

Una mirada social al estigma de la enfermedad mental

Antonia ARETIO ROMERO

Trabajadora Social Atención Primaria del Servicio Riojano de Salud
toniar@ya.com

Recibido: 20 octubre 2009

Aceptado: 18 diciembre 2009

RESUMEN

La enfermedad mental todavía lleva aparejada consigo un alto estigma social que produce rechazo y discriminación tanto de las personas que tienen este tipo de enfermedad, como de sus familiares y personas allegadas. El trabajo social tiene mucho que aportar en el afrontamiento del estigma.

En este artículo se recogen algunas consideraciones teóricas acerca de los procesos sociales por los cuales se genera el estigma, las consecuencias que implica para las personas afectadas, la necesidad de incorporar la perspectiva de género así como las posibilidades que ofrece el trabajo social para superar esta situación. Para finalizar se comenta una experiencia concreta realizada con personas sin hogar y se ofrecen algunas sugerencias para intervenciones profesionales futuras.

Palabras clave: enfermedad mental, estigma, intervención social.

A social look to the stigma of the mental illness

ABSTRACT

The mental illness still has a high social stigma that produces repulsion, and discrimination both from people who suffer from this kind of illness and from their relatives and friends. Social work has a lot to say to face this stigma.

In this article, it expound theoretical considerations about the social processes that cause the stigma, the consequences that involve to the people, the necessity of incorporating the gender perspective and also the possibilities that social work offers to overcome this situation. Finally, it exposes a particular experience carried out with homeless and some suggestions for future professional interventions.

Key words: mental illness, stigma, social intervention.

SUMARIO: 1. Introducción. 2. Acerca del estigma. 3. Consecuencias de la estigmatización. 4. Una necesaria perspectiva de género. 5. Consideraciones desde el trabajo social sanitario. 6. Una experiencia concreta: el Grupo de Personas sin Hogar del Casco Antiguo de Logroño. 7. Sugerencias para la acción. 8. Bibliografía.

1. INTRODUCCIÓN

Abordar a principios del siglo XXI el estigma que produce la enfermedad mental puede resultar algo anacrónico, teniendo en cuenta los avances realizados en el manejo de estas enfermedades y la mejora lograda en la calidad de vida de quienes se ven afectados por ellas. Sin embargo, el estigma que rodea a esta enfermedad desde hace siglos no sólo no parece disminuir sino que, incluso, en algunos contextos parece haber aumentado.

El trabajo social es una profesión vinculada desde sus orígenes al campo de la salud. Aún con ello, todavía hoy son escasas las reflexiones realizadas desde esta disciplina en relación con la salud mental. El trabajo que se presenta a continuación tiene origen en una ponencia que se pidió a la autora para unas Jornadas de una asociación profesional de psiquiatría. Se ha intentado hacer un esfuerzo por sistematizar, es decir, procurar elaborar teoría a partir de la experiencia profesional cotidiana, siguiendo en cierta medida las acertadas indicaciones aportadas por otras compañeras (Navarro, 2004: 298-304). Ello ha requerido de un proceso reflexivo con otra perspectiva, la de la teoría, a partir de los casi 20 años de ejercicio profesional en este ámbito.

Una última aclaración: cuando aquí se menciona la enfermedad mental se alude a aquellos trastornos mentales considerados graves o mayores como son la esquizofrenia, trastornos psicóticos, la depresión mayor con características biológicas, trastornos bipolares, trastornos graves de personalidad y de la conducta alimentaria.

2. ACERCA DEL ESTIGMA

Para la elaboración de este apartado, de contenido más teórico y sociológico, se ha partido de algunas constataciones recogidas por Erving Goffman en su famoso libro *Estigma*.

El término, de origen griego, estaba asociado en sus orígenes a signos corporales con los cuales se intentaba exhibir algo malo y poco habitual con el estatus moral de quien los presentaba. Según el Diccionario del uso del español (Moliner, 2007: 1277) en la actualidad se comprende como «marca o señal en el cuerpo; particularmente, cuando procede de un castigo corporal o de la aplicación del hierro candente como pena infamante o como signo de esclavitud... Acto o circunstancia que constituye una deshonra para alguien». Tras el surgimiento del cristianismo, también se asociaba a la huella dejada por la gracia divina. Salvo en el caso de esta última acepción, las anteriores asocian el estigma a algo negativo considerado así por el entorno social en el que está inserta la persona que porta el estigma.

El surgimiento del estigma es un fenómeno social. Y es ahí, en el contexto social, donde se hace preciso analizar el proceso del origen y evolución del estigma, que varía por tanto según los periodos históricos y culturas específicas.

La socialización implica un proceso estructural a través del cual se establece las categorías para ubicar a las personas, asignándoles atributos preestablecidos de antemano previos a su conocimiento real. Estos atributos forman su «identidad social». Este mecanismo facilita las situaciones de interacción, al permitir clasificar rápidamente a las personas con las cuales entramos en contacto en función de unos rasgos externos que hemos interiorizado con antelación como propios de un determinado tipo de personas y a partir de los cuales podemos establecer la comunicación sin mayores esfuerzos, de manera bastante automática. En función de las categorías que identificamos sabemos qué expectativas podemos albergar respecto a esa persona concreta. Esta identidad social favorece la relación en base al juego de roles sociales preestablecidos; permite tratar a los «otros» sin necesidad de dedicarles una atención especial.

Así surge una «identidad social virtual» diferente de la «identidad social real», constituida esta última a partir de los rasgos y atributos de personalidad particulares de cada persona concreta. En el transcurso de una interacción habitual, el proceso de conocimiento permite el tránsito de la identidad social virtual a la real. Sin embargo, cuando la persona con la que se interacciona porta un estigma, el proceso cambia. El estigma está compuesto por un/varios atributos profundamente desacreditadores. Hace menos «apetecible» a la persona en cuestión y pasa a convertirse en el rasgo central de su personalidad, ocultando o minimizando el resto de sus atributos; en muchas ocasiones incluso el estigma llega a acaparar la totalidad de la identidad. En el caso de la enfermedad mental, la persona pasa a ser, por ejemplo, sólo «una esquizofrénica». El estigma implica un bloqueo, un menosprecio que impide el conocimiento de su identidad social real. Conlleva una desacreditación que a su vez supone cierta deshumanización de la persona que lo porta y ello permite después conductas de discriminación hacia ella ya que «no es igual que nosotras, nosotros».

Al llegar a este punto se hace preciso resaltar la naturaleza social de estos procesos; no es algo decidido por cada persona en cada situación particular. Por ello es necesario ver que el proceso de estigmatización, como parte del proceso de categorización social, es sobre todo un producto social que surge en un determinado contexto dentro de una dinámica de poder específica. Son algunos grupos sociales —los que detentan el poder en cada momento— quienes deciden qué rasgos/atributos han de ser objeto de menosprecio y cuáles objeto de valoración y reconocimiento positivo. En nuestra sociedad occidental el grupo que ejerce mayor influencia social está integrado por los varones de clase media/alta, blancos, sanos y de edad intermedia. El resto de personas, es decir la mayoría de la sociedad, sufren algún tipo de discriminación por no pertenecer a dicho grupo.

El estigma, por tanto, implica no tanto un conjunto de individuos concretos separable en dos grupos —los estigmatizados y los normales— como un penetrante proceso social de dos roles en el cual cada persona participa en ambos roles, al menos en ciertos contextos y en algunas fases de la vida. Las perspectivas se generan en situaciones sociales durante contactos mixtos, en virtud de normas no verificadas que juegan en el encuentro. Los atributos duraderos de una per-

sona concreta pueden convertirlo en un estereotipo; tendrá que representar el papel de estigmatizada en casi todas las situaciones sociales que le toque vivir. Sin embargo, sus particulares atributos estigmatizantes no determinan la naturaleza de los dos roles (normal y estigmatizada) sino la frecuencia con que desempeña cada uno de ellos en especial. Por ello no resultará sorprendente que una persona estigmatizada exhiba sutilmente todos los prejuicios normales dirigidos contra aquellas y/o aquellos que tienen otra clase de estigma. Por ejemplo y centrándonos en la situación que nos ocupa, no es raro observar a personas con enfermedad mental discriminar a personas de otros grupos sociales objeto a su vez de discriminación, como pueden ser personas inmigrantes o pertenecientes a minorías étnicas.

El proceso de estigmatización es específico de cada cultura y cada momento histórico fruto de las alianzas y juegos de poder propios de cada sociedad. En relación a las personas con enfermedad mental, multitud de estudios coinciden en señalar las diferencias existentes en el trato que se da a estas personas según vivan en entornos rurales o urbanos o pertenezcan éstos a países llamados desarrollados o en vías de desarrollo. Asimismo es destacable que no es igual la consideración social que merecían estas personas en la Edad Media, por ejemplo, que en el momento actual.

La persona estigmatizada asiste a un proceso dual: por un lado es consciente de que su personalidad abarca muchos más atributos y rasgos de personalidad que los que forman parte de su estigma y, por el otro y en virtud del proceso de socialización, tiene interiorizadas respecto de sí misma las mismas creencias que el grupo social dominante. Por ello reconoce que no es aceptada socialmente en igualdad de condiciones, asume que «es» diferente. Esto le lleva a mantener una actitud de alerta permanente frente al atributo estigmatizador, que pasa a convertirse en un rasgo central de su personalidad y los esfuerzos por ocultarlo o corregirlo en parte de su identidad.

El lenguaje es un elemento central en este proceso: constituye la cristalización de las dinámicas de poder. Nunca es un elemento neutro. Cuando a una persona concreta se la nombra en función de un solo rasgo desacreditador (depresiva, maníaca, esquizofrénica, inmigrante, prostituta...) lo que se evidencia en el fondo es el producto de la lucha social por el poder, el juego entre quienes ganan y quienes pierden. Por ello es tan importante nombrar de otra manera.

Antes de concluir este apartado teórico se hace precisa una aclaración entre la relación existente entre el estereotipo, el prejuicio y la discriminación. Según una caracterización cognitiva (Morales *et al.*, 1995: 289-290), en el caso de una actitud negativa hacia una categoría o un grupo social, el estereotipo sería el conjunto de creencias acerca de los atributos asignados al grupo, el prejuicio sería, por su parte, el afecto o la evaluación negativa del grupo y la discriminación, por último, sería la conducta de falta de igualdad en el tratamiento otorgado a las personas en virtud de su pertenencia al grupo o categoría en cuestión. Por ello resulta tan necesario trabajar con los conocimientos, actitudes y habilidades sociales cuando se trata de reducir o eliminar el estigma. Este modelo ha sido y es

empleado con éxito en otros procesos como la educación para la salud, por ejemplo, como vía para transformar los comportamientos (individuales y colectivos).

El estereotipo, además, acentúa las diferencias intercategoriales y las semejanzas intracategoriales. Cuando se planteen proyectos/actividades para reducir los estereotipos a través del contacto entre grupos de dos categorías diferentes es un elemento que hay que tener en cuenta. En el apartado de sugerencias para la acción de este artículo se exponen algunas condiciones para garantizar el éxito en estas interacciones mixtas.

Finalmente, resulta oportuno señalar la existencia del autoestigma (Arnaiz y Uriarte, 2006: 52) entendido como las reacciones de las personas que pertenecen a un grupo estigmatizado que vuelven las actitudes estigmatizadoras contra ellas mismas. Al igual que el estigma, el autoestigma también consta de estereotipos, prejuicio y discriminación. Las personas vuelven el prejuicio contra ellas mismas. El autoprejuicio implica reacciones emocionales negativas, sobre todo autoestima y autoeficacia bajas. Así se explican fracasos en la inserción laboral, búsqueda de vivienda, etc cuando las circunstancias externas parecen favorecedoras, pero va a ser la actitud de la persona la que dificulte el éxito de tales objetivos; una especie de «profecía autocumplida» en negativo.

3. CONSECUENCIAS DE LA ESTIGMATIZACIÓN

Dentro del Programa de la Asociación Mundial de Psiquiatría para combatir el estigma y la discriminación debidos a la esquizofrenia, se realizó una investigación en 1998 en la que se concluye que en nuestro país no existe apenas discriminación hacia la enfermedad entre las personas que no tienen contacto con la esquizofrenia y que las personas más próximas a la enfermedad son las más discriminadas y las que más discriminan, incidiendo de manera notoria en tres colectivos (personas con esquizofrenia, familiares y profesionales sanitarios). Así se concluyó que cuanto más próximo se está a la enfermedad más posibilidades existen de padecer estigma. En otros estudios (Arnaiz y Uriarte, 2006: 52) se señalan que las actitudes públicas hacia las personas con enfermedad mental parecen haberse vuelto más estigmatizadoras en las últimas décadas, destacando el papel relevante que ejercen en este proceso los medios de comunicación.

En cualquier caso, las consecuencias del proceso de estigmatización son amplias y diversas, afectando a la totalidad de las áreas de la persona con enfermedad mental y su entorno próximo.

La restricción de derechos se produce con carácter global. Una de las áreas donde ésta resulta más llamativa es la de los derechos sociales con todo lo que implica de acceso a los recursos sociales —donde este colectivo de personas es discriminado respecto a otros colectivos a su vez discriminados socialmente, como pueden serlo las personas con discapacidad intelectual o física, por ejemplo—, a los servicios públicos o a la participación social. Además se producen proble-

mas importantes de incorporación y mantenimiento en el ámbito laboral o dificultades de acceso a una vivienda o para formar una familia propia.

El rechazo social a la enfermedad mental propicia que, en muchas ocasiones, las personas afectadas no quieran acudir a los servicios específicos para abordar la enfermedad —tanto en el ámbito sanitario como en el social— por el temor a la colocación de la etiqueta de «enfermo/a mental». Esta situación dificulta que estas personas acudan a los servicios en las fases iniciales, lo cual contribuye al agravamiento de la enfermedad.

Por otra parte, la desigual consideración que estas enfermedades tienen respecto a otras en el conjunto del sistema sanitario influye en la inferior asignación de recursos para su tratamiento, así como un cierto desprestigio de los y las profesionales a ellas vinculadas en comparación con otros problemas de salud.

Todo ello sustenta un contexto donde las personas con enfermedad mental sienten ansiedad e inseguridad ante los contactos con personas que no tienen problemas de salud mental y que no les «comprenden», así como temor a la falta de respeto que con frecuencia se produce. Esto les predispone a mantener relaciones sociales en espacios «protegidos» ocasionando un cierto aislamiento social. Este empobrecimiento relacional alimenta a su vez otro tipo de penurias. Además la relación en los contextos protegidos puede derivar en situaciones de cierta sobreprotección que dificultan, a su vez, el deseable trato igualitario. Un círculo vicioso que resulta muy difícil de romper para muchas personas.

4. UNA NECESARIA PERSPECTIVA DE GÉNERO

La enfermedad mental no afecta por igual a mujeres y a varones. Aquí, como en otros fenómenos sociales, las mujeres, sólo por el hecho de serlo en una sociedad patriarcal, viven circunstancias adicionales de desigualdad que les generan mayor sufrimiento y las sitúan con mayor desventaja social.

La violencia de género —manifestación clara de la inequidad entre mujeres y varones— permite ilustrar esta doble confluencia de factores discriminatorios: ser mujer y tener algún tipo de discapacidad. El Instituto de la Mujer, en su última macroencuesta sobre la violencia de género realizada en 2006 ya recogió que las mujeres que contaban con alguna discapacidad vivían en mayor medida situaciones de violencia de género (un 13% eran consideradas técnicamente maltratadas frente a un 9,6% del total de las mujeres; asimismo, un 8,1% de las mujeres con discapacidad reconocían haber vivido alguna situación de violencia de género en el último año frente a un 3,6% del total de las mujeres).

Con ocasión de la tramitación parlamentaria de la Ley Orgánica de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, el CERMI (Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad) en septiembre de 2004 aportó algunos datos que merece la pena considerar. Las cifras barajadas en Europa apuntaban a que un 40% de mujeres con discapacidad vive o ha vivido alguna forma de violencia. Hay una serie de factores específicos que condicionan esta

mayor vulnerabilidad frente a la violencia de género. Entre los endógenos señalaban a la autopercepción negativa, el escaso o nulo acceso a un empleo remunerado, la situación económica deficitaria y la ausencia de autonomía personal. Por otra parte, los factores exógenos apuntan a la percepción social de la mujer con discapacidad y los tabúes y motivaciones que rodean el abuso sexual perpetrado hacia este tipo de mujeres (los mitos de la «deshumanización», de la «mercancía dañada», de la «insensibilidad» al dolor, de la «amenaza de la discapacidad» y el de la «indefensión»).

Se empiezan a apuntar relaciones posibles entre la vivencia de abusos sexuales en la infancia y el surgimiento de enfermedades mentales graves en la vida adulta. Terreno todavía sin apenas explorar pero que parece prometer resultados reveladores a medio plazo. De nuevo es preciso señalar que las niñas viven en mayor medida que los niños abusos sexuales en la infancia —como promedio, el doble (Vilardel *et al.*, 2006: 224).

No existen estudios específicos de la violencia de género que viven mujeres con enfermedad mental, pero los datos anteriores, donde éstas pueden quedar englobadas de manera aproximada, señalan un grave problema social que precisa de un abordaje específico al tiempo que muestra la necesidad de incorporar la perspectiva de género en los análisis dirigidos al conocimiento de las causas y consecuencias de la enfermedad mental.

5. CONSIDERACIONES DESDE EL TRABAJO SOCIAL SANITARIO

Amaya Ituarte (Ituarte, 1992: 11) define el trabajo social clínico como la «forma especializada del trabajo social que, siguiendo el procedimiento científico y por medio de un proceso psicoterapéutico, trata de ayudar a personas, familias y/o grupos pequeños que se encuentran en situaciones de conflicto manifestadas por problemas psicosociales a que desarrollen sus capacidades tanto psicológicas como sociales, de forma que puedan hacer frente en mejores condiciones tanto a sus problemas actuales como a otras situaciones conflictivas que pudieran presentárseles en el futuro...»

El Consejo General de Colegios de Trabajadores Sociales y Asistentes Sociales de España (2003) defiende con respecto del trabajo social en salud que «corresponde a estos profesionales realizar las actividades de estudio y análisis de los factores sociales que condicionan la salud individual, familiar y comunitaria, promover la organización de la población para la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades, la recuperación, la rehabilitación, así como facilitar las tareas de reinserción actuando sobre el medio socioeconómico, ambiental, familiar y social en general».

A continuación se señalan algunas consideraciones que pueden hacerse desde la situación actual del trabajo social sanitario respecto al estigma de la enfermedad mental, no con ánimo de agotar las relaciones posibles entre ambos, sino con la intención de destacar algunas que ahora pueden resultar significativas.

La primera alude a la importancia de realizar un enfoque de los aspectos psicosociales que envuelven el proceso salud/enfermedad. Pese a que este enfoque lleva años recogido en las declaraciones más avanzadas respecto a la concepción de la salud, todavía en el sistema sanitario actual el peso que tiene el enfoque biologicista sigue siendo abrumador. Por ello no es extraño que las y los profesionales del trabajo social tengan que fundamentar de manera cotidiana el peso de otros factores. Lleva implícita la lucha por el reconocimiento que deben tener las profesiones «sociales» dentro del equipo de salud llamado al abordaje de la enfermedad mental. Supone el empleo de mucha energía dedicada a la integración dentro de los equipos de salud en condiciones de igualdad, superando jerarquías caducas. Además, desde esta perspectiva psicosocial, se hacen esfuerzos notables por incorporar una «mirada comunitaria» al entorno vital de las personas afectas de una enfermedad mental.

Otra consideración guarda relación con la defensa del principio de autodeterminación. Desde el trabajo social se defiende el valor intrínseco y las capacidades de cada persona para tomar las decisiones más adecuadas respecto a su propia vida. El lema «si yo creo en ti, tú creerás en ti» cobra un enorme valor en las intervenciones, rescatando todos los elementos positivos que aumentarán la habitualmente baja autoestima de las personas con enfermedad mental. Resulta muy útil enfocar el trabajo desde las potencialidades que tiene que cada una, dentro de un esfuerzo por la individualización y por partir de todos los elementos positivos existentes que permitan una intervención favorable. La defensa de la autodeterminación permite aflorar y minimizar actitudes paternalistas que rodean con frecuencia a estas personas. También supone un ejercicio de respeto notable puesto que, en ocasiones, estas personas deciden no seguir los consejos profesionales.

Este esfuerzo conecta con la defensa de los derechos que tienen estas personas como ciudadanos y ciudadanas. Derechos que habrá que exigir tanto dentro del propio sistema sanitario como del social. El trabajo social tiene este rol de «abogacía» de los derechos de los colectivos vulnerables y parece preciso recuperarlo con mayor énfasis en estos tiempos de aumento de la precariedad social y cuestionamiento de algunos derechos sociales propios del amenazado Estado del Bienestar.

La necesidad del fomento del trabajo en red es otra consideración relevante que puede hacerse desde el trabajo social. Fomentar relaciones de apoyo, coordinación y sinergia entre colectivos, instituciones de diverso ámbito para lograr objetivos comunes en el terreno de la enfermedad mental parece un reto ineludible. La eficacia y los efectos multiplicadores positivos que han evidenciado este tipo de estrategias no dejan dudas respecto a cuál debería ser una de las principales prioridades en el estilo de intervención social. Hacer esfuerzos por salir de los propios «reinos de taifas» en los que parecen haberse convertido muchas instituciones, tender puentes, lograr acuerdos, consensuar criterios compartidos de acción, garantizar mecanismos eficientes de coordinación son llamadas ineludibles en los tiempos actuales. El protagonismo de la coordinación interinstitucional ha de recaer en los y las profesionales del trabajo social, mejor capacitados

para ello dentro del sistema sanitario, además de quedar así recogido en sus funciones profesionales.

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

Para finalizar este apartado de consideraciones, es preciso señalar la importancia de trabajar a favor de la inclusión social. Una inclusión que ha de hacerse de manera individualizada, buscando los intercambios sociales más adecuados al momento y lugar de cada cual. Una inclusión que busque la incorporación lo más normalizada posible dentro del contexto comunitario, cuestionando si fuera preciso las barreras invisibles existentes con cierta frecuencia entre el mundo de la enfermedad mental y el resto de la sociedad, exigiendo cambios en programas y servicios públicos para que sean accesibles para toda la ciudadanía. Una inclusión, también comunitaria, que fomente relaciones de acogida en el entorno social, trabajando para minimizar los prejuicios y estereotipos segregadores.

6. UNA EXPERIENCIA CONCRETA: EL GRUPO DE PERSONAS SIN HOGAR DEL CASCO ANTIGUO DE LOGROÑO

Parte de lo narrado hasta ahora puede verse reflejado en una experiencia profesional en la que tuve la suerte de poder participar. La zona del Casco Antiguo de Logroño se caracteriza por ser una zona deprimida social y urbanísticamente, en algunas de cuyas plazas pasan la mayor parte de sus horas un grupo significativo de personas sin hogar –en su mayoría aquejados por patología dual, alcoholismo y otras adicciones- además de otros múltiples problemas. Este colectivo vive un grado máximo de estigmatización y puede ser considerado «competencia de nadie» por la tendencia de casi todas las instituciones a no asumir sus problemas y considerar que son «competencia de otra institución».

En la zona ya teníamos recorrido de trabajo coordinado entre varias instituciones públicas y sociales y en los últimos años incluso se había puesto en marcha desde Cocina Económica (entidad gestionada por las Hijas de la Caridad dedicada principalmente al comedor social) un proyecto específico dirigido a este colectivo, con el apoyo de un educador social. Pero las necesidades de este grupo requerían del concurso de un trabajo más amplio que aglutinara esfuerzos desde varias entidades. Impelidos por el entusiasmo del educador social y su insistente defensa de la necesidad de mejorar la intervención sociosanitaria con este grupo de personas, las instituciones implicadas (servicios sociales municipales, Cocina Económica y el centro de salud) iniciamos un proceso de trabajo común en febrero de 2005.

Así realizamos una fase de análisis y estudio de la situación, recopilando toda la información posible para definir los antiguos y nuevos perfiles del colectivo así como las necesidades de todo tipo que les concernían. Tras esta primera fase abordamos la siguiente con el objetivo de unificar mediante consenso los criterios de intervención y evaluar la eficacia de las actuaciones institucionales desarrolladas hasta el momento. Ello supuso un proceso de autoevaluación y autocrítica importante unido al deseo compartido de poner las diferentes instituciones al servicio de las necesidades reales de este colectivo. Tarea nada fácil puesto que en cada una de nuestras instituciones había muchas resistencias, cuando no abierto rechazo, a dedicar más recursos a este colectivo tan excluido. Pero la fuerza del grupo interinstitucional y la cada vez mayor conciencia de la necesidad de exigir los derechos que a estas personas les asistían por su ciudadanía animó a cada cual a pelear al interior de cada institución para lograr unos servicios mayores, convirtiéndonos, al menos temporalmente, en agentes de cambio al interior de nuestros servicios. Tras meses de reuniones internas y con diversas jefaturas redactamos un documento en el que quedaban recogido el Protocolo de actuación coordinada en la atención a personas sin hogar en el Casco Antiguo de Logroño (junio de 2006).

Este Protocolo recoge las cinco etapas de la intervención (detección y toma de contacto, recuperación personal, tratamiento social, autonomía personal y autonomía) así como los diferentes objetivos a cubrir en cada una de ellas y los profesionales/servicios implicados en cada una de ellas de cada institución. Además elaboramos una relación de las diferentes dificultades localizadas en cada institución para realizar una intervención adecuada y/o suficiente así como propuestas de mejora para cada una de ellas. Un último bloque de propuestas generales de mejora cerraba el documento elaborado como colofón al trabajo realizado.

De las numerosas propuestas lanzadas, resulta relevante comentar de manera breve una de ellas: el Contrato Social. Éste no es nuevo en el ámbito de la intervención social, pero sí constituyó una novedad significativa con este colectivo. Partía del reconocimiento de las necesidades de cada persona que se comprometía a un proceso de cambio, los objetivos a lograr así como los compromisos que asumían —y firmaban— tanto la propia persona como los y las profesionales implicados por parte de cada institución. Contrato que dignificaba, que permitía evaluar y avanzar paso a paso, que reconocía explícitamente el protagonismo y la autonomía de la persona desde el principio.

Se reclamó —y logró parcialmente— la dotación de nuevos recursos; se defendió la necesidad de la intervención comunitaria implicando a otras instituciones y grupos de apoyo social/voluntariado para concluir con éxito el proceso de inclusión social; se procuró incorporar la perspectiva de género y mantener en todo momento una visión integral sociosanitaria, donde lo relevante fueran las necesidades de las personas y las tareas consistieran en procurar su satisfacción desde el conjunto de las instituciones implicadas. El grupo de profesionales que participamos guardamos una evaluación positiva del proceso y la constatación de la eficacia del trabajo en red.

7. SUGERENCIAS PARA LA ACCIÓN

Es evidente que el debate aquí abordado tiene multitud de matices y deja muchas cuestiones en el aire. Pero para concluir parece oportuno lanzar una serie de propuestas que recojan de manera esquemática algunos de los principios y criterios de intervención defendidos en párrafos anteriores. Aquí se señalan a modo de guión, siendo conscientes de que cada uno de ellos tiene profundidad suficiente que aquí no puede ser desarrollada:

- Trabajar con la perspectiva social: el contexto es significativo, condiciona y marca los límites y posibilidades de las intervenciones con las personas que viven con la enfermedad mental.
- Importancia de creer en las posibilidades de superación de cada persona con enfermedad mental, muchas veces incluso más que nadie de su círculo próximo. Reforzar todos los aspectos positivos, rescatar casi lo insignificante para mejorar la confianza y autonomía para lograr el cambio.
- Trabajo en red, comunitario e inclusivo: fomento de los acercamientos y proyectos compartidos entre instituciones, asociaciones y tejido social diverso.
- Actitud profesional activa en defensa de los derechos de las personas con enfermedad mental: vocación «militante» de abogacía a favor de los colectivos más desfavorecidos en coherencia con el código deontológico de nuestra profesión que busca remover los obstáculos para lograr una mayor justicia social. Asumir la responsabilidad profesional en el apoyo a este colectivo, tanto dentro del sistema sanitario como con otros sistemas de protección social.
- Fomentar el empoderamiento de las personas con enfermedad mental, sus asociaciones y sus familiares.
- Incorporar la perspectiva de género en todas las fases de la intervención sociosanitaria.
- Mejorar la coordinación con el sistema de justicia, defendiendo la idoneidad de las incapacidades «intermitentes» en los casos que se contemple una mejora personal que permita recuperar la autonomía.
- Trabajar por la disminución de estereotipos: siendo muy sensibles al tratamiento que se hace de la información (es muy ilustrativo consultar la Guía de Estilo que elaboró la Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Enfermos Mentales en relación a la salud mental y los medios de comunicación), fomentando programas de formación (en el ámbito profesional y comunitario) que promuevan el conocimiento real de la enfermedad mental y de quienes la viven.
- Impulsar proyectos de interacción grupal y comunitaria que permitan la inclusión social en condiciones de mayor respeto e igualdad. Para ello hay que tener en cuenta las condiciones adecuadas (Morales *et al.*, 1995: 312): estatus semejante de los participantes, características de los miembros del

exogrupo que desconformen el estereotipo, situación de contacto que facilite la cooperación entre ambos grupos y que los individuos se conozcan de forma personal y existencia de normas que favorezcan el igualitarismo intergrupalo.

8. BIBLIOGRAFÍA

ARNAIZ, Amaya, y URIARTE, J.J.

2006 «Estigma y enfermedad mental». *Norte de Salud Mental* 26: 49-59. Bizkaia: Asociación de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria y Asociación Castellano Leonesa de Salud Mental.

GOFFMAN, Irving

1986 *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu;.

ITUARTE, Amaya

1992 *Procedimiento y proceso en trabajo social clínico*. Colección de trabajo social. Serie Textos Universitarios, 2. Madrid.

LÓPEZ-IBOR, Juan J., y CUENCA, Olga

2000 *La esquizofrenia abre sus puertas. Programa de la Asociación Mundial de Psiquiatría para combatir el estigma y la discriminación debidos a la esquizofrenia*. Madrid: Asociación Mundial de Psiquiatría.

MORALES, J. Francisco, *et al.*

1995 *Psicología social*. Madrid: McGraw-Hill.

NAVARRO, Silvia

2004 *Redes sociales y construcción comunitaria. Creando contextos para una acción ecológica*. Madrid: CCS.

PELÁEZ, Ana (Comisión de la Mujer del CERMI Estatal)

2004 *Texto de la comparecencia ante la Comisión de Trabajo y Asuntos Sociales del Congreso de los Diputados con referencia al Proyecto de Ley Orgánica de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género*. CERMI Estatal.

VILARDELL, Jordi; MOHINO, Susana; IDIAKEZ, Itziar, y MARTÍ

2006 «Abuso sexual de menores». *Medicina Clínica* 126: 223-31. Barcelona: Doyma.

MACROENCUESTA

2006 «Violencia contra las mujeres». En: http://www.migualdad.es/mujer/mujeres/cifras/violencia/macroencuesta_violencia.htm