



Aislamiento social y autoestima en personas con trastorno mental: efecto de las actividades ocupacionales

Social isolation and self-esteem in people with mental disorders: Effect of occupational activities

Sonia Martínez-Felix, Celia Ferrer-Yeves, Concepción Martínez-Martínez

Universidad Europea de Valencia

Contacto: concepcion.martinez@universidadeuropea.es

Fecha de recepción: 5 de septiembre de 2020 / Fecha de aceptación: 16 de noviembre de 2020

Resumen

Introducción: Mediante el proceso de estigmatización, se atribuye a la persona de un grupo, en este caso personas con trastorno mental grave, características no deseadas como pueden ser la discapacidad intelectual, falta de voluntad, o violencia, entre otras. Al ser interiorizadas por estos, se convierten en autoestigma, llegando a aceptarse como ciertas y sintiéndose responsables, lo que conlleva a problemas de salud, sentimiento de inferioridad y de autoestima y al aislamiento social de la persona.

Objetivo: Conocer el nivel de autoestima de las personas con enfermedad mental participantes en talleres ocupacionales, conocer la percepción que tienen sobre su autoestigma y explorar los factores que contribuyen a disminuir su aislamiento social y aumentar su empoderamiento.

Método: Se realizó un estudio observacional descriptivo mediante metodología mixta. Se utilizó un enfoque fenomenológico para conocer las vivencias de las personas con trastorno mental grave y un cuestionario para aumentar la validez del estudio y reforzar la credibilidad de los resultados.

Resultados: Indicar N. El 72.43 % de la muestra tenían un nivel de autoestima medio-alto. Los temas surgidos de las entrevistas fueron: Actividades y talleres ocupacionales, Significado y percepción propia del autoestigma, relaciones y percepción del aislamiento social, Autopercepción de la enfermedad, Percepción del entorno respecto al trastorno mental Consejos para ayudar a otras personas con trastorno mental.

Conclusiones: Los talleres ocupacionales son un mecanismo fundamental para fomentar la autoestima de las personas con enfermedad mental y trabajar sobre el autoestigma, de manera que, al entrar en contacto con la sociedad, no presten atención a los prejuicios que empeoran la situación de aislamiento social.

Palabras clave: aislamiento social, autoestigma, autoestima, empoderamiento, trastorno mental.

Abstract

Introduction: Through the process of stigmatization, the person of a group is attributed, in this case people with serious mental disorder, unwanted characteristics such as intellectual disability, lack of will, or violence, among other. These become internalized by them, becoming self-stigma, becoming accepted as true and feeling responsible for health problems, feelings of inferiority and self-esteem and the social isolation of the person.

Aim: In this work we set as objectives: to know the level of self-esteem of people with mental illness participating in occupational workshops, to know the perception they have about their self-stigma and to explore the factors that contribute to decrease their social isolation and increase their empowerment.

Method: A descriptive observational study was carried out using a mixed methodology. A phenomenological approach was used to learn about the experiences of people with severe mental disorder and a questionnaire to increase the validity of the study and strengthen the credibility of the results.

Results: N. 72.43% of the sample had a medium to high level of self-esteem. The themes that emerged from the interviews were: Occupational activities and workshops, Meaning and perception of self-stigma, Relationships and perception of social isolation, Self-perception of the illness, Perception of the environment regarding mental disorder Advice to help other people with mental disorder.

Conclusion: Occupational workshops are a fundamental mechanism for promoting the self-esteem of people with

mental illness and working on self-stigma, so that when they come into contact with society, Do not pay attention to prejudices that worsen the situation of social isolation.

Keywords: social isolation, self-stigma, self-esteem, empowerment, mental disorder.

Introducción

El estigma está construido con el fin de remarcar diferencias, como pueden ser el color de la piel o el género, entre otros. Según Link *et al.*¹, el estigma social lo encontramos cuando elementos de segregación, evitación, discriminación y prejuicios se encuentran presentes conjuntamente en una situación de poder, en la cual son permitidos y desencadenan una degradación de la posición social. Mediante el proceso de estigmatización, se atribuye a los integrantes de un grupo, en este caso personas con trastorno mental grave, características no deseadas como pueden ser la discapacidad intelectual, falta de voluntad, o violencia, entre otros.

Está todavía normalizado en la sociedad el pensamiento de que las personas que sufren un episodio psicótico agudo se deben categorizar como agresivas, incontrolables, poco inteligentes, e impredecibles, hecho por el cual inducen al temor². La percepción social que encontramos de enfermedad mental data que es intratable, puesto que la sociedad sólo se centra en los casos de pacientes más llamativos, como los más violentos, sin hogar, o los que rehúsan el tratamiento psiquiátrico. Es por esto que las personas con un trastorno mental que consiguen responder al tratamiento y, como consecuencia, ser exitosas en su vida personal y laboral pasan desapercibidos. En relación a la afirmación anterior, Pedersen³ asegura que estudios recientes reflejan que, a pesar de existir una mayor conciencia entre la sociedad en general acerca de las enfermedades mentales, se mantienen las percepciones equívocas o sesgadas, y los estereotipos siguen sin disminuir, incluso parecen haberse incrementado en algunos sectores.

Existen distintas formas en que las personas pueden responder al estigma social. Por un lado, encontramos personas a las que no les llega a afectar al no interiorizar dichos estereotipos. Por otro lado, otro grupo de personas, más numeroso, al interiorizar el estigma pierden su autoestima y autovalía. El miedo a que se les reconozca como enfermos mentales o a ser tratados de modo discriminatorio, influye también en su aislamiento social, evadiendo la búsqueda de actividades

en que es necesario interactuar con otras personas. Por último, encontramos personas que consideran injustas estas atribuciones y se empoderan para luchar, contribuyendo a dar una imagen distinta de las personas con enfermedad mental ante la sociedad⁴.

La interiorización y aceptación de los atributos negativos asociados a la enfermedad mental se denomina autoestigma⁴. El autoestigma conlleva problemas de salud, sentimiento de inferioridad, pérdida de confianza y de autoestima¹. El miedo a ser reconocidas como personas con enfermedad mental o a ser tratados de modo discriminatorio influye también en su aislamiento social, siendo este un factor de riesgo en su salud aumentando la mortalidad y la morbilidad y evitando la búsqueda de ayuda⁵. En personas con esquizofrenia, se considera además un factor propicio para la aparición de un episodio psicótico, que pueda conllevar el suicidio⁶.

El empoderamiento es la capacidad que tienen las personas de elegir libremente y actuar en consecuencia⁷. A través de los talleres ocupacionales, se pretende que las personas con enfermedad mental alcancen un mayor grado de empoderamiento, al tiempo que contribuyen a su recuperación y a que esta mejora se mantenga en el tiempo, logrando alcanzar su grado máximo de autonomía en función de las posibilidades de cada persona⁸.

Las barreras principales con las que se encuentran las personas con enfermedad mental para lograr el empoderamiento son la falta de autoestima y la presencia autoestigma⁹. Una de las escalas más utilizadas para la evaluación del autoestima es la escala de Rosenberg¹⁰. Esta escala mide la autoestima de una forma rápida y confiable. En principio fue utilizada en adolescentes, pero se utiliza igualmente en adultos, tanto en casos clínicos como en población general y también en personas con diagnósticos psiquiátricos⁹.

En este trabajo nos planteamos como objetivos: conocer el nivel de autoestima de las personas con enfermedad mental participantes en talleres ocupacionales, conocer la percepción que tienen sobre su autoestigma y explorar los factores que contribuyen a

disminuir su aislamiento social y aumentar su empoderamiento.

Metodología

Para responder a los objetivos de la investigación, se planteó utilizar una metodología mixta empleando métodos cualitativos y cuantitativos, para obtener una mayor credibilidad y validez del estudio¹¹. Como método cualitativo se escogió el enfoque fenomenológico. La fenomenología acepta que la experiencia es vivida de forma distinta en función de la persona y las circunstancias que la rodean en cada momento¹²; a través de ella pretendemos conocer los factores que contribuyen a disminuir su aislamiento social y la percepción del autoestigma. La metodología cuantitativa se utilizó para medir la autoestima de los y las participantes de forma que se corroboraran parte de los resultados obtenidos, aumentar la validez del estudio y reforzar la credibilidad de los resultados¹⁰.

Ámbito de estudio

Los y las participantes de este estudio residen en el área metropolitana de Valencia, tienen autonomía en las actividades básicas e instrumentales de la vida, y desempeñan distintas actividades de manera periódica en distintos colectivos, como es el GAM Valencia (Grupo de Ayuda Mutua), asociación ASIEM (Salud Mental Valencia) y el CREAP (Centro de Referencia Estatal de Atención Psicosocial), teniendo un alto grado de integración en la comunidad.

Reclutamiento de los participantes

Para el reclutamiento de los participantes se utilizó el muestreo por conveniencia; a través de este método no aleatorio nos aseguramos de que las características de la muestra fueran similares a las de nuestra población marcada como objetivo¹³.

Los criterios de inclusión fueron que se encontrasen clínicamente estables y no estuviesen institucionalizados. Cualquier usuario o usuaria que padeciese algún tipo de TMG (trastorno mental grave) y estuviera tomando mediación psiquiátrica podía ser participante, independientemente de su diagnóstico psiquiátrico. En cuanto a los criterios de exclusión, únicamente consideramos que la persona se encontrase en una situación de incapacitación, o en un momento de crisis. Antes de contactar con usuarios, el psicólogo, psiquiatra, enfermera y trabajadora social comprobaron qué usuarios y

usuarias del centro cumplían los criterios de inclusión. La lista inicial de contactos que cumplían los criterios de inclusión fue facilitada por la enfermera del CREAP.

Un total de 8 personas fueron invitadas a participar en el proyecto; una de ellas no acudió al día y hora acordados, puesto que se presentó un día antes por equivocación y ya no volvió a presentarse. Contactamos con todos ellos por vía telefónica, acordando de este modo una fecha y una hora para el encuentro. Finalmente participaron en el estudio 7 personas, 2 mujeres y 5 hombres. Tras la aceptación del proyecto por su parte, fueron citados en la institución de Salud Mental del CREAP, donde se les facilitó el consentimiento informado y toda la información necesaria referente al estudio.

Instrumentos de medida

Para medir la autoestima se utilizó la escala de autoestima de Rosenberg¹⁰. La escala se ideó inicialmente para medir la autoestima en adolescentes, pero fue utilizada y validada por Vázquez¹⁴ para usuarios de centros de salud mental. La escala ha mostrado índices de fiabilidad altos: correlaciones test-retest entre 0.82 y 0.88, un alfa de Cronbach de 0.87. Dicha escala autoadministrada consta de 10 ítems. Las 10 frases se responden a través de una escala Likert graduada de mayor a menor, considerando A: Muy de acuerdo; B: De acuerdo; C: En desacuerdo; D: Muy en desacuerdo.

Para corregirlo se debe tener en cuenta que desde el ítem 6 hasta el 10, las respuestas se puntúan de modo inverso, de 1 a 4. La puntuación final obtenida se clasifica de la siguiente manera:

- De 30 a 40 puntos, nivel de autoestima elevada, o normal.
- De 26 a 29 puntos, nivel medio, es necesario mejorar, pero no presenta problemas graves.
- 25 puntos o menos, nivel de autoestima baja, existen problemas significativos.

Recogida de datos

La recogida de datos se llevó a cabo principalmente a través de la realización de 3 entrevistas individuales en profundidad. Para aumentar la credibilidad del estudio, se trianguló la recogida de datos mediante la realización de un grupo focal. El grupo fue heterogéneo en cuanto al diagnóstico y a edad, de este modo consegui-

mos aportar perspectivas distintas al estudio. Las entrevistas y el grupo focal se llevaron a cabo entre enero y febrero de 2019 en el CREAP; el acceso es fácil para los y las voluntarias, a la vez que acogedor y familiar para los mismos. En la sala donde se llevó a cabo, no había nadie más aparte de los y las participantes, las entrevistadoras (una enfermera y una estudiante del grado de enfermería) y una enfermera que los conocía, para, de este modo, aportarles mayor sentimiento de tranquilidad y seguridad.

Al inicio de cada entrevista, se facilitaba el consentimiento informado, en el que se comunicaba el tratamiento de los datos para garantizar la confidencialidad de la información recogida, y se recordaba que se grabaría la sesión en audio, informándoles también de la posterior destrucción de la misma al terminar el estudio. A continuación, se recogían los datos sociodemográficos y cumplimentaban el cuestionario de autoestima de Rosenberg¹⁰. Posteriormente se iniciaba la entrevista, introduciendo preguntas generales contextualizadoras para pasar poco a poco a los temas a tratar en base a un guion previamente elaborado.

Consideraciones éticas

Este estudio se llevó a cabo de acuerdo a la Declaración de Helsinki (OMS, 2013) y fue aprobado por el Comité Ético de la Universidad Europea.

Análisis

Para realizar el análisis, se realizó la transcripción de todas las entrevistas. Fueron codificados los nombres de los participantes mediante códigos alfanuméricos para que no quedara expuesta su identidad. Posteriormente las transcripciones se relevaron de forma activa. Tras la lectura de estas transcripciones y a través del programa Atlas.ti fueron apareciendo de forma inductiva las categorías asociadas a los temas.

Resultados

Resultados generales

La mayoría de los participantes eran hombres, el 71.50%, y la edad media se estimó en 45 años. El 100% de las y los usuarios acude a la realización de talleres ocupacionales.

En cuanto a las hospitalizaciones en los últimos 2 años, encontramos que sólo el 28.50% las ha sufrido y

los motivos fueron un intento de suicidio y una crisis psicótica. El resto de las características sociodemográficas de los participantes se encuentran descritas en la tabla 1.

Resultados de la escala de autoestima de Rosenberg

Al realizar el sumatorio de la puntuación obtenida por cada uno de los usuarios, tal como queda reflejado en el Gráfico 1, se observa que un 57.15% (4 usuarios) presenta un nivel de autoestima elevada, un 14.28% (1 usuario) tenía un nivel de autoestima media, y un 28.57% (2 usuarios) tenían un nivel de autoestima baja.

Resultados de las entrevistas a usuarios

A continuación, se describen los resultados principales. Los temas y las categorías que se han obtenido tras el análisis se recogen y describen en la tabla 2.

Tema 1. Actividades y talleres ocupacionales

Las actividades en las que participan son mayoritariamente talleres en el CREAP como el taller de sensibilización, en el cual tratan de encontrar la forma de llegar al público de una forma más cercana, mediante charlas y presentaciones, tratando de este modo el tema del estigma en salud mental. También encontramos el de terapia con animales, jardinería, carpintería, pintura, poesía, terapia musical, el cual destacan porque les permite expresarse mediante canciones, tocar instrumentos y conseguir sonar melódicamente al unísono.

Para conseguir los objetivos de los talleres, contaban con la ayuda de los profesionales, los cuales les facilitaban todos los recursos necesarios para dichas actividades. Fuera del centro contaban que salían con amigos, escuchaban música en casa, miraban películas o estudiaban, puesto que dos de ellos intentaban acceder al mundo laboral y estaban terminando de formarse para ello.

M-1. Mujer de 52 años de edad:

Estas actividades, como las que hacemos en el taller de sensibilización, tampoco es que te lleven a ningún sitio laboral, pero sí personalmente es una mejora. Me siento mucho mejor y, digamos, con mayor autoestima. Y luego aquí en el CREAP y es que es otro mundo, tú sales de aquí y es que necesitas venir aquí a recargar pilas.

H-2. Hombre de 43 años de edad:

A mí el autoestigma me pasa porque yo en la calle estuve en la exclusión social tres años, viviendo en la calle, y se me ha quedado esa fobia social de sentirte siempre mirado, juzgado por ser indigente. Sin embargo, participar en actividades de organismos como el CREAP, me ha ayudado a potenciar mi autoestima y mi valía.

M-1. Mujer de 52 años de edad:

En mi tiempo libre pues hago poesía y voy a recitales que hay por Valencia a recitar. Y luego cuando estoy en mi casa, pues hago comidas y hago cenas para mis hijos, que ya son mayores, y mi marido, que está trabajando; pues hago un poco las tareas de ama de casa más o menos. Uno de los talleres importantes es el de terapia musical, y ahí tocamos instrumentos y sonidos. El objetivo era aunar el sonido entre todos con diferentes instrumentos. Y algunos compañeros hacen el canto terapéutico.

Tema 2. Significado y percepción propia del autoestigma

Las palabras con las que definen autoestigma sería menosprecio, no sentirse válido, no quererse a sí mismos. Algunos alegaron que en algún momento sintieron ese autoestigma, sobre todo en los momentos de crisis o brotes psicóticos, que eran los momentos de más “debilidad” psicológica y en los cuales tendían a esos pensamientos negativos. Esto mayoritariamente era inducido por la sociedad, las personas de fuera de los círculos cercanos como son las amistades o la familia. Estos últimos eran, para los usuarios, los pilares fundamentales sobre los cuales se apoyaban para salir adelante. Únicamente dos personas finalmente admitieron que tuvieron que alejarse de su núcleo familiar, puesto que ellos eran los que generaban ese autoestigma en el usuario y no era un ambiente beneficioso para ellos.

H-1. Hombre de 36 años de edad:

Para mí es retraerse con respecto a los demás. Decir yo tengo esta enfermedad o este síndrome, y no quiero conocer a más gente por lo que dirán. Pues algo así es lo que es para mí el autoestigma. Sí, sí que tengo un poco.

H-2. Hombre de 43 años de edad:

A mí el autoestigma me pasa porque yo estuve tres años viviendo en la calle, y se me ha quedado esa fobia social de sentirte siempre mirado, juzgado por

ser indigente. Yo la enfermedad de más joven la aceptaba y la encajaba, pero mi familia siempre ha sido de hacer culpables a los hijos. Entonces yo siempre tuve un sentimiento de culpabilidad muy arraigado, cosa que es muy perjudicial.

Tema 3. Relaciones y percepción del aislamiento social

Admitieron haberse sentido fuera de lugar cuando se relacionaban con personas que no pertenecían al ámbito de la salud mental, ya que ese tipo de situaciones les generaba mucho estrés y sentían que el mundo giraba mucho más deprisa de lo que ellos podían gestionar. Por eso, al llegar al CREAP, la sensación de tranquilidad era muy grande, ya que conseguían sentirse comprendidos, y entonces era más fácil que pudiesen ser ellos mismos.

En este sentido, la mayoría de participantes afirmaban sentirse distintos a los demás, pero ni inferiores ni superiores. Defendían que esto ocurría gracias al apoyo recibido de sus familiares, ya que les proporcionaban, de esta forma, un espacio seguro en el que ser ellos mismos. Tres participantes aseguraron haberse sentido incomprendidos en algún momento por personas con las que no tenían una relación estrecha, o que no pertenecían al mundo de la salud mental, pero no sentían que fuesen inferiores a las personas que no padecen ningún trastorno mental.

M-1. Mujer 52 años de edad:

La sociedad es que va muy deprisa, va con unas prioridades que quizá están muy distorsionadas y que no atienden a los problemas fundamentales, sino que se desvían por otras cosas. Y empiezas a entrar en círculos, porque yo veo más autenticidad aquí (en el CREAP), y que tendríamos que intentar proyectarlo. Luego aquí en el CREAP y es que es otro mundo, tú sales de aquí y es que necesitas venir aquí a recargar pilas. Porque es como tendría que ser la gente en cualquier parte, y es que vienes aquí y nadie juzga, no hay diferencias.

Tema 4. Autopercepción de la enfermedad

Al hablarles de la culpabilidad relacionada con la patología, cinco participantes de la muestra aseguraban que no se habían sentido culpables por padecer su enfermedad, sino que habían sacado cosas positivas de ello. Como, por ejemplo, conocerse más, profundizar en sus sentimientos y emociones. Por ese motivo, un 92.85 %

de los usuarios aseguraba que la enfermedad no les había hecho unos supervivientes natos, sino que les había ayudado a entenderse, a encontrar otra forma de enfocar las situaciones de mayor complejidad, y a obtener otro punto de vista en algunos aspectos de la vida, como, por ejemplo, a la hora de utilizar la creatividad.

H-3. Hombre de 59 años de edad:

No, culpable no. Soy así porque soy así, pero no me he llegado a sentir culpable, no.

H-1. Hombre 36 años de edad:

Pues sí, mira, que me he conocido más a mí mismo. La enfermedad te hace ver, creo que más por dentro cómo eres tú, tus sentimientos más profundos, tus emociones. Y entonces eso sí que me ha ayudado a conocerme más a mí mismo, a pensar más en mí, y a ver qué es lo que más me preocupa también.

Tema 5. Percepción del entorno respecto a la enfermedad

Los y las participantes aseguraban que ellos se relacionaban con la gente que consideraban más afines a ellos, pero que nunca se habían parado a pensar que eso pudiera generar sentimientos de vergüenza en sus más allegados. Donde tenían más problemas era en su entorno laboral, ya que eran conscientes de sus dificultades, llegando a sentirse inferiores al resto al compararse con el rendimiento de las personas sin diagnóstico psiquiátrico.

M-1. Mujer 52 años de edad:

Exacto, y tú te tienes que ir comparando, porque tienes que llegar a los mismos objetivos que los demás, sobre todo en el tema laboral. Como siempre estamos comparando, hay momentos en los que te ves inferior al otro, y por eso vas abocado al fracaso.

Tema 6. Consejos para ayudar a otras personas con trastorno mental

El consejo que le darían a alguien que no sale de su casa, y que esté en esa situación de aislamiento, es que confíe más en él/ella misma, ya que es el que tiene el poder de cambiar la situación. A la vez que hacen especial mención a que debe dejarse ayudar por profesionales y por familiares y amistades con las que cuente.

H-4. Hombre 44 años de edad:

Cree en ti, que eso es muy importante, y piensa que cuando tú no lo puedas hacer, habrá personas a tu alrededor que lo harán, ya sea profesionales, familiares o amigos. Déjate ayudar y siente esa ayuda para poder ser feliz. Hay muchas gafas de muchos colores y que te hacen ver muchas cosas. Y cuando tú sólo ves una cosa, siempre te pueden regalar otras gafas diferentes para empezar a ver la vida de otra manera. Que habrá muchas gafas que no te gusten, pero otra muchas que no posiblemente no conocías y te sorprendan. Y así vas teniendo ganas de vivir, y eso es lo que importa.

Discusión

En este trabajo nos planteamos como objetivos: conocer el nivel de autoestima de las personas con enfermedad mental participantes en talleres ocupacionales, conocer la percepción que tienen sobre su autoestigma y explorar los factores que contribuyen a disminuir su aislamiento social y aumentar su empoderamiento.

Los y las participantes en el estudio identifican el autoestigma como menosprecio, no sentirse válido y no quererse a sí mismo/a. Refieren que estas emociones las han sentido fundamentalmente en momentos en que se sentían más débiles como, por ejemplo, cuando han sufrido una crisis psicótica. Sin embargo, en estos momentos de estabilidad, su nivel de autoestigma es más bajo. Estos resultados son similares a los obtenidos en un estudio realizado en 6 países europeos donde el porcentaje de autoestigma relatado era del 33 % en personas usuarias de asociaciones en defensa de los derechos de las personas con enfermedad mental¹⁵.

Los y las participantes admitieron que les costaba relacionarse con personas ajenas al mundo de la salud mental, ya que se sentían incomprendidos e incómodos, llegando a reconocer dos de ellos que habían tenido sentimientos de inferioridad. Especialmente duro para ellos es relacionarse en entornos laborales, ya que sienten actitudes estigmatizantes por parte de los compañeros. Estos motivos hacían que se aislaran socialmente y únicamente se relacionaran con personas con un diagnóstico psiquiátrico, acudiendo a realizar actividades a centros para personas con trastorno mental. El estigma social es una de las principales causas del aislamiento. Los atributos de peligrosidad, debilidad o inutilidad van directamente acompañados de actitudes y actos de discriminación, o rechazo hacia dichos indi-

viduos; es por eso que sufren de manera directa el estigma y sus consecuencias, repercutiendo en diversos aspectos de la vida cotidiana, como son el trabajo, la vivienda, la búsqueda de atención sanitaria y la vida social¹⁶.

En cuanto a la relación con sus familiares, debemos señalar que la mayoría indicaban que no perciben que las personas cercanas a ellos los estigmaticen, es más, recalcan la importancia de sus núcleos más cercanos, a los que acuden cuando sienten que les sobreviene algún tipo de situación, reduciendo el tiempo de reacción en caso de brote o crisis psicótica, lo cual contribuye a que el periodo de recuperación sea menor. Dos de las personas con enfermedad mental refirieron tener que abandonar el domicilio familiar, ya que era su familia la que contribuía en el desarrollo del autoestigma. Estos resultados están en línea con los obtenidos en el estudio realizado por Morgan *et al.*¹⁷ en el que encontraron que el 74.1 % de personas con enfermedad mental que habían participado en su estudio encontraban confort y apoyo emocional en sus familiares y amigos.

La mayor parte de participantes refirieron que no se sentían por culpables de padecer la enfermedad y que con el tiempo les había permitido conocerse más a sí mismos y sus miedos, y habían aprendido a manejar distintas situaciones de la vida diaria. Los y las participantes expresaban que deben confiar más en sí mismos y pedir ayuda en caso de necesidad y, del mismo modo, dejarse ayudar por profesionales. Ese es el salvoconducto de personas que padecen alguna enfermedad psiquiátrica, puesto que necesitan de un apoyo en caso de aislamiento social ya que, de otro modo, la enfermedad tiende a cronificarse. Este resultado contrasta con diversos estudios que muestran como las personas con enfermedad mental perciben actitudes estigmatizantes por parte de los profesionales de la salud y por tanto son precavidos cuando han de buscar la ayuda necesaria¹⁸⁻²⁰.

Hubo unanimidad por parte de los y las participantes que han padecido autoestigma al constatar que unos de los factores que les han ayudado a superar esa situación han sido los talleres ocupacionales y terapias. Concretamente, uno de los talleres que más había contribuido a aumentar su autoestima fue el taller de sensibilización. Hablar en público a distintos colectivos, sentirse escuchado/a en una situación de igualdad frente a otros grupos les hizo sentir que su experiencia y conocimiento de la enfermedad en primera persona

eran tenidos en cuenta. Además, acudir a los talleres y realizar actividades en grupo les ha ayudado a conocer personas con puntos en común, haciendo más sencillo el acto de socialización. Aseguraban que el descanso que les proporcionaban las actividades no lo sentían fuera, puesto que vivían en situaciones constantemente estresantes. En los talleres ocupacionales se sentían comprendidos, factor que contribuía en el aumento de la autoestima de cada uno de ellos. Este resultado también ha sido corroborado por los datos recogidos en la escala de autoestima de Rosenberg¹⁰, ya que el 72.43 % de la muestra presentaba una autoestima elevada o media. Estos resultados están en línea con los objetivos de la terapia ocupacional, entre los que se encuentran el fomento de la autonomía a través de la promoción de estrategias, destrezas y habilidades que favorezcan un correcto funcionamiento ocupacional y promuevan su autonomía⁸, contribuyendo al empoderamiento de las personas con trastornos mentales graves, fundamental para que sean libres de tomar sus propias decisiones y actúen en consecuencia⁷. Sin embargo, un estudio llevado a cabo en 14 centros de día no obtuvo cambios en el empoderamiento de los participantes, aunque sí que se observó que la puntuación en la escala de empoderamiento utilizada era mayor cuanto mayor era la puntuación en autoestima⁹. La diferencia con nuestro resultado puede ser debida al tipo de programa que realizaban en dicho estudio. Los programas estaban enfocados a la inclusión en el mundo laboral, en cambio los programas que realizaban los y las participantes de nuestro estudio tienen como objetivo mejorar la percepción que las personas con enfermedad mental tienen sobre sí mismas, potenciando las capacidades presentes en cada individuo.

El estudio ha estado sujeto a varias limitaciones. En primer lugar, tener una muestra reducida. En segundo lugar, puesto que es un estudio cualitativo y a falta de aleatorización para obtener la muestra, no hace posible la generalización de los resultados encontrados al resto de población con características similares. Y, por último, dadas las características de la enfermedad, existe el sesgo de que las personas contestaran lo que se espera de ellos para evitar problemas debidos precisamente al estigma.

Conclusiones

Las personas que han participado en el estudio reconocían haber sentido autoestigma en momentos de crisis o al inicio de la enfermedad, pero no actualmente; esto se corrobora con los niveles de autoestima que mues-

tran. Consideraban que los factores que les ayudan a evitar el aislamiento social son los talleres ocupacionales y el apoyo de familia y amigos. Los talleres son un mecanismo fundamental para que los y las usuarias consigan un ambiente propicio en el que poder ser ellos mismos. A su vez, fomentan su autoestima y trabajan sobre el autoestigma, de manera que, al entrar en contacto con la sociedad, no presten atención a los prejuicios contra las enfermedades mentales. Además, les permite conocer a personas más afines a ellos, y, de este modo, se sientan más comprendidas, por el hecho de tener cosas en común.

Implicaciones para la práctica

Los resultados obtenidos nos hacen pensar que es imprescindible fomentar los recursos facilitados a los centros especializados en salud mental, para que se creen más talleres de sensibilización, los cuales ayudan a las personas que padecen algún trastorno mental a encontrar su propia forma de entender la enfermedad, incrementando a su vez su autoestima.

Por otro lado, para disminuir el autoestigma de las personas con enfermedad mental, es necesario que la sociedad disminuya los prejuicios hacia ellos y para conseguirlo se deberían realizar programas de sensibilización y educación dirigidos fundamentalmente a los jóvenes para que puedan aprender a tener otra visión de las personas con enfermedad mental.

La enfermera de salud mental tiene un papel fundamental en la implementación e impartición tanto de talleres ocupacionales que contribuyan al empoderamiento de las personas con trastorno mental como en la realización de programas de educación para jóvenes con el objetivo de contribuir a disminuir el estigma social.

Finalmente, creemos que es necesario seguir investigando en profundidad sobre los beneficios de las actividades, en concreto del taller de sensibilización ya que de las entrevistas ha surgido que los usuarios consideran fundamental este taller para la mejora de su autoestima.

Bibliografía

1. Link BG, Phelan JC. Conceptualizing Stigma. *Annu Rev Sociol*. 2001;27(Lewis 1998):363–85.
2. Schomerus G, Schwahn C, Holzinger A, Corrigan PW, Grabe HJ, Carta MG, et al. Evolution of public attitudes about mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand*. 2012;125(6):440–52.
3. Pedersen D. Estigma y exclusión en la enfermedad mental : Apuntes para el análisis e investigación diseño de intervenciones. *Rev Psiquiatr Salud Ment* [Internet]. 2005;6(1):3–14. Available from: <https://cutt.ly/7fIMzNu>
4. Corrigan PW, Watson AC. Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*. 2002;1(1):16–20.
5. World Health Organization, editor. *Mental Health Action Plan 2013–2020*. Geneva: World Health Organization; 2013.
6. Martín L, Leal L, Corcoles D, Belisolá M, Coletas. Social isolation: High-risk indicator in mental health. 2008.
7. Whalley Hammell KR. Empowerment and occupation: A new perspective. *Can J Occup Ther*. 2016;83(5):281–7.
8. Domene Navarro G. Empoderamiento, terapia ocupacional y salud mental. *Rev electrónica Ter Ocup Galicia, TOG*. 2015;12(22):15.
9. Sutton D, Bejerholm U, Eklund M. Empowerment, self and engagement in day center occupations: A longitudinal study among people with long-term mental illness. *Scand J Occup Ther* [Internet]. 2019;26(1):69–78. Available from: <https://doi.org/10.1080/11038128.2017.1397742>
10. Rosenberg M. *Society and the adolescent self-image*. Princeton University Press, editor. *Society and the Adolescent Self-Image*. Princeton, NJ; 1965.
11. Hernandez Sampieri R, Fernandez Collado C, Baptista Lucio M del P. Metodología de la investigación [Internet]. *Metodología de la investigación*. 2010. 656 p.
12. Rubio Acuña M, Arias Burgos M. Fenomenología y conocimiento disciplinar de enfermería. *Rev Cubana Enferm*. 2013;29(3).
13. Casal J, Mateu E. Tipos de muestreo. *Rev Epidemiol Med Prev*. 2003;1:3–7.
14. Vázquez Morejón A, Jiménez García-Bóveda R, Vázquez-Morejón Jiménez R. Escala de autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. *Apunt Psicol*. 2004;22(2):247–55.
15. Krajewski C, Burazeri G, Brand H. Self-stigma, perceived discrimination and empowerment among people with a mental illness in six countries: Pan European stigma study. *Psychiatry Res* [Internet]. 2013;210(3):1136–46.
16. León castro HM. Estigma Y Enfermedad Mental: Un Punto De Vista Historico-Social. *Rev Psiquiatr y salud Ment Hermilio Vald* [Internet]. 2005;VI(1):33–42.
17. Morgan AJ, Reavley NJ, Jorm AF, Beatson R. Discrimination and support from friends and family members experienced by people with mental health problems: findings from an Australian national survey. Vol. 52, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2017. p. 1395–403.
18. Ross CA, Goldner EM. Stigma, negative attitudes and discrimination towards mental illness within the nursing profession: a review of the literature. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2009;16(6):558–67.
19. Neauport A, Rodgers RF, Simon NM, Birmes PJ, Schmitt L, Bui E. Effects of a psychiatric label on medical residents' attitudes. *Int J Soc Psychiatry*. 2012;58(5):485–7.
20. Disability Rights Comisión. *Equal Treatment: Closing the gap*. 2006.

N = 7	N (%)
Hombres	5 (71.50)
Mujeres	2 (28.50)
Nivel de estudios	
Estudios universitarios	3 (42.85)
No especificado	4 (57.15)
Actividad actual	
Estudiando	2 (28.50)
Desempleo	5 (71.50)
Convivencia	
Solo	1(14.28)
Solo con supervisión	3(42.85)
Familia de origen	1(14.28)
Familia propia	1(14.28)
Vivienda tutelada	1(14.28)
Dx psiquiátrico actual	
Trastorno bipolar	2(28.50)
Esquizofrenia paranoide	4(57.15)
Trastorno esquizoafectivo	1(14.28)
Medicación antipsicótica	
VO	5(71.50)
VO e IM	2(28.50)

Dx = Diagnóstico VO = Vía Oral

IM = Intramuscular

Tabla 1: Datos sociodemográficos de los participantes

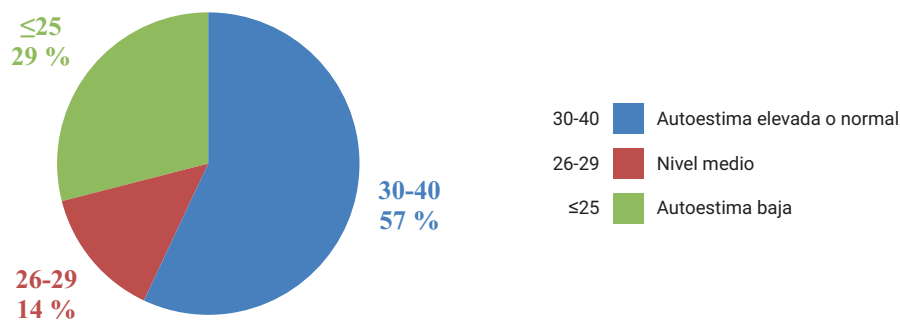


Gráfico 1: Resultados cuestionario autoestima Rosenberg

Temas	Categorías	Descripción de temas y categorías
Actividades y talleres ocupacionales	Comprensión Mejora autoestima Unión	Actividades realizadas por los pacientes en su tiempo libre En las sesiones sienten comprensión por parte de los demás participantes, gracias a los puntos en común entre ellos. Al aumentar el sentimiento de valía y utilidad aumenta la autoestima. Al encontrarse en la misma situación que el resto de los integrantes, sienten un gran apoyo.
Significado y percepción propia del autoestigma	Menosprecio Debilidad provocada por la sociedad	Concepto propio acerca del significado del estigma y el autoestigma Sentimiento de infravaloración propia. Percepción de debilidad debido al estigma asociado de inutilidad.
Relaciones y percepción del aislamiento social	Estrés Incomprensión Sentirse distintos	Percepción propia del sentimiento de aislamiento derivado del estigma social Causado por un sentimiento de perder el control de las situaciones. Sentimiento de incomprensión derivado de falta de empatía por parte de la sociedad. Sensación de diferencia causada por una distinta actividad cerebral.
Autopercepción de la enfermedad	Culpabilidad Creatividad Manejo de los miedos	Modo de percibir la enfermedad y su forma de comportarse Sentimiento desagradable surgido por conductas que puedan avergonzar a los demás. Aumento de la actividad de crear. Aprendizaje del uso de recursos para mitigar los propios temores.
Percepción del entorno respecto a la enfermedad	Afinidad Inferior	Percepción del medio respecto a la persona que padece algún trastorno mental Sentimiento de semejanza con otras personas con patología de salud mental. Sentimiento de menos valía con respecto a personas que no padecen ningún trastorno mental.
Consejos para ayudar a otras personas con trastorno mental	Búsqueda de ayuda Confianza en uno mismo	Consejos para intentar que otra persona con enfermedad mental salga adelante lo antes posible Acción de búsqueda de apoyos externos tanto por parte de los profesionales de la salud, como de familiares o amigos. Crear en los puntos fuertes de cada uno, convirtiéndolos en el principal apoyo para sobrellevar cualquier situación.

Tabla 2: Clasificación y descripción de los temas y categorías