manos en la cara, o gente balanceándose. Ese tipo de imágenes que vienen dadas por el cine o por los estereotipo, forman la imagen que hay social de enfermedades como la esquizofrenia o el trastorno bipolar. Hay mucho desconocimiento.

¿Qué cree que se podría hacer para acabar con esta imagen que tiene la gente?

Si se dan esas dos condiciones creo que se va a producir como un “efecto dominó” y se va a empezar a tratar de una manera más normal. La ignorancia y la desinformación lo que producen es miedo, entonces socialmente la gente tiene miedo porque a lo que no se conoce se le tiene miedo. Cuando se conozca se irán derribando todos estos mitos que hay.

¿Cómo se sienten las personas al llegar a la asociación?

Bueno, cada persona tiene una experiencia diferente a otra, entonces hay personas que llegan muy motivadas, con ganas de hacer muchas cosas, hay otras personas que vienen con más necesidad de otras cosas, como recibir más cariño, más afecto, o hay otras que se acercan a la asociación porque quieren encontrar un trabajo y ven la posibilidad de que AFES les pueda ayudar en eso.

¿Los propios trabajadores de AFES también tienen problemas de salud mental?

Sí, en AFES hoy por hoy cumplimos de sobra la cuota de contratos de personas con problemas de salud mental. En plantilla hay varias personas. Te puedo contar el caso concreto de Jorge, que es un chico que pasó por un curso de inserción laboral de aplicaciones informáticas y administración, tiene muchos conocimientos en informática porque estudió eso y ahora mismo es el profesor de nuevas tecnologías de los 7 centros ocupacionales de la zona norte de la isla.

Cuando a usted le diagnostican el problema de salud mental, ¿qué se vuelve más difícil en su día a día, cómo se ve usted a sí mismo o cómo la gente de su alrededor le ve a usted?

Cuando tienes un problema de salud mental sufres y tu entorno también, entonces muchas veces para esas personas supone una losa no sólo el hecho de tener ese problema, que dura un tiempo determinado y te recuperas, porque te puedes recuperar, sino que con el diagnóstico se produce una cosa que se llama “la doble enfermedad”, que es que te ponen una etiqueta de la que todo el mundo o incluso tú antes de pasar por

eso, tenías una imagen errónea. Si a ti te ponen la etiqueta de “esquizofrenia paranoide” pues te cae como una losa encima, porque ya no solo es el problema que tengas, sino que encima te ponen una etiqueta que tiene una connotación negativa y es posible que socialmente se te rechace por ello, entonces hay como un doble problema, por un lado el propio problema, que lo puedes superar, y por otro el problema que perdurará en el tiempo, que es convivir con esa etiqueta. Por eso es tan importante que la persona hable en primera persona y de algún modo se informe de lo que le está pasando. Para eso existen asociaciones como AFES donde la gente se siente respaldada y puede hablar con otra que está en la misma situación y poco a poco se comienza a hablar de esa etiqueta de una forma más sana y positiva.

Ocurre lo mismo con otros colectivos donde la gente se ha adueñado de palabras que tienen una connotación negativa, por ejemplo, en el colectivo LGTB, la gente homosexual se llama “maricón”, que socialmente es un insulto, pero como se han adueñado de esa palabra la pueden usar entre ellos y no les resulta ofensiva. O en el colectivo de la mujer, la palabra “puta” por ejemplo, intentan darle la vuelta a esa connotación. Realmente esto es para tú sanarte y convivir con eso de una manera positiva.

Es que la etiqueta en sí no aporta nada, desde mi punto de vista la etiqueta es algo médico en los problemas de salud mental. Lo que pasa con los problemas de salud mental es que no se pueden detectar, no hay ningún marcado biológico donde se pueda hacer una radiografía y decir “esta persona tiene esquizofrenia”. Esto genera incertidumbre, porque tú te partes una pierna y sabes lo que te ha pasado, hay un hueso roto ahí, pero en el caso del problema de salud mental no se ve ni se puede identificar. Entonces no te sirve de mucho saber...”tienes esquizofrenia”, vale, ¿y qué me quieres decir con esquizofrenia? ¿Que lo he pasado mal? Pues sí, lo he pasado mal. ¿Que he tenido una serie de síntomas? Sí, los he tenido. Pero eso a mí no me aporta nada. Por eso a mí me gusta siempre hablar, no de consciencia de enfermedad como dicen los profesionales “es que tiene que tener consciencia de su enfermedad” y yo no estoy de acuerdo con eso, creo que hay que tener consciencia de salud. Si tú tienes consciencia de salud te vas a recuperar mejor porque tienes en cuenta lo que te mantiene saludable,

pero si tú tienes consciencia de enfermedad te sientes como un enfermo y eso va a jugar en tu contra.

Al margen de que cualquier persona pueda informarse en manuales de forma objetiva sobre qué es la esquizofrenia, ¿cómo la definiría usted según su propia vivencia?

La palabra esquizofrenia para mí no tiene una definición. Tú te vas a un manual de psiquiatría y pone “Esquizofrenia: alteración en la percepción de la realidad...” pero para mí, esa idea de lo que es la esquizofrenia se queda muy coja. Yo por ejemplo tengo el diagnóstico de esquizofrenia y sí, he tenido síntomas, he tenido alucinaciones, he tenido delirios y demás, pero hoy por hoy no los tengo, llevo varios años sin síntomas, recuperado y hoy por hoy ya hace un año que no me médico. Entonces es eso, para mí es una palabra vacía.

Yo entiendo que si tienes otras enfermedades tú vas al médico, te dicen lo que te pasa y te puede producir cierto alivio, pero en el caso de los diagnósticos psiquiátricos yo creo que no se produce lo mismo, sino que te cae como una losa. Yo creo que es más interesante en las personas con problemas de salud mental tratar los aspectos que les han llevado a tener ese problema, que son aspectos cotidianos de la vida, a lo mejor algo como que se murió tu pareja, un trauma, o que perdiste el trabajo. Hay miles de problemas que te pueden llevar a tener un problema de salud mental y yo creo que es más interesante tratar esos aspectos que tratar un diagnóstico o con un síntoma concreto. En la psiquiatría y la medicina siempre se trata el síntoma y se obvia el problema, ¿te duele la cabeza? Pues tómate una pastilla, ¿tienes alucinaciones? Tómate una pastilla pero no te ocupes de lo que te está generando ese síntoma, entonces al final hay una carencia en ese tratamiento.

Históricamente la psiquiatría también ha dicho que la esquizofrenia es una enfermedad crónica, cosa que es mentira, que las enfermedades mentales graves son enfermedades crónicas y eso no es cierto. Hay muchas personas que se recuperan tomando medicación o no tomando medicación, sino gracias a las herramientas utilizadas y a los apoyos que hayan podido tener, y al final eso es mejor que tratar síntomas.

Es decir, hay muchos medicamentos y pocas terapias que quizás pueden funcionar mejor, ¿no?

Exacto. No recuerdo muy bien el porcentaje, creo que es un 80% del gasto destinado a la salud mental en Canarias....unos 57 o 58 millones de euros se gasta el Gobierno de Canarias en farmacología, frente a 11 millones que se gasta en otro tipo de apoyos a nivel público, como la psicoterapia, la psicología, la rehabilitación psicosocial...y cada vez va a más. Si me dijeras que se están dando medicamentos porque los medicamentos sirven y las personas se curan vale, pero es que al final el gasto va a más y encima los medicamentos psiquiátricos son medicamentos fuertes, son drogas que producen adicción, y entonces ya no es solo que no te recuperes sino que vas a acabar dependiendo de ese medicamento, que es lo que le interesa a la industria farmacéutica. Lo que interesa es gente que toda la vida esté tomando esa pastilla, porque es un cliente que lo tienes ya para siempre, y hay muchos médicos que no tienen muchos valores éticos que se posicionan de parte de esta industria.

