

Treball de Final de Màster / Trabajo de Final de Máster  
Máster en Rehabilitación Psicosocial en Salud Mental Comunitaria.  
Universidad Jaume I Castellón.  
Curso académico: 2016/2017.

**TÍTOL / TÍTULO:**  
ESTIGMA Y ENFERMEDAD MENTAL. UN CASO REAL.

**Autor/a / Autor/a:**  
MARÍA GÓMEZ BENEDICTO.

**Tutor/a / Tutor/a:**  
MARÍA HUERTAS ZARCO.

**Data de lectura / Fecha de lectura:**  
9 DE NOVIEMBRE DE 2017



## **RESUMEN:**

Este trabajo repasa la historia del estigma asociado a la enfermedad mental y los distintos tipos existentes. Además, trata de dar un ejemplo práctico de cómo es posible superar este estigma a través de la participación, tanto de la población general como de la persona con enfermedad mental, en la sociedad.

Para ello, se ha centrado en un caso real, el de J.C que, tras sufrir una situación de discriminación derivada del fuerte estigma que rodea a la enfermedad mental, a través de su participación en un taller de juegos de mesa, ha logrado la inclusión en este grupo y la mejora en varias áreas de su vida.

Tras una breve introducción donde se explica la estructura del trabajo, seguido del marco teórico, se ha recogido la exposición del caso real, así como, el diario de sesiones de las intervenciones realizadas con J.C.

Con la información recogida tras las intervenciones, así como con la extraída de la entrevista realizada al usuario, se ha llegado a la síntesis de varias conclusiones y unas propuestas de mejora que se consideran importantes en este ámbito.

## **SUMMARY:**

This essay reviews the history of stigmas that are associated to mental illness and the different types that are related to it. Besides, it tries to give a practical example of how we could overcome this very stigma through participation in society, as much as population and the person who suffer mental illness.

For that, it has been focused in a real case -the one from J.C.- that, after suffering a discriminatory situation derived from the strong stigma that surrounds mental illness in general, through his participation in a table game's workshop, he has achieved a correct incorporation to that group as well as an improvement in several areas of his own life.

After a brief introduction where is explained the structure of the essay, followed by the theoretical framework, it has been summarized the mentioned real case exposure as well as the complete diary about sessions of interventions made with J. C.

Thereby, with the information collected after interventions together with the ones extracted from the personal interview made with the user, we have reach to the synthesis of several conclusions and some improvement proposals that are considered very important in this field.

- **Palabras Clave:** Estigma, enfermedad mental, participación ciudadana.
- **Key words:** Stigma, mental illness, citizen participation.

## INDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	Pág.3
2. HISTORIA DEL ESTIGMA EN LA ENFERMEDAD MENTAL.....	Pág.5
2.1.    Conceptos importantes.....	Pág.7
3. JUSTIFICACIÓN.....	Pág.9
4. EXPOSICIÓN DE UN CASO REAL.....	Pág.10
4.1.    Evaluación Pre-Intervención. ....	Pág.14
4.2.    Metodología de la intervención. ....	Pág.14
4.3.    Diario de sesiones. ....	Pág.15
4.4.    Integrar vs Participar. ....	Pág.20
4.5.    Papel desempeñado por la trabajadora social en la intervención.....	Pág.20
4.6.    Evaluación de la intervención. ....	Pág.21
5. CONCLUSIONES Y PROPUESTAS DE MEJORA. ....	Pág.23
6. BIBLIOGRAFÍA. ....	Pág.25
7. ANEXOS. ....	Pág.26

## **1. INTRODUCCIÓN:**

Este trabajo recorre la historia del estigma en la enfermedad mental. Además, aborda un caso real, experimentado durante la realización de las prácticas, en un Equipo de Apoyo Social Comunitario (en adelante EASC) como trabajadora social.

Se pretende dar una visión objetiva y apoyada en la experiencia sobre el impacto que el estigma puede tener en personas diagnosticadas de enfermedad mental. Además, se recogen diferentes definiciones y conceptos ligados al de estigma, queriendo así dejar constancia de la importancia del trabajo conjunto para lograr la extinción del mismo producido por las enfermedades mentales.

Todo este trabajo está plasmado desde el punto de vista de la profesión de trabajo social, queriendo demostrar con él que, el estigma está ligado a la mala información de la que dispone la población o la falta de ella y que, la participación de la persona con enfermedad mental en la sociedad es posible y necesaria. Así como, a la falta de oportunidades que se le presenta a una persona con diagnóstico de enfermedad mental.

Este trabajo está estructurado en siete puntos, contando además en su primera página con un resumen del mismo y las palabras que se consideran claves a lo largo del documento.

En la Historia del Estigma en la Enfermedad Mental, se hace un recorrido a lo largo del tiempo donde se reflejan los momentos que se consideran clave en este tema. Además, analiza distintos tipos de estigma, recogidos por varios autores en los distintos estudios realizados.

Dentro de este punto, se incluye la definición de varios conceptos que se consideran importantes a la hora de tratar el estigma. Estos conceptos son los de Atributo, Estereotipos, Prejuicio y Discriminación y Carrera moral. Se realiza una definición de los mismos y se extiende algo más en la unión que existe entre los estereotipos, prejuicios y la discriminación a la que lleva el estigma asociado a la enfermedad mental. Con estas definiciones, se pretende formar una línea que une la idea, algo generalizada, de cómo son las personas con diagnóstico de enfermedad mental y la creación del propio estigma que, en muchas ocasiones, les priva de oportunidades esenciales en su participación en la comunidad como un ciudadano más.

En la Justificación, se recoge el por qué de la realización de este trabajo. Se expone lo sucedido con el usuario al inscribirse como socio en un Centro Cultural de un

municipio vecino y enterarse los compañeros del taller que estaba siendo atendido por un recurso de rehabilitación psicosocial.

En la Exposición del Caso, teniendo en cuenta la orientación profesional de este trabajo, se recoge un caso real al que se ha hecho mención al principio. Se hace una pequeña introducción del caso con los datos más relevantes guardando en todo momento la confidencialidad del usuario. Se recogen los datos que se han considerado más relevantes: datos personales, familiares y sociales. Inicio y proceso de la enfermedad y situación actual. Ingresos previos, tratamientos y evolución.

Dentro de este punto se encuentra la Evaluación Pre-intervención, donde se recogen los principales problemas detectados en el usuario tras el periodo de evaluación. Además, quedan recogidos los objetivos planteados en su plan individual de atención (PIA en adelante). Se encuentra también recogida la Metodología de la Intervención, donde se recogen las técnicas utilizadas desde el plano del trabajo social individual y el trabajo social comunitario.

Este punto recoge también un Diario de Sesiones, en el cual se plasman los datos más relevantes de las diferentes sesiones realizadas.

Se recoge la diferenciación entre Integrar vs Participar ya que se considera de vital importancia esta diferenciación debido a la necesidad de normalizar la participación comunitaria de las personas con enfermedad mental. De este modo, no se considera necesario tener que integrar a una persona con enfermedad mental en la sociedad frente a otras que no padecen estas enfermedades, sino que se considera necesaria la participación por parte de toda la población para terminar con el estigma y el trato diferente a las personas con un diagnóstico de este tipo.

Se hace mención al trabajo desempeñado por la trabajadora social a lo largo de la intervención y, por último, se recoge la Evaluación de la Intervención, donde se recogen los puntos más significativos de la intervención, así como, las ideas más relevantes extraídas de la entrevista realizada al usuario una vez finalizado el taller en el que participó.

Las Conclusiones y Propuestas de Mejora, recogen las deducciones sacadas una vez que se ha realizado el trabajo, además se recogen unas propuestas de mejora para conseguir acercarse al objetivo final que persigue este trabajo, la extinción del estigma en torno a la enfermedad mental.

Este trabajo cuenta, también, con dos últimos apartados donde se recoge la bibliografía consultada para la realización del mismo, así como la transcripción de la entrevista realizada al usuario en la que se basa este trabajo, a modo de anexo.

## **2. HISTORIA DEL ESTIGMA EN LA ENFERMEDAD MENTAL.**

Muchas son las definiciones que se han dado al estigma a lo largo de la historia. El estigma ha sido definido como una marca que permite la identificación de los miembros que pertenecen a una categoría socialmente devaluada. Esta identificación, conlleva una serie de procesos psicosociales que permiten, a nivel social, preservar el estado de ese momento mediante la discriminación y la exclusión social. (Fernández, Maneiro y Castián, 2008).

Se comenzó a encontrar el interés por el estigma asociado al trastorno mental en los estudios del sociólogo canadiense Erving Goffman, que lo definía en 1963 como *“atributo que es profundamente devaluador, el cual degrada rebaja a la persona portadora del mismo”*. Pero, no fue hasta la Reforma Psiquiátrica, que en España no llegó hasta mediados de los años 80, cuando empieza a tomar, de manera progresiva, mayor importancia el tema del estigma (Desviat, 2007).

Se puede encontrar también la definición de estigma como *“característica de las personas que resulta contraria a la norma de una unidad social, considerando como “norma” una creencia compartida dirigida a comportarse de una forma determinada en un momento preciso”* (Stafford y Scott, 1986). Y alguna más actual que considera que *“los individuos estigmatizados poseen (o se cree que poseen) algún atributo o característica que conlleva una identidad social la cual es devaluada en un contexto social particular”* (Crocker, Major, y Steele, 1998).

Lo cierto es que ya desde la Edad Media ha habido casos de estigmatización de las personas con enfermedad mental. Durante mucho tiempo, estas personas eran recluidas en los, anteriormente, llamados psiquiátricos con el fin de separarles del resto de la población.

En muchas ocasiones se consideraban las enfermedades mentales como castigos divinos o incluso posesiones demoniacas que asustaban a la población.

Muchas han sido las investigaciones dirigidas a evaluar el estigma entre personas que padecen una enfermedad mental, entre la población general y, en menor medida, entre familiares próximos y profesionales de la salud mental. Se cuenta con revisiones bibliográficas sobre el tema, algunas de carácter general (Sartorius y

Aichenberger, 2005), y en otras sobre ámbitos específicos, como el laboral (Marwaha y Johnson, 2004; Stuart, 2004), el familiar (Corrigan y Miller, 2004) o los medios de comunicación (Francis, Pirkis, Dunt, y Blood, 2001).

Lo cierto es que, incluso a día de hoy, el estigma es un fenómeno muy complejo que presenta diferentes niveles de comprensión. Por ello, se identifican diferentes tipos de estigma.

Una primera diferenciación se ha realizado entre el **estigma público** y el **auto-estigma**. Convivir en una sociedad que vierte continuamente ideas estigmatizantes a cerca de la enfermedad mental puede llevar a la persona que las sufre a internalizar estas ideas (Link, 1987). Al aceptar el estereotipo que se vierte, genera las emociones desde el auto-prejuicio condicionando con ello el comportamiento, ya que la persona puede cambiar su forma de actuar al sentir este rechazo, dejando de tener una vida independiente, por ejemplo. (Corrigan y Kleinlein, 2005).

Sin embargo, la consecuencia más nociva que se ha encontrado, tras la realización de varios estudios, es la no búsqueda del tratamiento. Muchas personas con enfermedad mental que han adquirido este auto-prejuicio deciden no buscar la ayuda profesional necesaria para no pasar a pertenecer a un grupo tan estigmatizado.

Bien es cierto que, también, se han identificado casos en los que este estigma lleva a la persona que lo sufre a luchar para que se les reconozca sus derechos y es un participante activo en la lucha contra el estigma. (Watson y Corrigan, 2005)

Dentro del propio auto-estigma, podemos diferenciar entre **estigma percibido o anticipado** y el **estigma experimentado**. El primero aparecerá cuando la persona con enfermedad mental anticipa la discriminación que sufrirá cuando le identifiquen como persona con enfermedad mental, incluso antes de sufrirlas. El segundo, sin embargo, estará compuesto por experiencias estigmatizadoras vividas de rechazo, discriminación, etc. (Link, 1987; Link, Struening, Rahav, Phelan, y al, 1997).

Es importante destacar que el estigma no sólo afecta a las personas diagnosticadas con una enfermedad mental, sino que lo hace también en las personas más allegadas y los familiares. Es el denominado **estigma por asociación** (Mehta y Farina, 1988) que puede afectar también a los profesionales que trabajan con estas personas.

Las familias pueden verse afectadas por el **estigma público**, aquel que puede experimentarse por observación cuando ven la estigmatización sufrida por su familiar o bien el **auto-estigma** por el cual las familias creen que tienen culpa en la enfermedad

que sufre la otra persona y dan paso a sentimientos como la vergüenza, el ocultamiento...etc. (Angell et al., 2005)

En cuanto a los modelos teóricos que se han ocupado desde los años 80 de comprender y estudiar este fenómeno, habría que destacar dos vertientes principalmente, las que se centran en los aspectos sociológicos de la estigmatización, y un enfoque centrado especialmente en los aspectos psicológicos y psicosociales del fenómeno. Ciertamente es que ambos son necesarios para poder comprender estos procesos.

## **2.1. Conceptos importantes.**

### **Atributo:**

Serían las características que permiten identificar una marca y el aspecto que determinará la interacción que se establecerá entre la población y el poseedor de dicha marca. Importante tener en cuenta dentro del concepto atributo:

- Visibilidad: Grado en que es reconocible la marca a simple vista.
- Direccionalidad: Evolución otorgada al atributo.
- Potencial disruptivo: Grado en que la marca interfiere en la interacción.
- Apariencia física: Imagen asociada al estigma.
- Origen: Causa endógena o exógena de la marca.
- Peligrosidad: Miedo o alarma que suscita la marca.

(Jones, Farina, Hastorf, Markus, Milles y Scott, 1984).

### **Estereotipo/Prejuicio/Discriminación:**

Según los modelos psicosociales y, atendiendo a lo recogido en el estudio de Manuel Muñoz, Eloísa Pérez Santos, María Crespo y Ana Isabel Guillén “Estigma y enfermedad mental. Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental”, el estigma se pone de manifiesto a través de tres aspectos del comportamiento social. Estos aspectos son: los estereotipos, los prejuicios y la discriminación (Ottati, Bodenhausen, y Newman, 2005).

Estos tres conceptos están ligados unos a otros, considerándose los estereotipos como un aspecto aprendido por la mayoría de la población, una generalización sobre un grupo de personas con una característica común (por ejemplo, la enfermedad mental). Este conocimiento lleva a la aparición de emociones negativas que ponen en marcha los prejuicios. Es decir, esta emoción experimentada a raíz del estereotipo crea en la población una emoción negativa que se traduce en una actitud que llega a la

discriminación. Esta discriminación sería la acción última producida por los estereotipos y los prejuicios.

Trasladando estos conceptos a la enfermedad mental podría decirse que, cuando se conoce el diagnóstico que tiene una persona, es muy común que se cree un estereotipo ligado al acuerdo generalizado que adopta la población sobre lo que caracteriza a un determinado grupo de personas, en este caso los enfermos mentales. Por ejemplo, “las personas con esquizofrenia son agresivas”. Este conocimiento adquirido provoca una emoción en la población, siguiendo el ejemplo anterior, podríamos identificar el miedo a esa agresividad. Y, con la aparición de ese sentimiento provocado por ese conocimiento adquirido y generalizado, se llega a la discriminación, “no le trato como al resto porque es agresivo”.

De este modo, la aparición de estos estereotipos en primera instancia, para dar paso a los otros dos conceptos, privan en muchas ocasiones a la persona con enfermedad mental de una participación igualitaria en la sociedad, apareciendo de este modo el estigma.



Elaboración propia.

### **Carrera moral:**

Entendida como el proceso de estigmatización o generación del estigma. Sería el proceso por el cual la persona con diagnóstico de enfermedad mental asume el rol de enfermo como identidad única. (Fernández et al., Badallo Carbajosa, 2012).

### 3. JUSTIFICACIÓN.

Como se recogió en la introducción, este trabajo pretende reflejar un caso real experimentado durante el desarrollo de las prácticas del máster como trabajadora social en el EASC.

La intervención surgió a raíz de acompañar a un usuario, J.C., a apuntarse al taller de juegos de mesa que se desarrollaba en la localidad vecina al municipio donde reside.

Tras las reuniones de equipo, se consideró que sería positiva para J.C. la participación en algún taller de ocio que lograra cumplir los objetivos del PIA, que se plantearon para lograr su adecuada participación comunitaria y social.

Se habló con J.C. que accedió, no sin ciertas reticencias, a apuntarse a este taller, ya que era el que más se adecuaba a sus intereses. Fue su educador de referencia quien le acompañó a apuntarse.

Hubo una primera coordinación con la asociación de vecinos que se encargaba del taller, para indicar que J.C. residía en el municipio vecino, aspecto que no supuso ningún problema. Por ello, acudieron al centro cultural y realizaron la inscripción, siendo J.C. invitado por el presidente de la asociación a quedarse ese mismo día para participar en el taller. A la hora de inscribirse, se le solicitó un teléfono de contacto, al carecer J.C. de uno, fue su educador quien facilitó una tarjeta con los datos del EASC por si necesitaban cualquier cosa.

Esa misma tarde, el presidente de la asociación llamó al Centro para indicar que J.C. no podía ser miembro ya que no pertenecía a ese municipio.

Al tener conocimiento de la llamada se acordó una reunión con los miembros del taller y los responsables de participación ciudadana del municipio. En ella, el presidente de la asociación manifestó que el rechazo se produjo al ver la tarjeta de dónde estaba siendo atendido J.C. y, debido al aspecto que tenía J.C. el día de la inscripción, ya que consideraron que no eran condiciones adecuadas para participar en su grupo.

Al ver el claro caso de discriminación por el estigma hacia la enfermedad mental, se les propuso una segunda reunión con el resto de miembros del grupo. En esta segunda reunión se acordó que J.C. acudiera a la primera sesión del taller para darle la oportunidad a él y al resto del grupo de comprobar que los estereotipos y prejuicios que habían hecho que negaran la participación de J.C. eran infundados.

Como justificación de esta intervención, podría hacerse alusión también al reconocimiento del **derecho a un entorno saludable, al acceso a la cultura y a todos**

**los ámbitos de la vida pública de la comunidad.** Este es uno de los muchos derechos sociales que están reconocidos para toda la población.

#### **4. EXPOSICIÓN DEL CASO.**

##### DATOS BIOGRÁFICOS Y FAMILIARES.

J.C. nació en Madrid el 29 de septiembre de 1969, por lo que tiene 47 años. Sus padres proceden de Corral de Almaguer (Toledo). Es el tercero de cuatro hermanos, tres hombres y una mujer.

Los padres se trasladaron a vivir a un municipio de Madrid antes de que naciera J.C., por lo que siempre ha vivido en dicho municipio.

Con 16 años dejó los estudios y comenzó a trabajar en la tienda familiar. Este hecho coincide en el tiempo con el inicio de sus salidas nocturnas y consumo de alcohol en grandes proporciones. J.C. refiere que se pasaba muchas noches sin pernoctar en casa, lo que originó problemas con su padre. El padre comenzó a administrarle el dinero, lo que generó problemas añadidos.

En el año 1994 durante su segundo trabajo, tuvo su primer contacto con Salud Mental derivado desde el Hospital de La Princesa. En este momento es diagnosticado de la enfermedad: Esquizofrenia paranoide y retraso mental discreto. En 1997 tuvo el primer ingreso en el Hospital Gregorio Marañón.

Los problemas familiares debidos al consumo de alcohol fueron en aumento. Tras una importante discusión familiar, el padre de J.C. decide echarle de casa. En ese momento, fue ayudado por uno de sus hermanos que le prestó dinero y un vehículo para que pudiera pernoctar. Posteriormente, le prestó la casa donde vivió durante varios años, a cambio de que no volviera a consumir alcohol y mantuviera una conducta apropiada con la familia con la que comparte la casa.

La madre de J.C. falleció en mayo de 2007. Se desconoce el motivo. Su padre se trasladó al municipio vecino, donde reside actualmente. La relación entre padre e hijo ha mejorado y comen juntos todos los días, aunque se tiene conocimiento de que hay ciertos problemas en relación a la administración económica. J.C. comenta que su padre

tiene tres pisos y un local, y que ha dejado en el testamento un piso para cada hijo que actualmente tiene alquilados. Es el padre de J.C. quien le administra el dinero, siendo continuas las quejas de J.C. por el escaso dinero que le da su padre.

Respecto a su hermano mayor, que vive en el mismo municipio, comenta que le ha ayudado cuando más lo ha necesitado. La ayuda ha consistido en prestarle dinero y dejarle la casa donde vivió, cuando el padre le echó de casa tras una disputa familiar. En este tiempo fue su hermano quien gestionó el dinero a J.C. debido a sus problemas con el juego.

Su hermana falleció hace algunos años debido a problemas de salud y consumo de tóxicos. Vivía junto a su esposo e hijos. Presentaba, además, ludopatía y tuvo un intento autolítico en el 2007. J.C. refiere que no se veían mucho.

El tercer hermano, vive en el mismo bloque que su padre. Tiene dos hijos. Sólo se ven de vez en cuando.

En la actualidad, como se ha referido anteriormente, J.C. pasa de lunes a viernes en casa de su padre, estando los fines de semana en casa de su actual pareja.

El primer contacto con el EASC fue el 3 de abril de 2008 en el CRPS. Estuvieron en dicho contacto la coordinadora del EASC, la psicóloga y la trabajadora social.

#### DATOS FORMATIVO – EDUCATIVOS

Cursó hasta sexto curso de la EGB, habiendo repetido en dos ocasiones, en el colegio del mismo municipio donde residía la familia. Un curso antes, en quinto de EGB, comenzó el absentismo escolar. A la edad de 16 años dejó de realizar cualquier tipo de formación.

J.C. se describe como no buen estudiante.

#### HISTORIA LABORAL

Con 16 años comenzó a trabajar en la tienda familiar de puertas blindadas. Por problemas económicos y familiares, se cerró la tienda.

Estuvo trabajando en la empresa Transerra, situada en el mismo municipio de residencia. Durante este trabajo le diagnosticaron la enfermedad. La relación laboral duró 3 años y el fin se debió al cierre de la empresa.

Más adelante, trabajó en la construcción en la cuadrilla de un tío y junto a sus primos. La relación laboral duró 3 meses y fue despedido por romperse el tobillo, según refiere J.C.

Seguidamente, trabajó en una empresa de lavado y engrase de camiones, en una localidad cercana. La relación laboral duró 1 año y medio. J.C. fue quien dejó el trabajo por resultarle peligroso para su integridad física.

También estuvo en la empresa ETECO como mozo cargando y descargando camiones, así como preparando pedidos. La relación laboral duró 6 meses y cesó debido al cierre de la empresa.

Además, estuvo trabajando en una empresa de Burgos durante una semana. El motivo del cese fue debido a que por la noche no se atrevía a quedarse solo buscando un taxi para volver al domicilio, según refiere el usuario.

Volvió a trabajar en la construcción con su hermano. La relación laboral duró 7 meses. El fin fue debido al término de la obra que se estaba llevando a cabo.

Comenta que ha estado trabajando hasta los 26 años. Pero el tiempo total de trabajo ha sido de unos días al año sin poder confirmar que se haya tratado de meses completos. Este tiempo no se corresponderá con el cotizado.

### SITUACIÓN ECONÓMICA

J.C. percibe una pensión contributiva de 541€ que administra su padre. En la actualidad, los gastos fijos mensuales son en concepto de tabaco, ropa, comida...etc. No se le conocen deudas pendientes.

### DATOS SANITARIOS

Cuenta con el certificado de minusvalía con un Grado Total de minusvalía reconocido del 65%.

Desde que fue derivado al EASC no se le conocen ingresos por descompensación. Así mismo, ha tenido reticencias a la hora de acudir a las citas médicas y, en algún momento puntual, a la hora de tomarse la medicación.

### RECURSOS COMUNITARIOS UTILIZADOS

En el año 1998 fue incorporado al Club Social. Además, acude al Centro de Día de su municipio desde hace varios años.

Estuvo jugando al fútbol en una peña de su municipio, junto a su hermano, pero lo dejó debido a que no se encuentra en forma, aunque no descarta volver. Le gusta ir a ver el fútbol al bar.

### RELACIONES SOCIALES

J.C refiere que con los amigos con los que salía antes, ahora se han casado y no salen. Además solían consumir sustancias tóxicas por lo que prefiere no salir con ellos.

Comenta que mantiene amistad con un hombre llamado L., con el que va a ver el fútbol y a andar. También frecuentan un parque cercano al domicilio, donde se reúnen con un grupo de adolescentes. J.C. refiere que les canta y les baila.

Convive con su pareja actual desde hace varios años y con la hija de ésta. No se le conocen muchas relaciones sociales.

Pasa la mayor parte del tiempo en el parque o en casa de su pareja metido en la cama.

### DATOS DE OCIO Y TIEMPO LIBRE

Le gusta ver el fútbol en el bar, salir a pasear, el cine, ir a las fiestas de su municipio y a sus encierros. Le gusta mucho bailar.

### DATOS JUDICIALES

El padre le denunció por amenazas. Pasó tres días en el calabozo. En el juicio fue sentenciado a tres días de arresto domiciliario.

Al fallecer la madre de J.C., en el año 2007, el padre decide hacer testamento. Según comenta Juan Carlos, su padre tiene varias propiedades inmobiliarias y va a dejar a cada hijo un piso.

#### **4.1. Evaluación Pre-Intervención.**

Tras el periodo de evaluación, que comprende 45 días, se detectaron una serie de problemas en J.C. que llevaron al planteamiento de los objetivos que conforman el PIA.

Principales problemas detectados:

- Poco constante en acudir a citas programadas. No solía acudir al Centro cuando se le programaban las citas.
- No avisa cuando va a faltar. No llamaba ni avisaba de la falta y, cuando se le preguntaba por qué, no daba ninguna razón.
- Hábitos de higiene descuidados. No tenía ninguna rutina de higiene establecida. Las duchas eran escasas así como el aseo o la higiene bucal.
- Pasa la mayor parte del día en la calle o en la cama. No se le conocían actividades comunitarias o de ocio.
- Frecuenta compañías consumidoras de sustancias tóxicas. Este hecho le hacía consumir a él de manera asidua, provocándole grandes conflictos familiares.

Objetivos del PIA:

- Adecuada participación comunitaria y social:
  - Que disminuya el tiempo que pasa aislado, sin contacto con otras personas.
  - Que use transporte público.
  - Que realice actividades gratificantes que llevaba a cabo en el pasado (fútbol, cine...).
  - Que aumente su red social.
- Mejora de hábitos básicos y de salud:
  - Que adquiriera hábitos de higiene bucal.
  - Aumentar frecuencia de ducha y lavado de cabeza a una vez al día y supervisión de su cumplimiento.

#### **4.2. Metodología de intervención.**

Se planteó esta intervención desde el ámbito del trabajo social comunitario y desde el ámbito del trabajo social individual.

Se consideró necesaria la intervención desde estos dos ámbitos para conseguir la consecución de los objetivos planteados.

Desde el ámbito del trabajo social comunitario, se intervino con J.C. y con el resto de integrantes del grupo de juegos de mesa. Se acudió al taller todos los lunes de 12.00h. a 13.30h. y se participó en los juegos propuestos. Además, se mantuvieron coordinaciones con los integrantes del grupo que mostraron sus impresiones tras las primeras sesiones. Se utilizó la técnica del modelado o aprendizaje por observación para afianzar la confianza de J.C.

Desde el ámbito del trabajo social individual, se quedó con J.C. antes del taller para acompañarle y reforzar su actitud positiva. Además se mantuvieron sesiones individuales con él en el centro, donde se le preguntaba por cómo se encontraba, si estaba a gusto y se trataban los temas relacionados con la higiene y el aspecto.

Anterior a la intervención se acordó en equipo multidisciplinar el objetivo general a conseguir, así como los objetivos específicos:

- Objetivo general: Aumentar la participación comunitaria y social.
- Objetivos específicos:
  - Crear red de apoyo social.
  - Disminuir el tiempo que J.C. pasa en la calle y en la cama.
  - Aumentar la interacción social.
  - Mejorar hábitos de higiene de J.C. y generalizarlos.
  - Desarrollar habilidades sociales.

#### **4.3. Diario de sesiones**

24 de febrero de 2017. Primera reunión en el Centro Cultural del municipio. A esta reunión acudieron los presidentes del grupo de participación ciudadana del municipio, el presidente de la asociación encargada del taller de juegos de mesa, la trabajadora social del EASC, la coordinadora del EASC y yo.

En ella, el presidente de la asociación expone los motivos reales por los que no quieren que J.C. acuda a su grupo. Demuestra no saber qué es un EASC ni el trabajo que realiza en la sociedad. Realiza comparaciones sin sentido y falta al respeto en alguna ocasión a J.C.

El presidente insiste en saber qué le pasa a J.C. y cuál es el motivo por el que se trabaja con él. Se le indica que debido a la confidencialidad no se le puede dar esta información, pero se le asegura que J.C. está totalmente preparado para participar en su grupo.

Durante la mayor parte de la reunión el presidente de la asociación se muestra muy reacio a admitir a J.C., llegando incluso a cuestionar las condiciones en las que acudió a realizar la inscripción.

Tras varios minutos de reunión y, al indicar el presidente de la asociación que ninguno de los miembros del grupo quieren aceptar a J.C. se le indica que es un caso de discriminación que no se puede permitir.

Se le propone realizar algún tipo de evento donde poder explicar el trabajo que se realiza desde el EASC y el CRPS.

Tras exponer los motivos que le han llevado a rechazar a J.C. y escuchar lo que exponen los diferentes miembros de la reunión, se acuerda tener una segunda reunión en la que participen los miembros del grupo.

27 de febrero de 2017. Segunda reunión en el Centro Cultural del municipio. A esta reunión acuden los integrantes del grupo de juegos de mesa, su presidente, la coordinadora del EASC y yo.

La actitud de los participantes del taller es mucho más receptiva. Insisten en saber qué le pasa a J.C. para que esté acudiendo al centro. Quieren saber si J.C. puede hacer vida normal.

Se les indica de nuevo que no se les puede dar esa información, pero se les asegura que J.C. está totalmente preparado para participar en el taller.

Tras más de hora y media de reunión, se acuerda que J.C. acuda el próximo día a probar.

Más tarde, en reunión multidisciplinar se acuerda que sea yo quien acompañe a J.C.

6 de marzo de 2017. Primera sesión del taller de Juegos de mesa. Acuden tres de los integrantes del grupo, J.C., la coordinadora del EASC y yo.

Comienzan jugando al mus. Se nota que J.C. está algo cortado. A penas participa en las conversaciones que se crean. A medida que avanza el tiempo se nota que J.C. participa de manera más activa. Sonríe ante los comentarios de sus compañeros.

Su pareja le hace preguntas sobre el tiempo que lleva jugando y le refuerza de manera positiva cuando hace una buena jugada.

Tanto la coordinadora del EASC como yo tenemos un papel meramente observador.

Tras terminar la partida del mus y para que podamos participar la coordinadora y yo, uno de los integrantes del grupo propone jugar a otro juego de cartas. Nos lo

explican y comenzamos el juego. J.C. está sentado a mi lado y trata de ayudarme cuando me ve indecisa. En este juego se le ve algo menos seguro, lo que hace que participe menos.

8 de marzo de 2017. Cita individual con J.C. en el centro. Llega puntual. Le pregunto cómo se ha sentido en el grupo de juegos de mesa. Refiere haber estado a gusto aunque al principio tenía bastante vergüenza. Le ha gustado y quiere volver.

Le refuerzo de manera positiva que fuera puntual y que acudiera en perfectas condiciones de higiene. Venía afeitado, aspecto importante, ya que J.C. es un hombre de piel bastante oscura y la barba muy dura, lo que le da un aspecto más descuidado cuando no se afeita.

Como aspecto a mejorar le sugiero arreglarse las uñas ya que le indico que al estar jugando a las cartas se ven bastante. Refiere que lo había pensado y que se las cortará para la próxima sesión.

Además, durante el juego, uno de los integrantes refirió que acababa de dejar de fumar por lo que notaba mucho el olor a tabaco. J.C. es un hombre que fuma bastante y la ropa le ha cogido cierto olor. Le propongo que traiga una chaqueta al centro y se la guardaremos aquí para dársela cada lunes. Está conforme y se muestra agradecido.

Refiere querer que llegue la próxima sesión. Sonríe al mencionarle lo bien que jugó aunque perdiera.

13 de marzo de 2017. Segunda sesión de juegos de mesa. Acude con la coordinadora. J.C. se muestra mucho más participativo. Acude puntual y bien vestido.

Incluso hace alguna broma a su pareja. Parece menos vergonzoso y a gusto en el entorno. Al ser sólo tres personas, la coordinadora participa con él pero es otro de los integrantes quien es su pareja.

15 de marzo de 2017. Cita individual con J.C. en el entorno. Quedamos en un bar cercano al Centro de Día que elige J.C., le indico que he hablado con la coordinadora, que me ha contado lo bien que jugó el lunes pasado. Yo no pude acudir porque tenía una reunión. Se le ve muy contento y refiere que le viene bien para tener una rutina cada lunes. Hablamos de lo que hará hoy y me dice que es una pena que el próximo lunes no haya taller ya que es festivo.

Está muy hablador. Me dice que va a ir a casa de su tía a cortarse el pelo para el próximo día. Lo refuerzo.

27 de marzo de 2017. Tercer día de taller. Quedamos de nuevo en el Centro de Día a su salida para acudir juntos al centro cultural. Ha mejorado notablemente el

aspecto. Viene bien afeitado y bien peinado, aunque no se ha cortado el pelo aún. Nada más verme me enseña las uñas perfectamente cortadas. Como aspecto a mejorar sería el ponerse cinturón ya que lleva los pantalones caídos porque le quedan grandes.

Cuando llegamos al centro cultural, nos encontramos a uno de los coordinadores de participación ciudadana del municipio. Saluda efusivamente a J.C. y se interesa por cómo le va en el taller. J.C. refiere estar muy a gusto.

Mientras esperamos a que lleguen los demás, J.C. coge un caramelo para quitarse el olor a tabaco, según comenta. Cuando salimos para que J.C. fume mientras esperamos, viene uno de los compañeros del taller. J.C. apaga el cigarro y se agacha para coger la colilla del suelo y tirarla a la basura.

El taller se desarrolla sin problemas. J.C. está mucho más participativo. Hace bromas con sus compañeros. Son tres los que han acudido hoy por lo que juego con ellos.

Al terminar, J.C. se despide dándoles la mano y las gracias.

31 de marzo de 2017. Cita individual con J.C. en el centro. Le propongo acompañarle a la peluquería ya que sigue sin cortarse el pelo. Refiere que irá esta tarde a casa de su tía que ha vuelto de vacaciones. Acude tarde a la cita y parece cansado. Me dice que es porque le pusieron el inyectable ayer y eso le cansa mucho. Aún así, me dice que sigue estando muy a gusto con sus compañeros. Quedamos para la próxima sesión del taller en el Centro de Día.

3 de abril de 2017. J.C. llama al centro para avisar que le duele la espalda y no irá al taller. Llamo al presidente del grupo que me agradece que le avisemos. Aprovecho para preguntarle por cómo ven a J.C., refiere que no detectan ningún problema.

6 de abril de 2017. Cita individual, J.C. viene aseado y muy bien vestido, incluso trae una cazadora nueva que refiere que se la ha regalado un amigo. Hace alusión a lo bien que se lo pasa en el taller y que le parecen todos muy amables. Se le ve contento. Se ha cortado el pelo y viene muy arreglado.

Le agradezco que llamara el lunes para avisar que no podía ir al taller.

19 de abril de 2017. Cita individual con J.C. en el bar de al lado del Centro de Día. Debido a la Semana Santa lleva unos días sin haber juegos de mesa. J.C. refiere que se aburre los lunes y que quiere volver cuanto antes al taller.

24 de abril de 2017. Cuarto día de taller de juegos de mesa. Se acuerda que hoy el acompañamiento se haga de menor tiempo para así permitir la autonomía de J.C., llega el presidente de la asociación e indica que sólo acudirá él ya que el resto no puede.

Dice que nos iba a llamar, pero ha preferido acercarse por si queríamos echar una partida.

Jugamos al tute y J.C. se muestra muy participativo. Se encarga de explicarme el juego y contar los tantos de cada uno. Al llegar la hora de irme, es el propio presidente de la asociación quien invita a J.C. a quedarse.

25 de abril de 2017. Llamada telefónica a J.C., le llamo y refiere que se lo pasó muy bien. Echaron otra partida y se fueron a casa. Llamo al presidente de la asociación para disculparme por tener que irme antes. Refiere haber estado muy a gusto con J.C.

12 de mayo de 2017. Cita individual con J.C. en el centro. El lunes pasado no pude acompañarle a juegos de mesa ya que estaba mala. Llamé a J.C. para avisarle y decirle que fuera él si estaba animado. Llamé al presidente tras el taller y me dijo que no había acudido.

19 de mayo de 2017. Cita individual en centro. Viene antes de la hora porque refiere que tiene que ir a por recetas. Realizamos la intervención individual sin complicaciones. Está bastante colaborador y hablador.

Al preguntarle de nuevo a J.C. refirió que le daba vergüenza ir si no le acompañaba. Sugiero a J.C. que la próxima vez vaya aunque no tenga muchas ganas, porque sabe que se lo pasa bien.

22 de mayo de 2017. Quinto día de taller. Acudimos al centro cultural. Como ya es costumbre, J.C. viene arreglado y aseado. No se presenta ningún miembro del grupo por lo que llamo al presidente. Refiere que él está fuera y por eso no puede acudir y que pensaba que nos avisarían. Se disculpa. Quedamos para el próximo lunes.

Vamos al bar de al lado del centro cultural para seguir con la intervención individual.

29 de mayo de 2017. Sexto día de taller. J.C. me espera en la puerta del Centro de Día ya que ha salido antes. Llega el presidente de la asociación que da por hecho que no me quedaré en el taller. Refiere que es el último día debido a las vacaciones. En octubre volverá el grupo por lo que anima a J.C. a volver a apuntarse. Además, le dice que hay una fiesta por San Juan, el próximo fin de semana y le invita a venir con su pareja.

#### **4.4. Integrar vs Participar.**

Como se ha recogido en la introducción, se considera importante poner en relieve la diferencia entre dos conceptos que pueden confundirse, en ocasiones, en el ámbito de lo social.

Integrar vs Participar. Siguiendo la definición recogida por la Real Academia Española, las definiciones serían las siguientes:

**Integrar:** *“Hacer que alguien o algo pase a formar parte de un todo”*

**Participar:** *“Dicho de una persona: Tomar parte en algo” “Recibir una parte de algo” “Tener parte en una sociedad o negocio o ser socio de ellos” R.A.E*

Son muchas las ocasiones en las que podemos encontrar como objetivo en un PIA “integrar al usuario en la sociedad”. Al decir que hay que integrarle, es decir, hacerle partícipe de la sociedad, se le está excluyendo, de manera indirecta, de lo que se considera “normal”. ¿Por qué a una persona con diagnóstico de enfermedad mental hay que integrarle en la sociedad y no hay que integrar a alguien con diagnóstico de cáncer?

Por ello, la palabra más adecuada sería la de participar, tomar parte en algo. Y es que al final se trata de un trabajo conjunto de toda la población.

De esta diferenciación se desprende otro concepto importante en este caso, el de participación ciudadana.

En palabras del psicólogo Roger Hart: “La participación es la capacidad para expresar decisiones que sean reconocidas por el entorno social y que afectan a la vida propia y/o a la vida de la comunidad en la que uno vive” (Roger Hart, 1993).

Se entiende participar como parte de una intervención colectiva. La necesidad de la participación de todos por igual en situaciones más o menos estructuradas.

Por lo tanto, en este caso la participación ciudadana se considera muy importante en la lucha contra el estigma en torno a las personas con diagnóstico de enfermedad mental.

#### **4.5. Papel desempeñado por la trabajadora social en la intervención.**

Debido a que J.C. es un usuario con un largo recorrido en el EASC, se valoró de manera positiva que fuera yo quien empezara a intervenir con él para conseguir el objetivo planteado para el momento en el que estaba el usuario.

En un primer momento, el papel que desempeñé fue el de observadora, pasando muy pronto a participar en el grupo de manera activa, utilizando así la técnica del modelado con resultados muy positivos.

A medida que avanzaron las sesiones del grupo, mi papel fue de simple acompañante. Teniendo en una de las sesiones que irme antes, J.C. se quedó hasta finalizar el taller e incluso en la siguiente sesión, uno de los integrantes del grupo dio por hecho que yo ya no me quedaba.

En las sesiones individuales, tuve un papel activo y participativo con J.C., si bien es cierto que él en todo momento estuvo muy colaborador y receptivo con los refuerzos que le hacía. Se trabajó desde un modelo reforzador, para evitar que J.C. se sintiera juzgado y así facilitar la participación en este grupo.

#### **4.6. Evaluación de la intervención.**

Para realizar una correcta evaluación de la intervención se debe realizar desde el ámbito del trabajo social individual y desde el del trabajo social comunitario como ya se hizo en la metodología.

Desde el trabajo social individual, se extrae:

- Mayor grado de implicación de J.C.: De las seis sesiones que tuvieron lugar, acudió a cuatro de ellas. A la que no pudo acudir, debido a que estaba enfermo, llamó al centro para avisar de que faltaría. Acudió a todas las sesiones individuales, con una participación muy elevada y expresando sus emociones en todo momento.
- Aspecto físico y hábitos de higiene: Mejora notablemente su aspecto físico y sus hábitos de higiene. Viene siempre correctamente aseado, bien vestido y generaliza este comportamiento en su día a día.

Se trabaja con él en sesiones individuales el olor a tabaco que desprende la ropa por lo que se le propone dejar una chaqueta en el centro. Accede sin reticencias.

Además se trabaja la vestimenta, ya que suele acudir con aspecto algo descuidado. Comienza a acudir con camisa, pantalones limpios y zapatos tanto al taller como al resto de sesiones.

Por otro lado se le propone el corte de pelo y de las uñas, ya que suele llevarlas largas y algo sucias. Accede sin impedimentos y las mantiene en la actualidad.

Desde el trabajo social comunitario:

- Mejora en la interacción. Mejoró notablemente la interacción con J.C. a partir de la segunda sesión. Empezaron a interactuar de manera fluida entre todos los

miembros del grupo. En varias sesiones no se le acompañó hasta el final, incluso los miembros del grupo le invitaron a quedarse aunque yo me fuera antes.

Invitaciones a diferentes actos de la asociación. Invitaban a J.C. a todos los actos que realizaban en la asociación. Además le informaban de las exposiciones en el centro cultural por si quería ir con su pareja.

- Próximo curso. Al finalizar el taller, cuentan con él para el próximo curso, indicándole que llame a partir de septiembre para poder enterarse de cuando comienzan.

Al finalizar el grupo, se le realizó una entrevista a J.C. para poder conocer sus impresiones y valorar si la intervención había conseguido los objetivos propuestos. Esta entrevista se transcribe en el Anexo 1, pero de ella los puntos más importantes que se extraen serían al ser preguntado por cómo se ha sentido participando en juegos de mesa, ya que J.C. refiere haber estado “agradable”, “seguro”.

Además, al ser preguntado por las cosas positivas que saca de la experiencia, refiere “sentirme bien conmigo mismo”, “he conocido personas nuevas”. Y al ser preguntado por cosas negativas, refiere no identificar ninguna.

En la actualidad, J.C. sigue acudiendo al taller de juegos de mesa sin necesidad de ser acompañado. Mantiene una rutina adecuada de higiene y buenos hábitos que ha extendido a todas las áreas de su vida, mejorando así el funcionamiento y quedando reflejado en pequeños cambios que fue realizando durante la intervención.

## 5. CONCLUSIONES Y PROPUESTAS DE MEJORA

El estigma en torno a la enfermedad mental es un tema ampliamente tratado. Existen campañas y asociaciones de familiares y personas con enfermedad mental que luchan cada día por hacer valer sus derechos y conseguir una participación plena y en igualdad de oportunidades pero, aún son muchas las situaciones estigmatizantes a las que este colectivo tiene que hacer frente.

La situación recogida en este trabajo es sólo un ejemplo de las situaciones de discriminación a las que tienen que enfrentarse estas personas. En muchas ocasiones, por el desconocimiento o la mala información, son tratadas de forma diferente haciendo que se les cierren puertas y no tengan las mismas oportunidades que el resto.

Son muchos los ámbitos en los que estas personas experimentan situaciones discriminatorias como, por ejemplo, el ámbito laboral o el sanitario. Todas estas situaciones provocan una desigualdad de oportunidades que lleva a las personas con enfermedad mental a ser privadas de sus derechos como ciudadanos.

Se trata de dotarles de las herramientas necesarias para que pongan en marcha sus habilidades, para que, de este modo, puedan desarrollar una plena participación en la sociedad.

Cierto es que los cambios que se perciben en estas personas suelen ser cambios pequeños a lo largo del tiempo pero, se considera que, gracias a eso estos cambios se mantienen en el tiempo, pudiendo aprovecharlos en su día a día.

Podría decirse que una de las mayores barreras con la que se encuentra la exterminación del estigma es la falta de información, que en ocasiones se traduce en una mala información, que se facilita a la población contribuyendo al asentamiento de los estereotipos y prejuicios a los que se ha hecho mención en este trabajo.

Esta mala información viene dada, en muchas ocasiones, por los medios de comunicación.

En el Dossier del Tercer Sector número 26. Estrategias de la lucha contra el estigma en salud mental, realizado por La Mesa del Tercer Sector, institución que representa el conjunto de las entidades sociales catalanas, recoge que se estima que el 90% de la información sobre salud mental proviene de estos medios, actuando como refuerzo negativo al ya existente estigma.

Se ha demostrado que el 51% de las veces que se habla de salud mental en los medios de comunicación se relaciona con la violencia. Se tiende a dar noticias sensacionalistas que unen la enfermedad mental con episodios trágicos de violencia.

Se hace un uso incorrecto de términos relacionados con la salud mental con el simple objetivo de atraer al telespectador, lo que ayuda a asentar el estigma en torno a la enfermedad mental.

Romper con los estereotipos en torno a estas personas pasa por una colaboración estrecha entre los profesionales, las propias personas con diagnóstico de enfermedad mental y la población en general. Se trata de un trabajo que hay que realizar de manera conjunta y coordinada para conseguir alcanzar el objetivo último. Se considera por ello, que esta estrategia debe pasar por cambiar las ideas estigmatizantes ligadas a la enfermedad mental, así como generar actitudes que ayuden a terminar con estas situaciones.

Aunque es cierto que son muchas las situaciones estigmatizantes a las que tienen que enfrentarse las personas con enfermedad mental, también es verdad que hay lugar para la esperanza, si nos fijamos en el cambio de la situación con respecto a unos años atrás.

A continuación, se recoge alguna propuesta de mejora para una mayor concienciación de la población y para conseguir acabar con estas situaciones:

- Promover las campañas antiestigma desde distintos recursos asistenciales y administrativos.
- Mayor formación dirigida a los profesionales que desarrollan su actividad con personas con enfermedad mental.
- Mayor facilidad de acceso a la información.
- Promover la participación de personas con enfermedad mental desde distintos ámbitos (sanitario, laboral...etc.)
- Promover la colaboración de toda la población en las campañas antiestigma.
- Mayor coordinación a nivel institucional y un sólido trabajo en equipo multidisciplinar.

En resumen, con el ejemplo de este trabajo se quiere poner de relieve que un diagnóstico de enfermedad, sea cual sea su procedencia, no te hace diferente frente a quien no la padece y, desde ese convencimiento, se debe seguir luchando por conseguir la eliminación del estigma en torno a la enfermedad mental y la plena participación de estas personas en la población y en su día a día.

## 6. BIBLIOGRAFÍA

Badallo Carbajosa, A. (2012). *Estigma y salud mental*. Madrid. Grupo 5.

Desviat, E. (2007). *De locos a enfermos. De la psiquiatría del manicomio a la salud mental comunitaria*. Leganés. Ayuntamiento de Leganés.

Dovidio, J.F., Major, B. y Crocker, J. (2000). Stigma: Introduction an overview. En T.F. Heatherton, R.E. Kleck, M.R. Hebl y J.G. Hull (Eds.). *The social Psychology of Stigma* (pp.1-30). Londres: Guilford Press.

González Fernández, R., Lozano Maneiro, B. y Castien Maestro, J.I. (Eds.). (2008). *Psicología del estigma: ensayos sobre la diferencia, el prejuicio y la discriminación*. Madrid: Editorial Universitas.

Jones, E.E., Farina, A., Hastorf, A.H., Marcus, H., Miller, D. y Scott, R.A. (1984). *Social Stigma: The Psychology of marked relationships*. Nueva York: Freeman.

Marichal, F. y Quiles, M.N. (2000). La organización del estigma en categorías: actualización de la taxonomía de Goffman. *Psicothema*, 12; pp. 458-465.

Muñoz, M., Guillén, A.I. y Pérez Santos, E. (2013). La lucha contra el estigma de a enfermedad mental: razones para la esperanza. *Rehabilitación Psicosocial*; 10(2): 10-19.

Muñoz, M., Pérez-Santos, E., Crespo, M. y Guillén, A.I. (2009) *Estigma y enfermedad mental. Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental*. Madrid: Editorial Complutense.

Taula d'entitats del Tercer Sector Social de Catalunya. (2013). Dossier del Tercer Sector. Estrategias de lucha contra el estigma en salud mental. Número 26.

## 7. ANEXOS

### ANEXO 1. ENTREVISTA CON J.C.

T.S. ¿Cómo te sientes al haber acudido a juegos de mesa?

J.C. Pues agradable. Muy campechana la gente allí. Y seguro y muy bien.

T.S. ¿Ha habido algún cambio desde el principio? ¿Hay algo que te haya costado más hacer?

J.C. Al principio me daba vergüenza, pero después se me fue quitando.

T.S. ¿Y te ayudaron los compañeros?

J.C. Sí, me ayudaron los compañeros. Todos.

T.S. ¿Te acogieron bien desde el principio?

J.C. Si.

T.S. ¿Quieres volver a participar en Octubre?

J.C. Si.

T.S. ¿Qué sacas tú de positivo de tu participación?

J.C. Pues...estar mejor conmigo mismo, conocer a personas nuevas y todo eso.

T.S. ¿Te ha servido para tener una rutina?

J.C. Sí, me ha servido para tener una rutina.

T.S. ¿Habría algo que cambiarías tu?

J.C. No, está todo bien.

T.S. ¿Te has sentido bien allí?

J.C. Si, la gente muy campechana. He jugado al mus, al dominó, al tute...

T.S. ¿Deseando volver?

J.C. Si (risas).