

Prevención y abordaje del doble estigma que sufren las mujeres con Trastorno Mental Grave en Canarias y actuación desde el Trabajo Social

Alumno: Mikel Luis Hernández

Fecha: 16 de junio del 2022

Tutora: Ana Beatriz Rodríguez Ruano



*A mi familia.
a María y Tayri por ser mi motor, y a Minga,
porque sé que desde arriba
me sigues queriendo, apoyando
y animándome a no dejar de intentarlo:
Como Abuela.*

ÍNDICE

1. Denominación	8
2. Trastorno Mental Grave: Una aproximación teórica	9
2.1. La Reforma Psiquiátrica como cambio de paradigma	9
2.2. Concepto y clasificación	12
2.3. Dimensiones del TMG	13
2.3.1. Diagnóstico	14
2.3.2. Duración	16
2.3.3. Presencia de discapacidad	16
2.4. Prevalencia	19
3. Normativa aplicable	24
3.1. Ámbito internacional	24
3.2. Ámbito estatal	25
3.3. Ámbito autonómico	26
4. El estigma en el Trastorno Mental Grave	27
4.1. Estigma, prejuicio, discriminación y exclusión social	27
4.2. El proceso de estigmatización	29
4.3. Tipos de estigma y su asociación al TMG	30
5. El estigma en mujeres con Trastorno Mental Grave	34
5.1. La interseccionalidad	34
5.2. Conductas negativas asociados a las mujeres con TMG	35
5.3. El doble estigma en mujeres con TMG	36
6. Conocimientos e innovaciones esperadas	38
6.1. Profesionales de Trabajo Social	38
6.2. Entidades públicas y privadas	38
6.3. Mujeres afectadas por TMG	39
7. Objetivos de la investigación	40

8. Metodología	41
8.1. Criterios para la adopción de elecciones metodológicas:	41
8.2. Población y muestra	42
8.3. Técnicas	46
8.4. Diseño	49
8.5. Temporalización	50
9. Conclusión y valoración personal	52
10. Bibliografía	55
11. Anexos	59
11.1. Anexo 1: Guion Grupo de Discusión	59
11.2. Anexo 2: Guion de Entrevista a profesionales del Trabajo Social	60
11.3. Anexo 3: Modelo Consentimiento Informado	61

Resumen:

La realidad de las personas afectadas por Trastorno Mental Grave adquiere una dimensión doblemente compleja cuando son las mujeres quienes se encuentran en esta situación. El estigma que rodea a los problemas de salud mental genera situaciones de discriminación, exclusión e invisibilidad que se acentúan en el caso de las mujeres con este tipo de trastorno, pues han de hacer frente a la discriminación por cuestiones de género, que se agrava al sumarse a la que se asocia tradicionalmente a las personas que tienen problemas de salud mental.

Este diseño de investigación tiene por objetivo, a través de una metodología cualitativa, ahondar en el concepto de Trastorno Mental Grave y como afecta de distinta manera a mujeres y hombres, y de qué manera el Trabajo Social articula los mecanismos necesarios para analizar, planificar y desarrollar actuaciones que aborden los procesos estigmatizadores desde una perspectiva de género.

Palabras clave: Trastorno Mental Grave, estigma, discriminación, exclusión, Trabajo Social, mujeres, investigación cualitativa, género.



Abstract:

The reality of people affected by Serious Mental Disorder acquires a doubly complex dimension when it is women who find themselves in this situation. The stigma that surrounds mental health problems generates situations of discrimination, exclusion and invisibility that are accentuated in the case of women with these types of disorders, because they have to face discrimination based on gender, which is aggravated by join the one traditionally associated with people who have mental health problems.

This research design aims, through a qualitative methodology, to delve into the concept of Serious Mental Disorder and how it affects women and men differently, and how Social Work articulates the necessary mechanisms to analyse, plan and develop actions that address stigmatizing processes from a gender perspective.

Key words: Serious Mental Disorder, stigma, exclusion, discrimination, Social Work, women, women, Qualitative research, gender.

1. DENOMINACIÓN:

Esta propuesta “prevención y abordaje del doble estigma que sufren las mujeres con Trastorno Mental Grave (en adelante TMG) en Canarias y actuación desde el Trabajo Social” supone una aproximación no sólo teórica a la realidad del colectivo de mujeres afectadas por un problema de salud mental, desde una lógica de reconocimiento de un proceso estigmatizante diferenciado del de los hombres, sino que es una apuesta por el conocimiento de las acciones específicas que existen en la comunidad autónoma de Canarias, y que desde el Trabajo Social se proponen para su eliminación. Esta propuesta es una inquietud que surge en el ámbito de mi ejercicio profesional, que se ha desarrollado durante 12 años como auxiliar técnico/cuidador en diferentes recursos alojativos para personas con TMG. Este hecho, sumado a mi interés por el Trabajo Social desde una perspectiva comunitaria me lleva a orientar el trabajo hacia este colectivo desde el inicio del proceso formativo.

Considero que la importancia de este tema radica en dotar de una dimensión adecuada el concepto de doble estigma, y las dificultades añadidas a las que se enfrentan las mujeres afectadas por Trastorno Mental Grave desde una perspectiva de género, para poder optar a un proyecto de vida digno. Es por ello por lo que es necesario conocer aquellas acciones que posibiliten al colectivo de profesionales del Trabajo Social disponer de mayores y mejores herramientas para un abordaje integral y de garantías.

En términos estructurales, este trabajo se distribuirá en primer lugar en torno a una aproximación teórica al concepto de Trastorno Mental Grave, para posteriormente realizar una categorización del mismo. Tras ello, es importante definir el estigma en sus distintas dimensiones y establecer una relación entre éste y la forma diferenciada en que afecta a mujeres y hombres, como paso previo a la propuesta metodológica del documento. Estamos ante una investigación de carácter cualitativo que, a través de grupos de discusión y entrevistas semiestructuradas, recogerá experiencias y testimonios tanto de profesionales como de mujeres afectadas por TMG.

2. TRASTORNO MENTAL GRAVE: UNA APROXIMACIÓN TEÓRICA:

La importancia de la Salud Mental como pilar fundamental dentro del concepto de salud adquiere especial relevancia cuando hablamos de Trastorno Mental Grave, así, ya en la definición de salud acuñado por la OMS¹, se observa la Salud Mental como un elemento sobre el que se sustenta esta idea global:

La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. (Organización Mundial de La Salud, 2018)

La profundidad de esta definición radica en que contempla no sólo la ausencia de trastornos de cualquier tipo. Significa gozar de una buena salud mental desde una lógica que traspassa la idea de ausencia de enfermedad, es decir extendiendo su idea hacia aspectos de carácter más preventivo, por lo que ya a este nivel es prioritario prestarle atención y orientar las políticas necesarias para su protección y promoción.

2.1. La reforma psiquiátrica como cambio de paradigma²:

El concepto de Trastorno Mental Grave hunde sus raíces en la reforma psiquiátrica que se inicia en la segunda mitad del siglo XX en Europa, mediante la cual se pasaba de un modelo asistencial a uno basado en la integración comunitaria de las personas con enfermedad mental. En las décadas posteriores a la Segunda Guerra Mundial, la atención psiquiátrica fue integrándose de forma paulatina en los planes de Seguridad Social y del Estado de Bienestar³, iniciándose un proceso de desinstitucionalización progresivo bajo ese paraguas de integración que se comienza a asumir en los distintos países del continente europeo. Un momento clave en esta tendencia tiene lugar en 1948. Este año, *el National Health Service (NHS) de Reino Unido dio el primer paso para esta eliminación, asumiendo la responsabilidad plena de los manicomios que hasta entonces habían estado dirigidos por las autoridades locales.* (Knapp et al. 2007 p-23) Esto supone un punto de inflexión en la estrategia europea,

.....

¹ Organización Mundial de La Salud.

² Un paradigma es una teoría o conjunto de teorías cuyo núcleo central se acepta sin cuestionar y que suministra la base y modelo para resolver problemas y avanzar en el conocimiento (RAE).

³ El Estado de Bienestar responde a una concepción del Estado como garante de derechos sociales, cobertura de necesidades y redistribución de la riqueza para la mayoría de la población.

cuyos estados comienzan un proceso paulatino de desinstitucionalización a partir de 1970, tal y como se refleja en reducción de camas públicas en hospitales psiquiátricos.

Figura 1

Número de camas públicas en hospitales psiquiátricos sobre el total de camas psiquiátricas: Estados de la UE y Estados candidatos entre 1972 y 2001:

	1972	1982	2001
UE-15			
Alemania ¹	–	92	63
Austria	96	94	90
Bélgica	98	96	66
Dinamarca	89	80	26
España	99	92	84
Finlandia ²	90	–	0
Francia	80	76	64
Grecia	98	99	49
Holanda	70	54	82
Irlanda	99	93	85
Italia ³	–	96	0
Luxemburgo	88	87	71
Portugal ⁴	96	100	27
Reino Unido	95	86	–
Suecia	75	58	–
Estados candidatos (en 2001)			
Bulgaria ⁵	39	–	49
Eslovaquia	–	–	66
Eslovenia	–	–	57
Estonia	–	–	78
Hungría	15	15	24
Letonia	–	–	97
Lituania	–	–	91
Malta	83	89	99
Polonia	79	74	79
República Checa ⁶	49	44	86
Rumanía	65	77	77

Nota: Esta tabla indica el porcentaje de camas públicas sobre el total (incluyendo privadas) existentes, en la que se observa la progresiva reducción de las mismas. Tomado de Salud mental en Europa: políticas y práctica. Líneas futuras en Salud mental, Knapp et. al (2007, p. 29)

Este cambio de tendencia es una muestra del desconocimiento, el prejuicio y el rechazo que existía hacia las personas con problemas de salud mental, cuya participación se veía anulada, a la vez que toda posibilidad de integración se reducía a una existencia que en muchas ocasiones iba en contra de los derechos humanos⁴, en términos de respeto a la dignidad y del trato al que en numerosas ocasiones eran sometidos los pacientes. En este cambio de óptica se gestan los inicios de una nueva manera de entender el lugar que las personas con enfermedad mental han de ocupar en la sociedad.

Esta reforma se inicia de forma tardía en España, fruto entre otras cosas del retroceso en políticas sociales que trajo consigo la dictadura⁵. Los avances en términos de normativa y de estructura de un sistema que se constituya desde el respeto y la inclusión se materializan en el año 1985, con el Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica, que resalta la ineficacia del sistema de protección en salud mental y la carencia de medios, llegando incluso a destacar la discriminación que sufren las personas con enfermedad mental en cuanto a la asistencia, así como en torno a la asignación y disposición de los recursos que se deberían destinar para una asistencia adecuada.

Por primera vez se propone integrar la asistencia psiquiátrica en el Sistema General de Protección de la Salud, y esta reforma *trajo consigo la desinstitucionalización de pacientes psiquiátricos crónicos y su paso de los hospitales psiquiátricos a la comunidad*. (Vila Pilado et al. 2007, p. 3). Esta reforma supone la integración por primera vez del concepto de discriminación en las personas con enfermedad mental:

Se ha señalado ya en múltiples ocasiones la ineficacia del sistema actual de protección a la salud mental, indicando los insuficientes recursos materiales y humanos, la discriminación del enfermo psíquico en cuanto a su protección asistencial y sus derechos civiles, la multiplicidad de redes paralelas desvinculadas de la asistencia general[...] (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1985)

.....
⁴ La Declaración Universal de los Derechos Humanos, en su artículo 3, expresa que *todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona*; en su artículo 5 se establece que *nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes*. (Naciones Unidas, 2009)

⁵ Durante la dictadura franquista en España, las políticas sociales eran utilizadas como un instrumento de propaganda y la asistencia social un producto de la estrategia del régimen para la *reconstrucción nacional en hermandad cristiana y falangista*. (Molinero, 2003, p.322)

Un aspecto relevante es la forma en la que se propone este hecho, ya que se afirma que la modificación del sistema de atención debe pasar por garantizar los *derechos civiles del paciente frente a las actuaciones sanitarias que puedan llevar consigo una limitación de la libertad* (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1985). Esta afirmación pone de manifiesto la necesidad de avanzar en la línea de construcción de un modelo de atención desde el respeto a los derechos de las personas diagnosticadas, como una responsabilidad del sistema sanitario y las políticas de intervención.

En este mismo informe se recoge, en varios de sus principios, la necesidad de cambiar el modelo, y orientarlo hacia una nueva lógica que busque la integración y traspase la mirada meramente asistencial que había caracterizado la intervención en salud mental en etapas anteriores. En este sentido, en el Principio XXVI, se expone que, desde la necesidad consciente de articular planes específicos para los hospitales psiquiátricos, éstos *contemplarán el estudio de las condiciones sanitarias, psiquiátricas, humanas, sociales y legales de los internados, la reordenación de los gastos hospitalarios, la reorganización funcional de la institución y de los diversos programas para la rehabilitación y reinserción social de los ingresados* (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1985). La necesidad de contemplar el componente humano y el objetivo de reinserción supone una revolución necesaria en el campo de la salud mental, que marca una de las líneas esenciales para el desarrollo y la ejecución de planes específicos orientados a las personas con problemas de salud mental. Ya desde estas posiciones se vislumbra un horizonte, en el que la dignidad y el rechazo a la discriminación han de ser constituyentes de todos los planes de acción tanto en la promoción como en el tratamiento que se lleva a cabo con los problemas de salud mental.

2.2. Concepto y clasificación:

El paso de una intervención asistencialista y centrada en la hospitalización a un tratamiento integrado en la comunidad trae consigo la adopción del concepto de Enfermedad Mental Crónica para definir al colectivo de personas susceptibles de aplicar la atención psiquiátrica comunitaria (Instituto de Investigaciones Psiquiátricas, 2012). El problema que plantea esta definición gira en torno al concepto de cronicidad, que lleva consigo una importante carga estigmatizante al poner el acento en la incurabilidad y en el empeoramiento probable de la problemática que se aborde. El concepto de TMG es acuñado posteriormente a la reforma psiquiátrica, al ajustarse a una visión más completa y cercana

a la realidad de las personas, si bien su articulación resulta especialmente compleja debido a la dificultad para dotar de solidez a su definición. Según se expone en el Documento de Consenso *La Rehabilitación e Integración Social de las Personas con Trastorno Mental Grave (2003)*, no se han establecido criterios consistentes para definir el TMG, por lo que no se han podido utilizar para cuantificar y planificar los servicios adecuados para su abordaje.

La definición que mayor consenso ha logrado es la que el Instituto Nacional de Salud Mental de EE.UU⁶ acuña en 1987:

Grupo de personas heterogéneas, que sufren trastornos psiquiátricos graves que cursan con alteraciones mentales de duración prolongada, que conllevan un grado variable de discapacidad y de disfunción social, y que han de ser atendidas mediante diversos recursos sociosanitarios de la red de atención psiquiátrica y social. (Instituto de Investigaciones Psiquiátricas , 2012)

Este concepto incluye diferentes tipos de entidades nosológicas⁷, lo cual hace que su definición abarque un amplio espectro de patologías diversas. Su origen se encuentra en el ámbito de la atención comunitaria en salud mental, para intentar trascender la limitada perspectiva del diagnóstico clínico como base para organizar la atención sanitaria (S. Conejo et. al, 2014). Se ha observado la aplicación en diversos estudios y publicaciones del término Trastorno Mental Severo (TMS) como sinónimo del TMG, si bien sus consideraciones son las mismas, así como su clasificación y características.

2.3. Dimensiones del TMG:

Tanto en la definición que plantea el NIMH, como en la gran parte de la bibliografía consultada⁸, el TMG ha de ser considerado contemplando tres dimensiones esenciales del mismo, como son el diagnóstico, la duración y el nivel de discapacidad de la persona afectada:

.....

⁶ EL Instituto Nacional de Salud Mental de EE. UU (NIMH) es la agencia federal que dirige las investigaciones sobre los trastornos mentales

⁷ Según la RAE, la nosología es la rama de la medicina que tiene por objeto describir, diferenciar y clasificar las enfermedades

⁸ Algunas de las referencias consultadas que hacen referencia a esto son:

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. (2003). *Documento de Consenso: Rehabilitación e integración social de las personas con trastorno mental grave*. Madrid: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO).

⁹ Espinosa -López , R., & Valiente-Ots, C. (2017). ¿Qué es el Trastorno Mental Grave y Duradero? *Edupsykhé. Revista de psicología y educación*, 4-14.

2.3.1. Diagnóstico:

Para el correcto diagnóstico del TMG es necesario acudir a la clasificación que se recoge en el DSM-5⁹, y en la CIE-10-ES¹⁰. Estas herramientas de clasificación son el fruto de un trabajo coordinado y estrecho, que uniendo esfuerzos ha dado lugar a una recíproca influencia. *La CIE 10 consiste en un sistema oficial de códigos y en una serie de documentos e instrumentos relacionados con la clínica y la investigación* (Gobierno de España, 2022).

Atendiendo a estas dos clasificaciones, el TMG en su dimensión de diagnóstico incluye los trastornos psicóticos (excluyendo los orgánicos), si bien es importante tener en cuenta que todas las categorías diagnósticas en el TMG son consideradas psicóticas en su sentido más amplio. Por ello, no sólo la presencia de síntomas positivos y negativos sirven para definir el TMG, sino que *un patrón de relaciones gravemente alterado, un comportamiento inadecuado al contexto o una afectividad inapropiada grave, que impliquen una percepción distorsionada de la realidad.* (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2009), también son elementos que inciden en su diagnóstico. Esta característica en cuanto al diagnóstico pone de manifiesto la importancia de las relaciones con el contexto como elemento a tener en cuenta en el análisis y la identificación del TMG.

Por último, cabe reseñar que aquellas personas que cumplan los criterios diagnósticos de al menos una de las siguientes categorías dentro de la CIE-10-ES serán valoradas como personas con Trastorno Mental Grave:

.....
⁹ Manual Diagnóstico Y Estadístico De Los Trastornos Mentales de la American Psychiatric Association. (Pichot et. al, 1995)
¹⁰ Clasificación Internacional de Enfermedades (Gobierno de España, 2022)

Tabla 1*Relación de códigos y patologías que componen el TMG*

Código	Enfermedad	Integrantes
F20	Esquizofrenia	F20.0 Esquizofrenia paranoide F20.1 Esquizofrenia desorganizada F20.2 Esquizofrenia catatónica F20.3 Esquizofrenia indiferenciada F20.5 Esquizofrenia residual F20.8 Otros tipos de esquizofrenia F20.9 Esquizofrenia no especificada
F21	Trastorno esquizotípico	
F22	Trastornos delirantes	
F24	Trastorno psicótico compartido	
F25	Trastornos esquizoafectivos	
F28	Otros trastornos psicóticos no debidos a sustancia ni afección fisiológica conocidas.	
F29	Psicosis no especificada no debida a sustancia o afección fisiológica conocida	
F30	Episodio maníaco	
F31	Trastorno bipolar	
F32	Trastorno depresivo mayor, episodio único	
F33	Trastorno depresivo mayor, recurrente	

Nota: Adaptada de Clasificación Internacional de Enfermedades. 10ª Revisión, modificación clínica. Edición española, 2022. https://eciemaps.mscbs.gob.es/ecieMaps/browser/index_10_mc.html

2.3.2. Duración:

Esta dimensión adquiere especial relevancia debido a que en torno a ella gira la connotación negativa y estigmatizante de cronicidad que había sido utilizada con anterioridad¹¹. Por ello, y dada la relevancia que tiene trascender cualquier elemento discriminatorio en torno al TMG, no se puede pasar por alto la necesidad de actuar en una línea que rebaje los elementos que puedan provocar este tipo de reacciones ante éste.

En esencia, esta dimensión trata de diferenciar aquellos grupos de personas que presentan un trastorno de duración prolongada, y eliminar así los casos que pese a presentar una cierta gravedad, tuviesen un período evolutivo limitado que conlleve a un pronóstico que no esté muy claro. (González, 2003)

Para delimitar el tiempo necesario para que esta dimensión se desarrolle, se ha utilizado como un criterio generalizado la duración de dos años para considerar la gravedad de un trastorno o al menos 6 meses de deterioro progresivo con abandono del rol social. (Instituto de Investigaciones Psiquiátricas, 2012). Es importante señalar que este período de dos años ha de ser de duración del tratamiento, y no sólo de enfermedad, ya que es habitual que de forma previa exista un período premórbido¹², o con sintomatología activa sin tratar que dificulta su identificación en términos temporales.

2.3.3. Presencia de Discapacidad

Esta dimensión dentro del TMG, originariamente se determinó por la presencia de al menos tres de los ocho criterios que especificaba el Instituto Nacional de Salud Mental Estadounidense NIMH en 1987, si bien posteriormente se sustituyeron estos criterios por la existencia de puntuaciones moderadas o graves en la escala del funcionamiento global, medido a través del Global Assessment of Functioning¹³ incluida en el DSM. (Espinosa -López & Valiente-Ots, 2017)

.....

¹¹ Tras la reforma psiquiátrica, en un primer momento se habló de “enfermedad mental crónica”, siendo sustituida por TMG debido al gran estigma que generaba en torno a las personas diagnosticadas.

¹² Este término hace referencia a lo que precede al inicio o al diagnóstico de una enfermedad o trastorno.

¹³ Global Assessment of Functioning (GAF) es un sistema de puntuación utilizado en el ámbito de la salud mental para valorar el grado de funcionalidad de la persona en su vida diaria.

Tal y como afirman Gisbert et. al (2022), *el funcionamiento social ha demostrado ser un potente predictor de la evolución futura*, y en esta línea, se ha demostrado que el funcionamiento premórbido y el ajuste social en los estadios iniciales son los mejores predictores esperables para la evolución, tanto en las variables clínicas como en las no clínicas.

Las dificultades y los desajustes que se observan en el funcionamiento psicosocial de las personas puede generar problemas en el desempeño de roles e interacción social, por lo que es importante realizar un análisis a fin de poder elaborar desde estadios precoces aquellas acciones que den respuesta a las necesidades que puede generar una situación de afectación leve, pudiendo controlar el deterioro, o al menos posibilitando que el impacto en la vida de la persona se vea amortiguado con una adecuada gestión de cada caso ante el que nos encontremos.

En base a esto, tal y como defienden estos autores, resulta necesario establecer patrones de evaluación del funcionamiento social que aporten información sobre la autonomía e independencia de la persona, necesidades de apoyo y supervisión, por lo que establecer parámetros de categorización es un elemento importante de cara a conocer la severidad de los síntomas que presenta la persona, y de su afectación en el funcionamiento y competencia social (Siorda, 2009). Es en este punto donde entra la propuesta aceptada más ampliamente, la GAF APA, que establece unas puntuaciones de corte para evaluar el grado de afectación.

Tabla 2*Escala Global Assessment of Functioning (GAF)*

Ptos.	Descripción
100 91	Actividad satisfactoria en una amplia gama de actividades, la persona evaluada nunca parece superada por los problemas de su vida, es valorada por los demás a causa de sus abundantes cualidades positivas. Sin síntomas
90 81	Síntomas ausentes o mínimos, buena actividad en todas las áreas, el sujeto evaluado se muestra interesado e implicado en una amplia gama de actividades, socialmente eficaz, generalmente satisfecho de su vida, sin más preocupaciones o problemas que los cotidianos.
80 71	Si existen síntomas, son transitorios y constituyen reacciones esperables ante agentes estresantes psicosociales; sólo existe una ligera alteración de la actividad social, laboral o escolar.
70 61	Algunos síntomas leves o alguna dificultad en la actividad social, laboral o escolar, pero en general funciona bastante bien, tiene algunas relaciones interpersonales significativas.
60 51	Síntomas moderados o dificultades moderadas en la actividad social, laboral o escolar.
50 41	Síntomas graves o cualquier alteración grave en la actividad social, laboral o escolar.
40 31	Una alteración de la verificación de la realidad o de la comunicación, o alteración importante en varias áreas como el trabajo escolar, las relaciones familiares, el juicio, el pensamiento o el estado de ánimo.
30 21	La conducta está considerablemente influida por ideas delirantes o alucinaciones o existe una alteración grave de la comunicación o el juicio; o incapacidad para funcionar en casi todas las áreas.
20 11	Algún peligro de causar lesiones a otras personas o a sí mismo/a, u ocasionalmente deja de mantener la higiene personal mínima o alteración importante de la comunicación.
10 1	Peligro persistente de lesionar gravemente a otras personas o a sí mismo/a; o incapacidad persistente para mantener la higiene personal mínima o acto suicida grave con expectativa manifiesta de muerte.
0	Información inadecuada

Nota: Adaptada de Escala de evaluación global de funcionamiento o escala de evaluación global de la actividad (EEAG). Global Assessment of Functioning Scale (GAF). https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-pdf_publicacion/2020/14-GAF.pdf

2.4. Prevalencia:

El Plan de Salud Mental de Canarias¹⁴ 2019-2023 ofrece una radiografía completa de la realidad en términos de incidencia en la población además de establecer líneas estratégicas para orientar actuaciones de instituciones, profesionales y entidades del Tercer Sector Social¹⁵.

Tabla 3

Población según sexos. Provincias por comunidades autónomas y años

		2021	2018	2015
		Población	Población	Población
Canarias	Total	2172944	2127685	2100306
	Hombres	1074180	1054032	1043203
	Mujeres	1098764	1073653	1057103
Las Palmas	Total	1128539	1109175	1098406
	Hombres	561281	552555	548849
	Mujeres	567258	556620	549557
Santa Cruz de Tenerife	Total	1044405	1018510	1001900
	Hombres	512899	501477	494354
	Mujeres	531506	517033	507546

Nota: Adaptada de Instituto Canario de Estadística, evolución de la población en el período 2015-2021.

.....

¹⁴ Este plan es el primero en elaborarse en Canarias, y persigue la mejora de la salud mental de la población en términos de bienestar psicológico, calidad de vida, funcionalidad, funcionamiento psíquico, morbilidad y mortalidad. (Servicio Canario de la Salud, 2019)

¹⁵ Ámbito formado por entidades privadas de carácter voluntario y sin ánimo de lucro que, surgidas de la libre iniciativa ciudadana, funcionan de forma autónoma y solidaria tratando, por medio de acciones de interés general, de impulsar el reconocimiento y el ejercicio de los derechos sociales, de lograr la cohesión y la inclusión social en todas sus dimensiones y de evitar que determinados colectivos sociales queden excluidos de unos niveles suficientes de bienestar (Observatorio del tercer sector de Bizkaia, 2014).

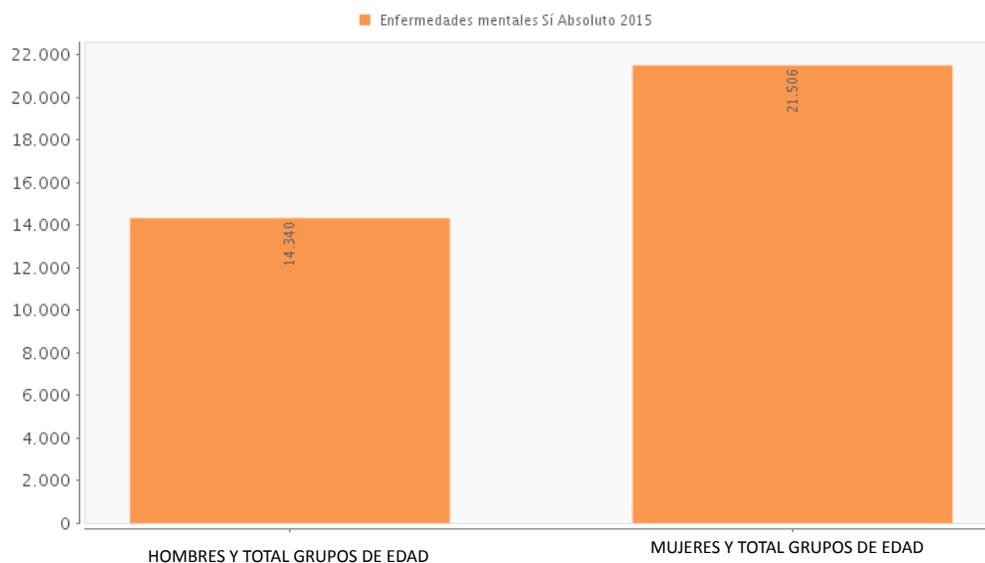
Los últimos datos recogidos responden al año 2015, por lo que es probable que estas cifras se hayan incrementado en estos últimos años. Sin embargo, tanto desde el Instituto Canario de Estadística como dentro del Plan de Salud Mental de Canarias 2019-2023 son las cifras que se manejan, motivo por el cual serán las que se tomen de referencia.

Estas cifras sobre población van a posibilitar la comparativa entre aspectos demográficos sobre TMG, y del total de enfermedades mentales en la comunidad autónoma en relación al total, observando particularmente la diferencia existente entre hombres y mujeres, partiendo del hecho de que en ambas provincias la población de mujeres es mayor que la de hombres, siendo esto una constante en la línea evolutiva.

Observando los datos de personas con alguna enfermedad mental en Canarias, los últimos datos (2015) observados en el ISTAC¹⁶ revelan unos datos absolutos que resaltan que el número de mujeres que sufren alguna enfermedad mental es notablemente superior al de los hombres (Figura2). Este dato pone en evidencia la realidad de que existe una problemática que es específica de las mujeres que lleva a sufrir con mayor frecuencia problemas de salud mental.

Figura 2

Número total de personas afectadas por enfermedad mental en 2015.



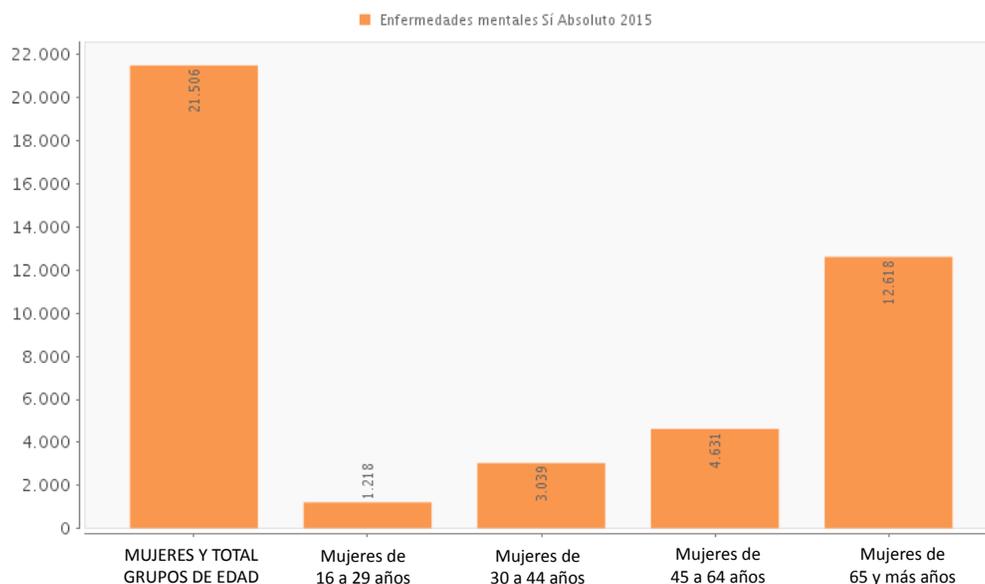
Fuente: Instituto Canario de Estadística (ISTAC) y Servicio Canario de la Salud (SCS)

.....
¹⁶ Instituto Canario de Estadística.

Este dato relativo a la situación de las mujeres en relación a los problemas de salud mental, implica hacer una lectura de cuáles son los rangos de edad más afectados. Esto permitirá establecer relaciones causales entre la desigualdad que se vincula a los roles tradicionales, aquellos que históricamente han sido atribuidos a la mujer por parte de una sociedad patriarcal,¹⁷ y el desarrollo de trastornos mentales en ellas con una incidencia muy superior a la de los hombres, o si por el contrario el aumento tan significativo responde a otro tipo de casuísticas. Analizando estos datos, es observable que los rangos de edad con mayor prevalencia en cuanto a enfermedades mentales son aquellos que se sitúan por encima de los 65 años (Figura 3), siendo llamativo pues en este grupo de edad es en torno al cual se generan gran parte de los estereotipos tradicionales constructores de desigualdad.

Figura 3

Prevalencia de enfermedades mentales en mujeres por rango de edad en 2015 en Canarias.



Fuente: Instituto Canario de Estadística (ISTAC) y Servicio Canario de la Salud (SCS)

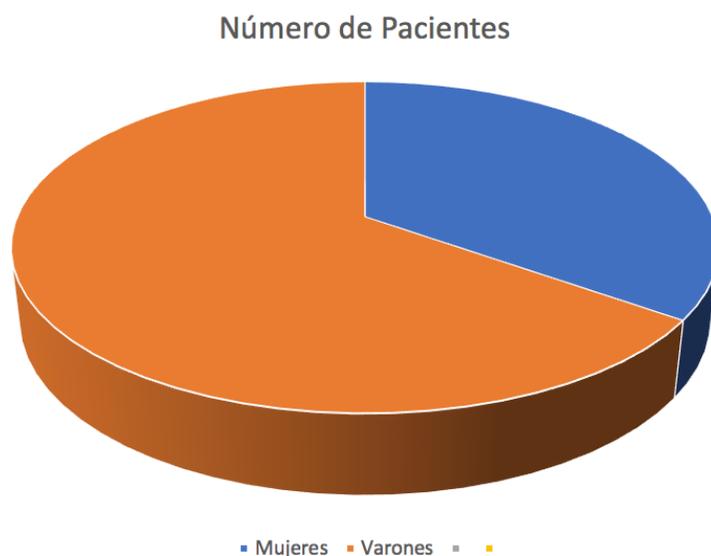
Estos datos arrojan una realidad muy clara en tanto existe un número muy superior de mujeres con problemas de salud mental respecto a los hombres, cifras que resultan disonantes si nos trasladamos al uso de los servicios de salud comunitarios como muestra la Figura 4, en relación a los pacientes en dispositivos de rehabilitación psicosocial y su

.....
¹⁷ El patriarcado se constituye como un sistema de dominación basado en el sexo-género e independiente de otros sistemas de dominación. (Pérez Villalobos & Ramos Avilés, 2012)

división por sexos. Tal y como se expone en el Plan de Salud Mental de Canarias 2019-2023 (2019), según los últimos datos recogidos correspondientes al año 2016, casi dos tercios de las personas atendidas en estos recursos son varones, hecho que contrasta con la existencia de un mayor número de mujeres con problemas de salud mental en la comunidad. Este hecho nos lleva a la necesidad de cuestionar el motivo por el que siendo mayor el número de mujeres afectadas por TMG, son notablemente inferiores aquellas que hacen uso de los servicios de rehabilitación psicosocial en lugar de los hombres.

Figura 4

Pacientes por sexo en dispositivos de rehabilitación psicosocial. Canarias. Año 2016.

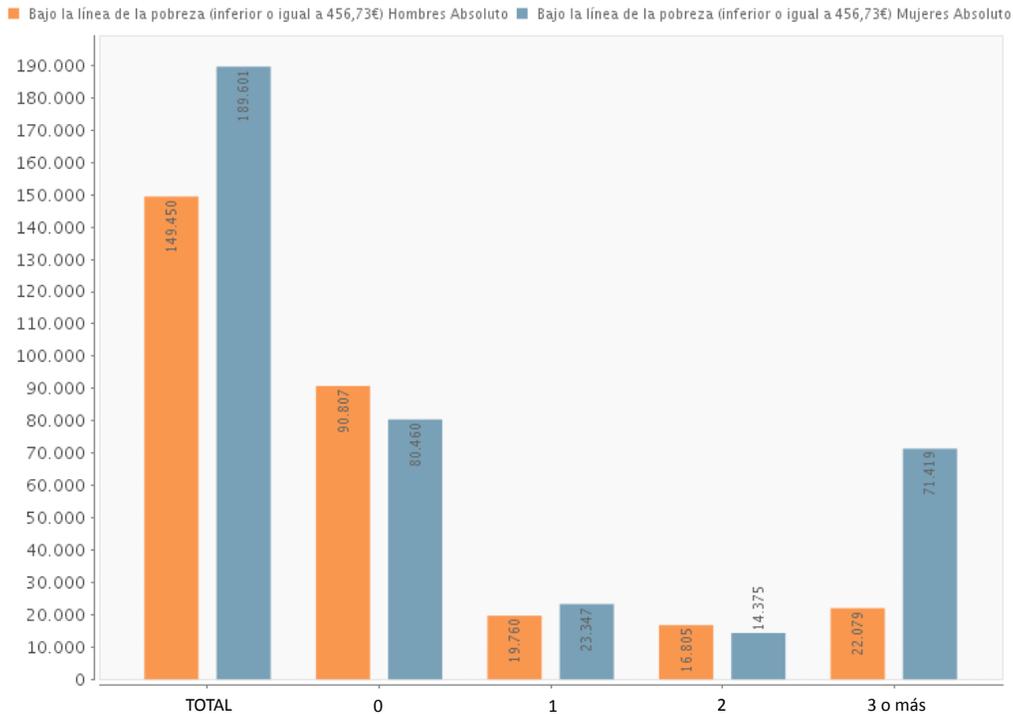


Fuente: Plan de Salud Mental de Canarias 2019-2023 (2019).

Existen otras cifras que destacan la diferencia en términos de sexo e impacto del TMG en las mujeres. Respecto a la capacidad adquisitiva, encontramos que a medida que las mujeres se encuentran en situación más precaria aumenta de forma exponencial la frecuencia con que podrían potencialmente desarrollar problemas de salud mental. Según el Instituto Canario de Estadística (2004), existen más mujeres que hombres que viven bajo la línea de la pobreza, pero resulta llamativo que a medida que los individuos son categorizados como *posibles casos psiquiátricos*, la diferencia entre hombres y mujeres que se encuentran bajo esta línea se acentúa enormemente, existiendo un número muy elevado de mujeres que son catalogadas como *posible caso psiquiátrico* que se encuentran en esta situación respecto a los hombres, tal y como se aprecia en la Figura 5.

Figura 5

Población de 16 y más años según estado de salud mental, umbral de pobreza y sexos o grupos de edad. Canarias. 2004



Fuente: Instituto Canario de Estadística (ISTAC) y Servicio Canario de la Salud (SCS)

**Nota:* La puntuación final que se le asigna a cada individuo se ha obtenido sumando las puntuaciones individuales de cada uno de los ítems según el método de Golberg (0-0-1-1), dependiendo de la respuesta dada por el entrevistado. Según la puntuación obtenida, se clasifican los individuos según sean probables casos psiquiátricos o no. El punto de corte que se ha considerado para identificar los posibles casos psiquiátricos es 3, de manera que un individuo que obtenga una puntuación de 3 o más es un posible caso psiquiátrico (aunque se ha de tener siempre presente que este instrumento es de cribado, y no sirve para establecer un diagnóstico clínico).

Estos datos confirman la necesidad de abordar de forma específica una realidad que discrimina y pone en situación de vulnerabilidad a las mujeres afectadas por TMG, puesto que las condiciones socioeconómicas resultan en la mayoría de los casos desfavorables hacia ellas, como muestran los datos. Otro elemento que expone de forma evidente la situación de invisibilidad a la que se enfrentan, es el hecho de que siendo mayor número las mujeres afectadas por problemas de salud mental, sean quienes menos hacen uso de los servicios de atención especializados, lo cual deja entrever que existe un factor estructural que provoca que no accedan a dichos servicios.

3. NORMATIVA APLICABLE:

En torno al TMG es importante tener en cuenta que la normativa que se articula en torno a éste, en muchas ocasiones no lo hace de forma explícita debido a la complejidad para su definición y acotación. Por otro lado, es frecuente que el abordaje del TMG en el marco legislativo se constituya contemplando los trastornos mentales desde una visión algo generalista, o haciendo referencia a la promoción de la salud mental como forma de prevención de los mismos. En este sentido, tanto a nivel internacional, como estatal y autonómico existen diversas normas que se articulan para establecer un marco legal alrededor del Trastorno Mental Grave y su contexto.

3.1. Ámbito internacional:

Ya en la Declaración Universal de los Derechos Humanos de la ONU se establece que *todas las personas nacen libres e iguales en dignidad y deberes* (Naciones Unidas, 2009), defendiendo la no discriminación bajo ningún supuesto.

En cuanto a la salud mental, las normativas internacionales más importantes suelen partir de las Asambleas de la ONU, si bien ya en 1989 la Declaración de Luxor sobre los Derechos Humanos para los Enfermos Mentales pone de manifiesto que los derechos de las personas diagnosticadas han de ser iguales a los del resto de ciudadanos, incluyendo la ausencia de discriminación en el acceso al tratamiento o a su injusta limitación por convicción política, de sexo, orientación sexual entre otras.

La Resolución 46/119, de 17 de diciembre de 1991, que aprueba los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental de la ONU también establece protección ante la discriminación en la atención a personas con enfermedad mental, quienes han de poder ejercer sus derechos en plenitud.

Por otro lado, las Conclusiones del Consejo Europeo de 2 de junio de 2003 sobre la Lucha contra la Estigmatización y la Discriminación en relación con la Enfermedad Mental, insta a los estados miembros a dar atención específica a las repercusiones de los problemas relacionados con la estigmatización y la discriminación, a recoger datos adecuados en torno a este tema y a emprender acciones que combatan la estigmatización y fomenten la inclusión social. (Consejo Europeo, 2013)

El Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2020 de la OMS dentro de sus objetivos contempla la promoción de *leyes contra la discriminación y campañas informativas que atajen la estigmatización y las violaciones de derechos humanos que con demasiada frecuencia acompañan a los trastornos mentales* (Organización Mundial de la Salud, 2013)

Si hablamos de salud mental, estigma y género, es importante referenciar la Resolución del Parlamento Europeo, de 14 de febrero de 2017 sobre el Fomento de la Igualdad de Género en los ámbitos de la Salud Mental y la Investigación Clínica, pues en ella se contempla que la salud mental de las mujeres y las niñas se ve afectada por factores como la discriminación, los persistentes estereotipos de género, la cosificación, la violencia de género y el acoso entre otros, y que esto afecta a 9 de cada 10 personas independientemente de su sexo o género, motivo por el cual pide a la Comisión y a los Estados miembros articular medidas para luchar contra el estigma y la introducción de la perspectiva de género en las políticas de salud mental. (Parlamento Europeo, 2017).

3.2. Ámbito estatal:

A nivel estatal, a pesar de que no existe una ley específica sobre salud o enfermedad mental, ya la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, establece como uno de sus principios generales que las *políticas, estrategias y programas de salud integrarán activamente en sus objetivos y actuaciones el principio de igualdad entre mujeres y hombres, evitando que, por sus diferencias físicas o por los estereotipos sociales asociados, se produzcan discriminaciones entre ellos en los objetivos y actuaciones sanitaria*. (Boletín Oficial del Estado, 1986)

En la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, se establece un marco de protección ante la discriminación y la violencia en sus diferentes manifestaciones hacia la mujer incidiendo en la prevención como forma de abordarla. (Boletín Oficial del Estado, 2004)

La Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la Igualdad Efectiva de Mujeres y Hombres establece un marco de protección ante las desigualdades que sufren las mujeres por este hecho, tratando de forma transversal todos los temas relativos a su erradicación.

En la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022-2026 ya se hace referencia al estigma en una de sus líneas de actuación: El estigma es una forma de violencia social, cultural y estructural, (Ministerio de Sanidad, 2021) a la vez que introduce un aspecto sobre salud mental y género, que puntualiza la doble discriminación que sufren las mujeres con problemas de salud mental. En esta línea es interesante destacar el II Plan Integral de Acción de Mujeres con Discapacidad 2013-2016, que hace referencia a los ejes de género y discapacidad como constituyentes de discriminación que hacen necesaria la protección a las mujeres y niñas con discapacidad ante estas situaciones.

La protección a personas con discapacidad, una de las dimensiones definitorias del TMG, se articula en el ordenamiento estatal en el Real Decreto 1276/2011 de 16 de septiembre, de adaptación normativa a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y en el Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de Derechos de las Personas con Discapacidad y de su Inclusión Social.

3.3. Ámbito autonómico:

En la Comunidad Autónoma de Canarias, en términos de legislación específica que aborde la salud mental y el trastorno mental grave de forma prioritaria se encuentra el Plan de Salud Mental de Canarias 2019-2023, que en 11 líneas estratégicas, sirve de orientación para la práctica profesional y recoge acciones específicas para el TMG y para la intervención en cuestiones de salud mental y género.

Son destacables la Ley 1/2010, 26 febrero, Canaria de Igualdad entre Mujeres y Hombres, que pretende hacer real y efectivo el derecho a la igualdad entre mujeres y hombres en términos de protección, promoción de la salud y bienestar social, inclusión social y discapacidad, entre otras.

Por otro lado, la Estrategia para la Igualdad de Mujeres y Hombres 2013-2020 del Gobierno de Canarias establece ejes para la consecución de la igualdad efectiva entre mujeres y hombres, incluyendo estrategias específicas para el abordaje en salud e inclusión, introduciendo la perspectiva de género de forma transversal.

4. EL ESTIGMA EN EL TRASTORNO MENTAL GRAVE

Para poder hablar de estigma y TMG, es necesario abordar una serie de conceptos importantes para contextualizar la relación existente entre las personas que sufren TMG y las conductas estigmatizantes que les afectan.

4.1. Estigma, prejuicio, discriminación y exclusión social:

La enfermedad mental, y por consecuencia el TMG, ha estado históricamente relacionada con una imagen social desajustada, que ha marcado a las personas que lo sufren, generando situaciones de riesgo y vulnerabilidad social por el proceso excluyente que genera esa imagen negativa sobre este colectivo.

El estigma, tal y como afirma Goffman (1963) fue acuñado en Grecia para hacer referencia a signos corporales que mostraban algo malo y poco habitual en quien los portaban, habitualmente esclavos, criminales etc. Este concepto evoluciona hasta situarnos en la lógica de la categorización que la sociedad establece en torno a las personas que la conforman. Dentro de esta categorización, el estigma aparece para hacer referencia a un atributo profundamente desacreditador, y que puede convertir a una persona en alguien menos apetecible, por lo que *dejamos de verlo como una persona total y corriente para reducirlo a un ser inficionado¹⁸ y menospreciado*. (Goffman, 1963). Por tanto, podemos entender que el estigma hace referencia a una característica concebida como negativa que genera un rechazo por parte del resto de individuos hacia la persona que la posee.

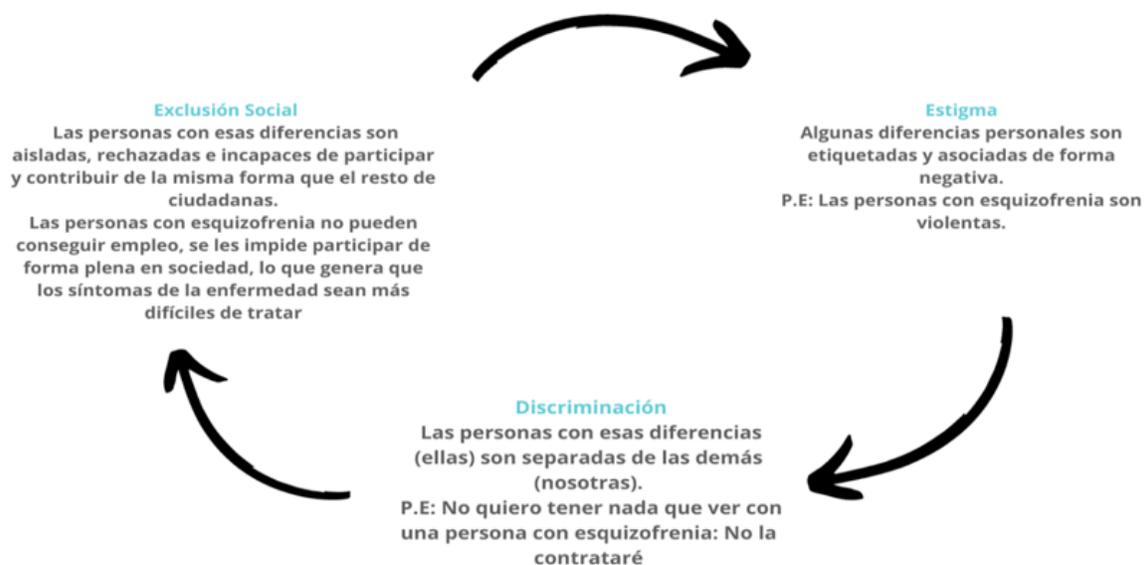
A raíz de esta idea, es importante establecer la relación existente entre el estigma y las actitudes vinculadas en torno a éste como el prejuicio, que podemos entender como *predisposiciones emocionales, habitualmente negativas, que la mayoría experimenta con respecto a los miembros del grupo cuyas características están sujetas a creencias estereotipadas*. (López et. al, 2008 p, 47). El estereotipo que rodea al prejuicio es entendido como el conjunto de estructuras de conocimiento, significados compartidos y construidos por la mayoría de la población, y que se usan para categorizar a grupos sociales diferentes porque contienen opiniones colectivas sobre grupos de personas. (Arnaiz, 2006 p, 50).

.....
¹⁸ Según la Real Academia Española de la Lengua inficionar es sinónimo de infección, en este contexto, se trataría de una persona infecta, con el consiguiente rechazo que genera esta concepción.

De la interrelación entre el estigma, el prejuicio y el estereotipo, nace una conducta de rechazo, excluyente y segregadora, que tiene grandes repercusiones para las personas con TMG. Estos conceptos dan pie a la discriminación entendida como propensiones a desarrollar acciones positivas o negativas, que son medidas de forma habitual en términos de distancia social deseada hacia el colectivo que presente el estigma en cuestión. Este hecho nos sitúa en la dimensión de rechazo y de conductas que alejan a la persona estigmatizada del resto de la sociedad, dando lugar a un proceso que desemboca en la exclusión social, limitando su participación y coartando el ejercicio de sus derechos, y sus posibilidades de inclusión, debiendo afrontar la doble tarea de convivir con su enfermedad y con el estigma que la rodea.

Siguiendo a la OMS¹⁹, en su documento *Stigma: An International Briefing Paper*, y a modo de esquema, nos encontramos con el *ciclo de la injusticia/ciclo del estigma* (Figura 6), que ejemplifica como existe un proceso cíclico en torno al estigma en relación al TMG:

Figura 6: Ciclo del estigma



Fuente: Elaboración propia, adaptada de OMS (2008)

.....
¹⁹ Organización Mundial de La Salud.

4.2. El proceso de estigmatización:

La interrelación entre todos los conceptos y situaciones expuestos anteriormente se construye alrededor de lo que Link y Phelan (2001) acuñaron como proceso de estigmatización, que resulta de la asociación de esta compleja combinación de personas y grupos alrededor del estigma. Este proceso se caracteriza por desarrollarse a través de cinco procesos o componentes relativamente estables:

- a. **Identificación:** Labeling, o etiquetado de una determinada diferencia que afecta a un grupo concreto de personas.
- b. **Asociación:** En función de creencias culturales prevalentes, asociación negativa de características a dichas etiquetas.
- c. **Nosotros frente a Ellos:** Consideración como grupo diferente y su separación del resto.
- d. **Repercusiones emocionales:** Tanto en quien estigmatiza, como miedo, ansiedad o irritación; como en quien es estigmatizado/a, tales como vergüenza, ansiedad o miedo, que tienen un gran impacto en el proceso de estigmatización.
- e. **Pérdida de status:** Discriminación producto de la pérdida de status que afectan a la persona o al grupo estigmatizado y que tiene consecuencias habitualmente negativas en distintos procesos y áreas de su vida.
- f. **Factores estructurales:** Estos factores tienen que ver con las asimetrías de poder, tanto de carácter político, como económico o social, legitimando el proceso estigmatizador.

Este proceso se constituye como generador de actitudes discriminatorias, que, tal y como se expone en el estudio *Salud Mental e Inclusión Social. Situación actual y recomendaciones contra el estigma*, de la Confederación Salud Mental España (2015) tiene consecuencias tanto subjetivas como objetivas. Cuando se habla de consecuencias objetivas, que a su vez pueden ser directas o indirectas, se hace referencia a la imposibilidad de ejercer de forma plena la ciudadanía por parte de las personas estigmatizadas. Conductas

de rechazo, menosprecio y distancia social por parte del resto de población son muestra de las consecuencias objetivas del proceso de estigmatización, que pueden darse con mayor o menor frecuencia en función de la tipología del trastorno, ya que existe cierta aceptación social ante aquellos más frecuentes como la depresión o la ansiedad. Esta aceptación no es tal cuando se habla de esquizofrenia o trastorno bipolar, que son socialmente menos aceptados y tienen una carga estigmatizante mucho mayor.

Por otro lado, las consecuencias subjetivas adquieren su dimensión en torno al concepto de autoestigma, que según Arnaiz (2006) hace referencia a *las reacciones de los individuos que pertenecen a un grupo estigmatizado y vuelven las actitudes estigmatizadoras contra ellos mismos*. Una de las consecuencias es que según avance el proceso de autoestigma, se fortalecerá la tendencia de la persona con trastorno mental a adquirir el rol de sujeto estigmatizado, desarrollando una identidad devaluada (Adrián et. al, 2018).

4.3. Tipos de estigma y su asociación al TMG:

Goffman (1963) distingue entre tres tipos de estigma, por un lado, hace referencia a las *abominaciones* del cuerpo, a las que relaciona con *deformidades físicas*, situando esta conceptualización en el contexto de la discapacidad física, o atribuyendo la presencia de limitaciones físicas en este contexto a categorizaciones de no deseabilidad respecto a las personas que las tuviesen; en segundo lugar, los *defectos* en el carácter de los individuos, haciendo referencia a trastornos de carácter psíquico o intelectual, que pueden ser asimilables a la visión actual de discapacidad orgánica²⁰ (en los que se integraría el TMG). Y, por último, los estigmas en relación a la tribu o *etnia*, entendida ésta como un elemento discriminatorio, en relación con factores culturales en los que personas pertenecientes a determinadas tribus son peor vistas que otras por el mero hecho de formar parte de ellas, debido a atributos culturales y/o religiosos. Incluso personas pertenecientes a una raza determinada pueden llegar a ser categorizadas como inferiores o no deseables.

En relación a éstos, existe una categorización que se asemeja a la propuesta por Goffman, que establece Fernández y Colaboradores (2008; citado en Iglesias y Gil, 2016):

.....
²⁰ Según COCEMFE, la discapacidad orgánica es aquella producida por la pérdida de funcionalidad de algunos sistemas corporales, que suelen relacionarse con los órganos internos o procesos fisiológicos, ya sean de forma congénita o adquirida (COCEMFE, 2019).

- a) **Físicos:** Hacen referencia limitaciones físicas o corporales.
- b) **Psicológicos:** Consecuencia de alteraciones psicológicas, como los trastornos mentales.
- c) **Sociales:** Atributos dependientes de la etnia, la cultura o diversos factores como la pobreza.

Entendiendo que el estigma en relación al TMG se enclava en los defectos propios del carácter²¹, dentro de aquellos atributos psicológicos²², a su vez, se pueden clasificar en base al origen del mismo, en función de quién sea la persona o grupo desde la que parta la estigmatización. En este sentido, siguiendo a Mascayano et al. (2015), una clasificación frecuente en diversos estudios es la que divide el estigma en: autoestigma o estigma internalizado, estigma público o social y estigma institucional o estructural. Existe la variable estigma desde la familia, si bien no siempre está contemplado en las categorizaciones, siendo en ocasiones incluida dentro del estigma público.

a) Autoestigma o estigma internalizado: *Este estigma es el que genera mayores consecuencias negativas en las personas con TMG, puesto que parte de la interiorización de los estereotipos y prejuicios generalizados* (Confederación Salud Mental España, 2015).

Este estigma, según estudios como el de Ritser y Phelan (2004, citado en Brea y Gil, 2016) sitúa al autoestigma como uno de los principales obstáculos en el desarrollo e integración de las personas con TMG.

El estigma internalizado supone para quienes sufren TMG importantísimas consecuencias en sus relaciones sociales, llegando a autodiscriminarse, dudar de sus capacidades y culpabilizarse, terminando por aislarse socialmente, además de la influencia que tiene a la hora de lograr una intervención y tratamiento adecuados, ya que la desmoralización, la disminución de la autoestima y el aislamiento, pueden llegar a provocar que no se pida ayuda o se abandone el tratamiento.

.....
²¹ Según la categorización que propone Goffman (1963).

²² Según Fernández y Colaboradores (2008; citado en Iglesias y Gil, 2016)

b) Estigma público o social: Este estigma se desarrolla en cuanto existe relación entre las personas. En este sentido, el estigma público se produce cuando la comunidad se comporta con prejuicios y estereotipos negativos hacia los pacientes y, en consecuencia, actúa discriminatoriamente hacia ellos. (Mascayano Tapia et. al, 2015).

Dentro del estigma público se encuentra en ocasiones la presencia de una variante que incorpora a la familia de la persona estigmatizada dentro del mismo. En estos términos, la familia se ve afectada en tanto el estigma que sufre la persona con TMG es extrapolado a su familia (Muñoz et. al, 2009).

Según Ling y Phelan (2001) citado en Muñoz et. al (2009), el estigma social *es el proceso por el cual la sociedad clasifica y pone etiquetas a las diferencias humanas, atribuye significados a esas diferencias a través de estereotipos y niega oportunidades vitales a los etiquetados a través del ejercicio del poder.*

c) Estigma institucional o estructural: Este estigma, siguiendo a Mascayano Tapia et. al (2015), *se vincula con las políticas tanto de instituciones públicas como privadas (incluidos los profesionales y funcionarios que en ellas ejercen).* Mora Ríos y Bautista (2014) exponen de manifiesto la relevancia en el análisis de los factores estructurales y los determinantes sociales que influyen en procesos de exclusión, y afirman que el estigma institucional está relacionado con el conjunto de normas, políticas y procedimientos de entidades públicas o privadas, que restringen derechos y oportunidades de las personas con enfermedades mentales.

Cuando hablamos de personas con TMG, y de su estigmatización, diversos estudios y publicaciones ubican que el principal estereotipo en torno al cual se construye el proceso marginador es el de la violencia y/o agresividad. Esto suele tener lugar porque en el imaginario colectivo está arraigada la correlación entre una persona con un problema de salud mental, y el comportamiento agresivo propio de un episodio de *locura*, entendida ésta como algo malo. Sin embargo, López et. al (2009, citado en confederación Salud Mental España, 2015) expone que el mayor volumen de violencia entre las personas con TMG se corresponde a la ejercida sobre ellas mismas. Por otro lado, las personas con enfermedad mental suelen ser objeto de violencia ejercida por otras personas de forma más habitual.

Siguiendo lo que se expone en el estudio *Salud Mental e Inclusión Social. Situación actual y recomendaciones contra el estigma* (2015) es importante establecer una pequeña categorización en torno a los trastornos mentales graves más conocidos y con mayor capacidad estigmatizante.

La esquizofrenia es el trastorno mental que más se asocia a la idea de *locura*²³, en relación a los delirios que aparecen en torno a ella en forma de voces o visiones. Este tipo de delirios, y el temor producido por el desconocimiento, generan la visión de que las personas que padecen esquizofrenia son agresivas o violentas, a la vez que impredecibles.

Por otro lado, aquellas personas con trastorno bipolar, suelen también vincularse a personas impredecibles, con cambios bruscos entre la alegría y la tristeza, que se alejan enormemente de una visión ajustada de la realidad.

Existen otros tipos, como el trastorno obsesivo compulsivo o los trastornos de personalidad, que también generan estigmas como el de inestabilidad emocional. Por otro lado, y de forma general, es necesario resaltar que la mayoría de los trastornos mentales son asociados a infantilización, incapacidad, llegando incluso a confundirlos con trastornos del desarrollo intelectual.

.....
²³ El concepto de locura como diagnóstico a una persona con enfermedad mental supone automáticamente desligarla de su condición humana, primando el diagnóstico sobre el individuo.

5. EL ESTIGMA EN MUJERES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE:

De forma general, las mujeres con TMG se encuentran en una situación de especial vulnerabilidad. Esta realidad se expone en la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (2022) en los siguientes términos:

Las mujeres con trastornos mentales graves o adicciones se encuentran en una situación de especial vulnerabilidad. Esta doble discriminación marca sus vidas. En comparación con los hombres, las mujeres que padecen estos trastornos tienen mayor riesgo de vivir en la pobreza y el aislamiento, perciben salarios inferiores y están menos representadas en el ámbito laboral.

Desde este primer momento se habla de una doble discriminación, de un estigma asociado al TMG y otro al rol que históricamente han soportado las mujeres. Con frecuencia, las mujeres afectadas por trastorno mental son cuidadoras, y este rol adquirido puede dificultar el acceso a los servicios sanitarios especializados. Todos estos elementos guardan relación con el hecho de que las mujeres presenten índices más elevados de depresión, ansiedad etc. debido en muchas ocasiones a factores de riesgo psicosociales asociados a la sobrecarga de cuidados, brecha salarial y otros determinantes que acentúan la discriminación, por lo que es importante introducir la perspectiva de género en el análisis del estigma que rodea a las mujeres con TMG.

5.1. La interseccionalidad:

Para poder entender la doble discriminación que sufren las mujeres con TMG, es necesario abordar el concepto de interseccionalidad. Las mujeres con problemas de salud mental han de enfrentarse, por un lado, a la discriminación y al estigma asociado al rol social y cultural de la mujer. Por otro lado, con tener una discapacidad, y en una tercera dimensión, enfrentar la imagen social estigmatizada de los trastornos mentales graves. Esta situación hace que las mujeres con problemas de salud mental sean especialmente vulnerables. Por tanto, nos encontramos ante tres categorías de discriminación diferentes que interaccionan de forma simultánea, que es lo que se conoce como interseccionalidad (Álamo, 2020).

Este concepto fue acuñado inicialmente por Kimberlé Crenshaw en 2001, para establecer la interconexión entre la raza y el género en la forma en que estos aspectos

inflúan en la vida de las personas, demostrando que no afectaba de igual manera a hombre o mujer el hecho de ser racializadas²⁴ (Molina, 2012) .

5.2. Conductas negativas asociados a las mujeres con TMG:

Existen distintos aspectos alrededor de los cuales, las mujeres con TMG sufren de forma diferenciada y que suponen un gran impacto en su vida personal, siguiendo la Guía de Salud Mental con Perspectiva de Género, y la categorización que propone, pueden clasificarse de la siguiente forma:

d) Sobreprotección, minusvaloración y estigma de la familia: Las mujeres con TMG suelen recibir un comportamiento que las relega a las tareas de la casa, infravalorando sus deseos de desarrollo personal, mostrando vergüenza e incompreensión hacia ellas, lo que acentúa la baja autoestima, y el pobre autoconcepto.

e) Cargas familiares y rol de cuidadora: Como se expuso anteriormente, de forma tradicional, las mujeres asumen mayor responsabilidad en el cuidado y las cargas familiares que los hombres. De forma específica, las mujeres con TMG sufren doblemente, ya que la falta de confianza en su capacidad para desarrollar otras actividades acentúa esta sobrecarga, llegando a producirse un rechazo por parte de la familia a que la mujer afectada acuda a recursos necesarios para su recuperación.

f) Dependencia emocional y relacional con la familia: La sobreprotección y el rol de cuidados asumido, entre otras actitudes, construyen una fuerte dependencia de la mujer con TMG en su entorno familiar, que impide que ésta se desarrolle de forma independiente, quedando sus necesidades apartadas y absorbidas por el rol atribuido en el seno familiar.

g) Cánones sociales sobre la imagen: La imagen que se asocia a las mujeres es un hecho que en aquellas que sufren TMG tiene una complejidad añadida, puesto que su imagen por efectos de medicación o del propio proceso de la enfermedad se ve deteriorada. Esta imagen también

.....
²⁴ Pese a que todas las personas estamos racializadas, este concepto se suele utilizar para visibilizar el impacto y las consecuencias que tiene este hecho en personas de raza negra.

puede verse acentuada por el descuido del aspecto físico derivado de la sintomatología negativa.

h) Estancamiento en su desarrollo laboral y personal: Las mujeres con TMG sufren una dificultad añadida para acceder al mercado laboral, debido a que la lógica de negación de sus capacidades, la sobreprotección y el aislamiento, provoca una pérdida de confianza en sí mismas, que se traduce en asumir un estatus de inferioridad. Esto las lleva a no ver la empleabilidad como un objetivo posible.

i) Menos acceso a recursos especializados: Por regla general, las mujeres con TMG acceden a recursos especializados de forma tardía y en menor cantidad que los hombres. Esto se ratifica en el Plan de Salud Mental de Canarias 2019-2023, que expone que a pesar de que la prevalencia es mayor en mujeres, las derivaciones a recursos específicos son inferiores. De hecho, según el estudio Salud Mental e Inclusión Social. Situación actual y recomendaciones contra el estigma (2015) se revela que a los hombres se les realizan más pruebas físicas para descartar la organicidad de su dolencia que a las mujeres, partiendo de que se les presupone mayor propensión a sufrir problemas psicológicos, lo cual refuerza el estereotipo de género en el ámbito de la salud.

5.3. El doble estigma en mujeres con TMG:

La enfermedad mental no afecta por igual a mujeres y a varones. En esta problemática, como en otros fenómenos sociales, las mujeres, por el hecho de existir dentro de una sociedad patriarcal, experimentan circunstancias de desigualdad que les generan mayor sufrimiento y las sitúan con mayor desventaja social. (Romero, 2010)

Si a esta realidad discriminatoria en la que la mujer por el hecho de serlo se ha de enfrentar a una estructura social que las excluye y las invisibiliza, cuando se trata de una mujer con una discapacidad, nos encontramos con una realidad doblemente estigmatizante. Esto se debe a que, si a la complejidad de afrontar ciertos procesos vitales desde una posición de discriminación, se le añade el estigma asociado a la discapacidad, (que implica una visión limitada de las posibilidades de decidir y de desarrollarse de la persona), se obtiene como

resultado un impacto negativo que se acentúa en el caso de que quien sufra la discapacidad sea una mujer.

Por todo lo señalado anteriormente, es necesario resaltar la importancia de abordar este múltiple estigma que sufren las mujeres con Trastorno Mental Grave, puesto que para las mujeres que lo sufren genera realidad altamente discriminatoria y generadora de exclusión social. Las mujeres parten de una situación estructuralmente desfavorable en la sociedad que, al combinarse por un lado con el estigma asociado a una persona con discapacidad, y por otro con el estigma propio de una persona con TMG, acentúa el impacto negativo que genera en la vida de estas mujeres, mermando sus posibilidades de participación social, y, por ende, de recuperación.

El estigma asociado a mujeres con TMG las lleva a ser consideradas como vagas, incapaces, malas madres e incluso histéricas. La visión de inferioridad que existe sobre las mujeres con problemas de salud mental se traduce en que la mayoría no tenga un trabajo remunerado. Este estigma genera que se les de poca credibilidad, lo que trae consigo graves implicaciones en sus vidas. Por otro lado, teniendo en cuenta el proceso estigmatizante, este estigma es interiorizado, y asumido por las propias afectadas, que terminan haciendo suyo el discurso que arroja una imagen distorsionada sobre ellas y generando un proceso de exclusión desde una doble perspectiva, el de ser mujer, y ser mujer con Trastorno Mental Grave.

6. CONOCIMIENTOS E INNOVACIONES ESPERADAS:

Este diseño de investigación pretende construir una muestra de las experiencias que desde el Trabajo Social se desarrollan de manera específica en el abordaje del estigma en mujeres con TMG. El hecho de investigar de forma diferenciada la intervención sobre el estigma en la comunidad autónoma de Canarias, posibilita una visión holística de cómo la disciplina se adapta a las realidades particulares de cada territorio. Tal y como se demuestra en los distintos estudios consultados, la variante estructural, cultural y social es de vital importancia, por lo que conocer aquellas intervenciones ajustadas a la realidad, permitirá una mayor adaptabilidad en las estrategias que se desarrollen en el futuro.

Esta investigación también posibilitará conocer nuevas acciones, o las propuestas que se encuentren a la vanguardia en términos de intervención, lo cual nutrirá de forma ostensible al colectivo de profesionales de Trabajo Social de las islas. Tener no sólo las acciones que se desarrollan, sino sobre qué aspectos relacionados con el estigma abordan, también dará información sobre aquellas propuestas más completas y que tengan mayor impacto en la sociedad y en las distintas instituciones que trabajan con personas afectadas por TMG.

Los resultados de este diseño de investigación otorgarán beneficios a tres áreas concretas:

6.1. Profesionales de Trabajo Social: Fortalecerá la red de intervención, permitiendo conocer otras propuestas, formas de intervenir y procesos innovadores, lo cual mejorará la calidad y el impacto de las intervenciones, dando, además, un espacio para la creatividad en nuevas formas de abordar el estigma en TMG con perspectiva de género.

6.2. Entidades públicas y privadas: Tanto los servicios de salud como las entidades del Tercer Sector Social²⁵ tendrán una comparativa real de las acciones que se están llevando a cabo, a la vez que podrán conocer otras realidades que les aportarán conocimiento, estrategias novedosas y posibilidades de ampliar la red de relaciones entre instituciones.

.....

²⁵ El Tercer Sector Social o Tercer Sector de Acción Social es el conjunto de entidades, ONGs y otras organizaciones, con fines de interés general que impulsan el reconocimiento y ejercicio de los derechos civiles, sociales o culturales, de las personas y grupos que sufren procesos de vulnerabilidad o se encuentran en riesgo o situación de exclusión social.

6.3. Mujeres afectadas por TMG: El colectivo de mujeres afectadas se verá beneficiado por el fortalecimiento que deriva del conocimiento y el análisis, pues la información y los datos resultantes permitirán un ajuste a la realidad de aquellas acciones que no estén teniendo el impacto deseado, a la vez que facilitará el desarrollo de nuevas estrategias y posibilidades al contar con diversas experiencias abordando la misma problemática.

7. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN:

Objetivo General:

- Analizar la realidad de las mujeres con TMG sobre el estigma y la discriminación que sufren desde una perspectiva de género.

Objetivos Específicos:

- Identificar qué actuaciones específicas se desarrollan desde el Trabajo Social para abordar el doble estigma que sufren las mujeres con TMG en Canarias.
- Comprobar si existe coherencia entre las acciones propuestas desde el Trabajo Social y la visión de las personas afectadas.
- Identificar aquellas realidades que son percibidas como amenazantes para las mujeres con TMG.
- Articular líneas de intervención en base a los resultados obtenidos.

8. METODOLOGÍA:

8.1. Criterios para la adopción de elecciones metodológicas:

El diseño de esta investigación responde a un enfoque cualitativo, en tanto permitirá conocer la forma en que es percibida la realidad de las personas afectadas por TMG, así como aquellas cuestiones que sean relevantes sobre el estigma percibido por éstas. En este sentido, es importante señalar que la investigación cualitativa está destinada a recabar información sobre las experiencias de las personas y/o grupos que se pretenda investigar. Tal y como afirman Escudero & Cortez (2018) la investigación cualitativa es *aquel procedimiento sistemático de indagación que brinda técnicas especializadas para recabar datos sobre lo que piensan y sienten las personas*. Teniendo en cuenta que se busca conocer la percepción de las mujeres afectadas por TMG y de los/as profesionales del Trabajo Social en cuanto al abordaje del doble estigma que sufren las mismas, la elección de un enfoque cualitativo responde de manera completa a las necesidades de la investigación.

En otro orden de cosas, la necesidad de que seleccionar un método flexible en su aplicación, teniendo en cuenta que se trata de recoger y analizar testimonios, experiencias y realidades de las personas que forman parte de la investigación, hace que el método más adecuado sea el propio de la investigación cualitativa, en tanto *utiliza métodos y técnicas diversas como gama de estrategias que ayudarán a reunir los datos que van a emplearse para la inferencia y la interpretación, para la explicación y la predicción*. (Munarriz, 1992 p.104).

Es por ello que el enfoque cualitativo es el que más y mejor se ajusta a los objetivos de este estudio. De forma general, los criterios utilizados para el diseño de esta investigación han sido básicamente dos:

- Por un lado, se ha tenido en cuenta la necesidad de conocer la visión de profesionales del Trabajo Social en el ámbito de la salud mental, y de forma más concreta, que desarrollen su ejercicio profesional en entidades, recursos y/o instituciones públicas y privadas²⁶ con mujeres afectadas por TMG.

.....

²⁶ Se seleccionarán profesionales adscritos al Servicio Canario de Salud, y a entidades del Tercer Sector de Acción Social.

- Por otro lado, mujeres afectadas por TMG, que sean usuarias de servicios y/o recursos en los que se cuente con la figura de un/a profesional del Trabajo Social.

Estos dos criterios posibilitan tanto definir el objeto de estudio como la muestra y las técnicas a utilizar, que básicamente serán dos: por un lado, se utilizará la entrevista semiestructurada orientada a profesionales del Trabajo Social, entendiendo que esta herramienta nos permitirá poder conocer con mayor profundidad los temas sobre los que se dialogue con las/os distintas/os profesionales a los que se entreviste, ya que este tipo de entrevista da flexibilidad al proceso. Otra de las técnicas utilizadas es la del grupo de discusión, que se ajusta dadas sus características, al objetivo de buscar aquellas situaciones en las que las mujeres con TMG han experimentado la discriminación relacionada con el hecho de ser mujer añadido al de su patología como un elemento diferenciador.

En definitiva, el método que mas se ajusta es un método cualitativo, en tanto es un método que, tal y como afirma Íñiguez Rueda (1999) precisa que se cumplan una serie de requisitos:

- Cambio en la sensibilidad investigadora, ya que ha de desarrollarse teniendo en cuenta la dimensión histórica, cultural, política y contextual.
- Investigación guiada teóricamente, en tanto se hace necesario fundamentar el estudio, teniendo en cuenta que se va a intervenir sobre creencias, percepciones y sobre la acción de las personas.
- Participación, puesto que es a todas luces esencial que para el desarrollo de este proceso investigador las personas tomen parte activa del mismo, a fin de poder conocer la realidad del colectivo de mujeres afectadas por TMG, así como de profesionales del Trabajo Social que intervienen con ellas.

8.2. Población y muestra.

Para seleccionar la muestra poblacional, es importante tener en cuenta que *el concepto de representatividad subyacente en las muestras cualitativas implica, no la reproducción en cantidad y extensión de ciertas características poblacionales, sino la reconstrucción de las*

vivencias y sentidos asociados a ciertas instancias micro sociales. (Serbia, 2007, p. 133), por lo que la selección se hará atendiendo estas máximas, a fin de lograr profundizar en el objeto del estudio, al margen de otro tipo de factores como la cantidad de las personas que se incluyen en el mismo.

La elección de la muestra se llevará a cabo, siguiendo la clasificación de Ruiz (2012) , a través de un *modelo Intencional*, en tanto las personas que conforman la muestra no son elegidas por azar, sino en base a unos criterios determinados que se consideran relevantes para el estudio. De manera mas específica el modelo a utilizar es el *muestreo opinático*, ya que, siguiendo al mismo autor, la muestra es seleccionada siguiendo un criterio estratégico. En este sentido, las personas seleccionadas serán aquellas que por el conocimiento de la realidad del colectivo, o la experiencia en el trabajo con mujeres con TMG puedan compartir experiencias, vivencias o situaciones relevantes para el fin del estudio.

Según el **Plan de Salud Mental de Canarias 2019-2023** , en la Comunidad Autónoma existe un total de 30 unidades de salud mental comunitarias, tal y como se observa en la tabla 4 , y su distribución por islas muestra claramente que tanto Tenerife como Gran Canaria son las que disponen de un mayor número de recursos ²⁷.

Tabla 4

Unidades de salud mental comunitarias por áreas de salud - 2016

ÁREA	UNIDADES
Gran Canaria	8
Tenerife	9+3*
Lanzarote	1+1*
Fuerteventura	2+1*
La Palma	2+1*
La Gomera	1
El Hierro	1
TOTAL	24+6*

**Unidades de Infanto-juvenil específicas*

Nota: Extraída de Plan de Salud Mental de Canarias 2019-2023. GConsejería de Sanidad del Gobierno Autónomo de Canarias. Servicio Canario de La Salud (2019)

.....
²⁷ Este hecho condicionará la selección de la ubicación para algunas de las técnicas a utilizar.

En los servicios comunitarios, desarrollan su función un total de 20 profesionales de Trabajo Social (Plan de Salud Mental de Canarias, 2019) , a quienes complementan los profesionales que desarrollan su labor en entidades del Tercer Sector Social y empresas privadas proveedoras de servicios, si bien estas últimas en mucho menor número. Este conjunto de profesionales de Trabajo Social pertenecientes a los servicios comunitarios desarrolla sus funciones en las diferentes USM²⁸ tanto para adultos como infanto-juveniles, y en los distintos recursos de rehabilitación psicosocial existentes

Dentro de estos servicios comunitarios, existen dos entidades que en las islas capitalinas coordinan una ambiciosa red de Recursos Sociales y Sociosanitarios destinados a las personas con TMG, estos son el ECA en Tenerife y el ETAC en Gran Canaria.

- **Equipo Comunitario Asertivo (ECA):** Está constituido por 3 Psiquiatras, 11 Enfermeras/os y **4 Trabajadoras/es Sociales**. Conforman un servicio *especializado para la atención, seguimiento y cuidados integrados de las personas con discapacidad por trastorno mental grave y persistente* (Gobierno Autónomo de Canarias, 2019) y complementan sus servicios con otros que son provistos por distintas ONGs y administraciones.

- **Equipo de Tratamiento Asertivo Comunitario (ETAC):** Este equipo, de similares características al ECA, está compuesto por 4 Psiquiatras, 10 Enfermeras/os, **2 Trabajadoras/es Sociales** y 1 Auxiliar de Enfermería, y atiende *a personas en situación de exclusión social o en riesgo de estarlo y a usuarios de miniresidencia*. (Gobierno Autónomo de Canarias, 2019)

Las distintas Asociaciones de Familiares y Usuarios/as constituyen una importante red de recursos que posibilitan la defensa de los derechos de las personas afectadas por TMG, así como el acceso a recursos especializados y a diversos programas tanto alojativos como de inserción y rehabilitación. Todas ellas cuentan con profesionales del Trabajo Social, además de estar encabezadas por una confederación autonómica.

- Federación de Salud Mental Canarias. Federación de Asociaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental de Canarias (FEAFES).

.....
²⁸ Unidad de Salud Mental.

Gran Canaria:

- Asociación Salud Mental AFAES.
- Asociación Salud Mental AFESUR.
- Asociación Espiral.

Tenerife:

- Asociación AFES Salud Mental.
- Asociación Salud Mental Atelsam.

Lanzarote:

- Asociación El Cribo.

Fuerteventura:

- Asociación Majorera por La Salud Mental ASOMASAMEN.

La Palma:

- AFEM Salud Mental La Palma.

Teniendo en cuenta el tipo de muestra escogida y la población con la que se va a contar, entendiendo que es necesario contar con mujeres afectadas por TMG, así como con profesionales del Trabajo Social que desarrollen su ejercicio con personas afectadas, será necesario contactar con las asociaciones presentes en cada isla, y con los equipos ECA y ETAC de Tenerife y Gran Canaria respectivamente. También es importante entrevistar a profesionales de Trabajo Social de las USM en aquellas islas en las que no haya presencia de las entidades nombradas anteriormente. En cuanto a las personas afectadas por TMG, se seleccionarán dos grupos de mujeres que se constituirán en Tenerife y Gran Canaria, entendiendo que conforman una muestra lo suficientemente representativa al seleccionar perfiles con características diversas en términos de formación, capacidad adquisitiva, entorno de procedencia etc.

En base a esto, el número total de participantes en el estudio se orientará de la siguiente forma:

- **Trabajadoras/es Sociales:** 13.
- **Mujeres Afectadas por TMG:** 20.

8.3. Técnicas:

La recogida de datos para este estudio de tipo cualitativo se hará en torno a dos técnicas concretas. Estas técnicas se han seleccionado atendiendo a la necesidad de profundizar más o menos en conocimientos técnicos y experiencias profesionales específicas, o en las experiencias de las mujeres afectadas, tratando de que la comunicación posibilite que se expongan situaciones que manifiestan de forma clara la realidad estigmatizadora a la que se enfrentan. En el caso de las/os profesionales del Trabajo Social, las técnicas escogidas facilitarán conocer en profundidad sus percepciones sobre el abordaje que se hace de dicha realidad y de las acciones que se desarrollan desde la disciplina.

De cara a conocer en profundidad la realidad de las mujeres afectadas por TMG, y atendiendo a la amplitud y las dificultades del territorio insular, se plantea el uso del grupo de discusión como la técnica idónea mediante la que profundizar en aquellas situaciones en las que las mujeres han sentido discriminación por el hecho de serlo y el impacto del autoestigma en su vida.

- Grupos de discusión:

En este sentido, Alonso, citado en Pedrosa y San Román (2014), afirma que *el grupo de discusión es un proyecto de conversación socializada en el que la producción de una situación de comunicación grupal sirve para la captación y análisis de los discursos ideológicos y las representaciones simbólicas que se asocian a cualquier fenómeno social*. En base a esto, la pertinencia del uso de los grupos de discusión como técnica en el proceso de estudio se fundamenta en que a través de éstos se va a poder *profundizar en las expectativas, conocimiento, opiniones e ideologías expresadas por aquellos que tienen que ver o que están directamente involucrados en la realidad social que se quiere investigar*. (García, 1998 p. 135).

Tal y como sostiene la autora, la relevancia de los grupos de discusión es que, teniendo en cuenta que los discursos tienen lugar en un momento y una realidad concreta, esta técnica permite reconstruir el sentido que tienen esos discursos a través de la interacción entre los miembros del grupo.

En la utilización de la técnica del “grupo de discusión” el discurso es un fin y ese discurso constituirá, precisamente, la materia prima sobre la que se trabajará, “el discurso hablado (única posibilidad de manifestación del lenguaje: la lengua sólo se manifiesta en el habla) será el objeto privilegiado de la investigación. (García, 1998 p.136)

Es por ello que la elección de esta técnica se fundamenta tanto en la idoneidad para permitir la interacción y la exposición de realidades y vivencias que puedan ser compartidas, como en la importancia del lenguaje para el objeto de estudio.

La configuración de los grupos (Tabla 5) se hará atendiendo a criterios de residencia, centralizándolos en las islas capitalinas al albergar mayor número de recursos y casos de personas con TMG²⁹.

Tabla 5

<i>Distribución de grupos de discusión</i>		
	GRUPO 1	GRUPO 2
Ubicación	Tenerife	Gran Canaria
Nº Participantes	10	10
Perfil de participantes	Mujeres Afectadas por TMG usuarias de recursos públicos y/o privados - Edad: Distintas edades - Nivel formativo: Diferentes niveles formativos. - Redes de apoyo: Tanto residentes en domicilio familiar como en recursos alojativos.	Mujeres Afectadas por TMG usuarias de recursos públicos y/o privados - Edad: Distintas edades - Nivel formativo: Diferentes niveles formativos. Redes de apoyo: Tanto residentes en domicilio familiar como en recursos alojativos.
Duración	2 h/ sesión	2h /sesión

Fuente: elaboración propia

- Entrevistas:

En Trabajo Social, la entrevista es una de las técnicas cualitativas de referencia en cuanto a investigación se refiere, y puede considerarse, siguiendo a Herrera (2009, p.64), como la *obtención de información a partir de una interacción comunicativa dialógica entre*

.....
²⁹ Ver Anexo 1, Guion de grupo de discusión.

el investigador y el sujeto. En este estudio, adquiere una dimensión relevante en tanto las personas a las que se va a entrevistar son profesionales de la disciplina.

El carácter cualitativo del estudio, convierte la entrevista en una herramienta muy valiosa de cara a lograr extraer de los diferentes diálogos que se establezcan, la información precisa y de utilidad para el objetivo del mismo. La búsqueda de conocer aquellas acciones que se desarrollan desde el Trabajo Social para abordar el doble estigma que sufren las mujeres con TMG, lo dimensionan de forma muy acertada López Estrada y Deslauriers (2011, p. 3) al afirmar que:

En este proceso de comunicación, el investigador estimula al interlocutor a hablar de lo que él conoce, busca alargar la conversación para aprender más, trata de comprender y obtener las maneras de cómo se define la realidad y los vínculos que se establecen entre los elementos del fenómeno que se estudia.

Dado que se busca no sólo conocer las acciones concretas que el Trabajo Social desarrolla, sino conocer su razón de ser, el origen y el impacto que puede generar, así como qué otras acciones pueden desarrollarse, es importante para este proceso *no tener las respuestas preestablecidas y estar muy abierto a nuevas preguntas y porque no decirlo, romper el esquematismo profesional que nos condiciona permanentemente [...]* (Puyana, 2000)

Para el desarrollo de las entrevistas se seleccionarán profesionales de Trabajo Social que ejerzan tanto en entidades públicas como privadas, tratando de recoger las experiencias de la mayoría de organizaciones posibles. Para lograr esto, la técnica adecuada es la entrevista semiestructurada, que pese a partir de una composición y unas preguntas preestablecidas, se puede ajustar a las necesidades y los acontecimientos propios del diálogo entre investigador/a y la persona entrevistada. Esta tipología de entrevistas permite que la persona entrevistada pueda contestar de forma libre, siempre ajustándose a la temática de las preguntas, y posee la gran ventaja de *adaptarse a los sujetos con enormes posibilidades para motivar al interlocutor, aclarar términos, identificar ambigüedades y reducir formalismos.* (Díaz et al., 2013, p. 163).

Teniendo en cuenta las características de estas entrevistas y la muestra seleccionada, se realizará una entrevista a un/a profesional de Trabajo Social que desarrolle su labor en las siguientes entidades u organismos³⁰:

- Federación de Salud Mental Canarias. Federación de Asociaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental de Canarias (FEAFES).
- Equipo Comunitario Asertivo (ECA).
- Equipo de Tratamiento Asertivo Comunitario (ETAC).
- Asociación Salud Mental AFAES.
- Asociación Salud Mental AFESUR.
- Asociación Espiral.
- Asociación AFES Salud Mental.
- Asociación Salud Mental Atelsam.
- Asociación El Cribo
- Asociación Majorera por La Salud Mental ASOMASAMEN.
- AFEM Salud Mental La Palma.
- USM El Hierro.
- USM La Gomera.

8.4. Diseño:

Para el diseño de esta investigación, con un enfoque esencialmente cualitativo, organizará el proceso en tres etapas que tendrán una división en dos bloques:

- **Etapas de planificación:** En esta primera etapa, se define el objeto de estudio, los objetivos de la investigación y el método mediante el cual se va a llevar a cabo. A su vez, se lleva a cabo la construcción del marco teórico, la normativa aplicable a la investigación y una búsqueda de aquellas entidades tanto públicas como privadas que puedan ser objeto de consulta y/o entrevista. Conforme se va construyendo el marco teórico en base a los

.....
³⁰ Ver Anexo 2 *Guion de entrevista a profesionales del Trabajo Social.*

objetivos de la investigación, se va creando un primer esbozo de las técnicas y herramientas mas adecuadas para este estudio.

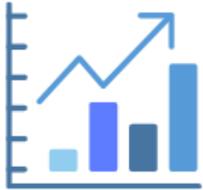
- **Etapa de ejecución:** En esta fase intermedia, el objetivo es realizar, ya con la muestra definida, un listado de las personas que finalmente participarán en el estudio, para posteriormente diseñar tanto las entrevistas como los grupos de discusión. Tras llevarlos a cabo y registrar su desarrollo se pasará a la tercera y última etapa.

- **Etapa de análisis y conclusiones:** Esta etapa incluye tanto el análisis de los resultados obtenidos tras las investigaciones realizadas, como las conclusiones a las que se llega tras el proceso investigador. Tras el volcado de datos tanto de las entrevistas como de los grupos de discusión se podrá obtener una información relevante acorde a los objetivos del estudio, a fin de comprobar la realidad de las mujeres con TMG, los estigmas a los que se enfrentan y de qué manera el Trabajo Social los aborda en Canarias.

Todo el proceso de análisis y desarrollo de este estudio gira en torno a dos bloques: por un lado, las **mujeres con TMG**, y por otro, las **profesionales de Trabajo Social**, pues de la simbiosis entre necesidades de unas y acción de otras, emergerán aquellas iniciativas que se ajustan a estas necesidades, y aquellas sobre las que se debe hacer un ejercicio de reflexión profesional.

8.5. Temporalización:

Las peculiaridades de la muestra, del tema objeto de estudio y de la necesidad de contar con dos grandes grupos de personas con las que contactar, implica que este estudio sea relativamente extenso, partiendo de una propuesta que establece que el mismo pueda llevarse a cabo entre los meses de enero y agosto. El análisis de los datos y las conclusiones componen uno de los procesos mas complejos, que junto con la elaboración del marco teórico conforman las tareas que a priori precisarán de más tiempo para su ejecución. Este hecho no resta importancia a la necesidad de ejecutar de forma exhaustiva la recogida de datos a través de grupos de discusión y entrevistas, si bien estas últimas en un momento dado pueden llevarse a cabo de manera telemática en función de la disponibilidad de las personas entrevistadas a fin de optimizar tiempo y recursos.



TEMPORALIZACIÓN



9. CONCLUSIÓN Y VALORACIÓN PERSONAL:

El desarrollo de este estudio, me ha permitido ahondar en un contexto como es el de la situación de las mujeres con TMG, y su participación e inclusión social, que he podido observar durante mi ejercicio profesional en el ámbito sociosanitario. Esta experiencia me ha permitido observar que en la mayoría de ocasiones el origen ha estado en una estructura social que las invisibiliza, las excluye y las sitúa en una posición de desventaja constante frente a los hombres en una situación similar. Cierto es, que desde las entidades públicas y privadas se hacen esfuerzos en corregir estos nichos de desigualdad, que afectan a todos los ámbitos de la vida de las personas, que si bien han logrado avanzar enormemente hacia la construcción de una sociedad mas justa e igualitaria, no son suficientes para erradicar la realidad estigmatizante y generadora de exclusión que rodea a las mujeres con TMG.

Esta inquietud ha sido constante durante todo mi proceso formativo, por ello traté en todo momento de orientar el desarrollo de este trabajo a la búsqueda de aquellas acciones relevantes desde el Trabajo Social para corregir y abordar esta realidad. Con este análisis se busca conocerlas de manera mas exhaustiva, a fin de poder establecer un vínculo entre ellas, y de observar de qué manera la disciplina hace frente a esta problemática en la Comunidad Autónoma de Canarias. Durante el proceso de construcción del marco teórico, y del resto del estudio, he podido comprobar la envergadura y la necesidad de hablar de la interseccionalidad como un elemento que ha de estar presente en cualquier análisis que se realice con el colectivo de mujeres con TMG, puesto que la combinación de las situaciones estigmatizantes supone integrar todos los elementos que afectan a la persona, evitando así una visión parcial y sesgada de su realidad. Sin duda este concepto ha sido uno de los descubrimientos más llamativos durante la elaboración de este diseño de investigación. Por otro lado, conocer los datos de mujeres con problemas de salud mental, y la disonancia existente entre éstos y el acceso que tienen a los recursos de rehabilitación psicosocial ha sido un triste hallazgo que refuerza la necesidad de analizar la realidad del colectivo, sus particularidades y de tratar de encontrar las fortalezas dentro de la disciplina para potenciarlas y de esta manera corregir esos desajustes que generan exclusión y vulnerabilidad. Por último, analizar el TMG, su clasificación y hacer una revisión de los estigmas asociados a éste ha sido enormemente enriquecedor, pues considero que me ha nutrido y a ampliado mis conocimientos, mejorando así mis competencias profesionales.

Respecto a las fortalezas y debilidades que he encontrado en el proceso de aprendizaje, entrar en el campo del diseño de una investigación a este nivel ha supuesto para mí un reto muy complicado, he visto mis carencias en los momentos iniciales, por dónde y cómo empezar, en la forma en la que estructurar un marco teórico, y en ocasiones he encontrado dificultades para poder seleccionar información concisa, tendiendo en momentos de duda a divagar más de lo necesario. Por otro lado, la capacidad para reorientar mis esfuerzos tras los momentos de crisis, de recoger una gran cantidad de información y lograr, de forma relativamente ordenada, seleccionar aquella que he considerado importante, ha sido una de mis fortalezas durante este proceso. Lograr sintetizar, exponer con criterio las ideas y una vez superado el primer escollo, no perder el hilo, buscando información de interés y logrando analizar el objeto de estudio desde una visión crítica y coherente es una competencia que nunca había aplicado a este formato, y con la que estoy satisfecho.

Para la realización de este diseño de investigación, la aplicación de los conocimientos adquiridos en asignaturas como Investigación Cualitativa y Cuantitativa Aplicada a Problemas Sociales me han sido de ayuda como guía para estructurar este proceso, e incluso a nivel técnico para analizar la forma en la que orientar los objetivos y el diseño del estudio. Políticas Sociales y Trabajo Social con Comunidades me han otorgado la capacidad para analizar las acciones que los poderes públicos articulan para la protección y promoción del colectivo, seleccionar datos relevantes para el objeto de estudio y analizarlo desde una perspectiva global, entendiendo al colectivo como parte de una sociedad con una estructura compleja, que genera situaciones de desigualdad ante las que el Trabajo Social ha de ser punta de lanza de las acciones que posibiliten el cambio social necesario para erradicarlas.

En conclusión, creo que estamos ante un diseño de investigación que muestra una realidad a la que cada vez se le está dando mayor importancia como es aquella que aglutina todo lo relacionado con la salud mental, y por supuesto que lo hace con perspectiva de género. La aplicabilidad es una de sus fortalezas, en tanto puede ser viable, e incluso adaptarse a contextos más limitados como puede ser el insular, sin que se vea alterada su estructura, aunque sí el impacto que pueda generar la información que se extraiga. Bien es cierto que ya existen muchas entidades que llevan tiempo abordando el estigma asociado al TMG, aunque son menos las que lo hacen de forma específica con las mujeres afectadas. Esto puede ser una debilidad en tanto le resta originalidad al estudio. Por otro lado, la

contextualización del estudio podría haberse realizado de forma más exhaustiva, pero la construcción global del diseño de investigación ha ido en detrimento de este apartado.

El proceso estigmatizador que afecta a las mujeres afectadas por TMG, ha de ser analizado y abordado de forma específica, atendiendo a las necesidades desde un enfoque biopsicosocial, en el que se tenga en cuenta a la persona en todas sus dimensiones, y para ello es importante conocer su realidad percibida. Esto ayudará al Trabajo Social a diseñar estrategias adecuadas, que se ajusten a aquellas demandas que presenten y a las dificultades estructurales ante las que se encuentran estas mujeres. Este TFG busca abrir y conocer tanto la realidad del colectivo como de las profesionales que desarrollan su labor con él, vincularlas y analizar el punto en el que se encuentra la disciplina y aquellos caminos que se abren para acompañar en su proceso de recuperación a las mujeres, contribuyendo a la eliminación de las situaciones que construyen la realidad estigmatizante en la que se encuentran.

10. BIBLIOGRAFÍA:

- Álamo, M. P. (2020). *Guía de salud mental con perspectiva de género*. Santa Cruz de Tenerife: ATELSAM Salud Mental.
- Adrián, B., Ballersteros Pérez, F., Bertina, A., Cerezo Quintana, Y., Magro Sánchez, M., & Polvorinos Galán, S. (2018). La dinámica estigmatizante: generación y mantenimiento del estigma y el autoestigma asociado al trastorno mental en la vida cotidiana. *Revista clínica contemporánea*, 1-15.
- Arnaiz, A. (2006). Estigma y enfermedad mental. *Norte de salud mental*, 49-59.
- Azumendi, Ó. M. (2021). Transición y reforma psiquiátrica en España desde la perspectiva de las publicaciones periódicas producidas por y para los pacientes (1966-1989). *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.*, 325-355.
- Brea Iglesias, J., & Gil Rodríguez, H. (2016). Estigma y Salud Mental. una reflexión desde el Trabajo Social. *Trabajo Social Hoy*, 95-112.
- COCEMFE. (2019, 14 de abril). *Discapacidad Física y Orgánica*. Infórmate: <https://www.cocemfe.es/informate/discapacidad-fisica-organica/>
- Confederación Salud Mental España. (2015). *Estudio Salud mental e inclusión social. Situación actual y recomendaciones contra el estigma*. Madrid: Red2Red Consultores.
- Consejo Europeo. (2013). *Conclusiones del Consejo sobre la lucha contra la estigmatización y la discriminación en relación con la enfermedad mental*. Diario Oficial de la Unión Europea.
- Díaz Bravo, L., Torruco García, U., Martínez Hernández, M., & Varela Ruiz, M. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investigación en educación médica*, 163-167.
- Escudero Sánchez, C. L., & Cortez Suárez, L. A. (2018). *Técnicas y métodos cualitativos para la investigación científica*. Machala: UTMACH.
- Espinosa -López, R., & Valiente-Ots, C. (2017). ¿Qué es el Trastorno Mental Grave y Duradero? *Edipsykhé. Revista de psicología y educación*, 4-14.
- García, E. R. (1998). Los “grupos de discusión” en la investigación en Trabajo Social y Servicios Sociales. *Cuadernos de Trabajo Social*, 133-144.
- Gisbert, C., Arias, P., Cifre, A., Chicharro, F., Fernández, J., González Cases, J., Uriarte, J. (2022). *Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo. Situación actual y recomendaciones*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría. Cuadernos Técnicos.

- Gobierno Autónomo de Canarias. (2019). *Plan de Salud Mental de Canarias 2019-2023*. Servicio Canario de La Salud.
- Gobierno de España. (2022, 15 de enero). *Clasificación Internacional de Enfermedades. 10ª Edición, modificación clínica. Edición Español*. Edición electrónica de la CIE-10-ES Diagnósticos: 4ª Edición.:
- https://eciemaps.mscbs.gob.es/ecieMaps/browser/index_10_mc.html
- Goffman, E. (1963). *Estigma. La Identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- González, A. R. (2003). Organización de cuidados comunitarios. El papel de la atención psicosocial y social en la atención comunitaria a las personas con enfermedad mental grave y crónica. *Actas II Congreso de Rehabilitación en Salud Mental* , 67-95.
- Hernández, J. M. (2009). *Manual práctico para la gestión de organizaciones proveedoras de servicios sociales*. La Laguna: Fotocopias Drago.
- Instituto de Investigaciones Psiquiátricas . (2012). *Programa psicoeducativo para el manejo de la sobrecarga en el cuidador del paciente con esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo*.: Fundación Mª Josefa Recio.
- Knapp, M., McDaid, D., Mossialos, E., & Thornicroft, G. (2007). *Salud mental en Europa: políticas y práctica. Líneas futuras en salud mental*. Barcelona: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Boletín Oficial del Estado. *núm. 102, de 29 de abril de 1986* , pp. 15207 a 15224. <https://www.boe.es/eli/es/l/1986/04/25/14/con>
- Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. Boletín Oficial del Estado. *núm.313, de 29 de diciembre de 2004*, pp. 42166 a 42197.<https://www.boe.es/eli/es/lo/2004/12/28/1/con>
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology*, 363-385.
- López, M., Laviana, M., Fernández, L., López, A., Ana María, R., & Aparicio, A. (2008). La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 43-83.
- Mascayano Tapia, F., Lips Castro, W., Mena Poblete, C., & Manchego Soza, C. (2015). Estigma hacia los trastornos mentales: características e intervenciones. *Salud Mental*, 53-58.
- Ministerio de Sanidad. (2021). *Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Período 2022-2026*. Ministerio de Sanidad.

- Ministerio de Sanidad y Consumo. (1985). *Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica*. Madrid: Secretaría General Técnica. Servicio de publicaciones.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2009). *Guía de Práctica clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave (TMG)*. Madrid: Ministerio de Ciencia e Innovación.
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. (2003). *Documento de Consenso: Rehabilitación e integración social de las personas con trastorno mental grave*. Madrid: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO).
- Molina, C. E. (2012). ¿Qué es la interseccionalidad? Aproximación al tratamiento de la diversidad desde la perspectiva de género en España. *Investigaciones feministas*, 203-222.
- Molinero, C. (2003). La política social del régimen franquista. Una asignatura pendiente de la historiografía. *AYER* 50, 319 -331.
- Mora Ríos, J., & Bautista, N. (2014). Estigma estructural, género e interseccionalidad. Implicaciones en la atención a la salud mental. *Salud Mental*, 303-312.
- Munarriz, B. (1992). *Universidad del País Vasco*, 101-116.
- Muñoz, M., Pérez Santos, E., Crespo, M., & Guillén, A. (2009). *Estigma y enfermedad mental. Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental*. Madrid: Editorial Complutense.
- Naciones Unidas. (2009, 22 de abril). *Naciones Unidas. Paz, dignidad e igualdad en un planeta sano*. Declaración Universal de Los Derechos Humanos: <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>
- Observatorio del tercer sector de Bizkaia. (2014). *Acercamiento a la definición de Tercer Sector Social*. Bizkaia: Observatorio del tercer sector de Bizkaia.
- Olabuénaga, J. I. (2012). *Metodología de la investigación cualitativa 5ª edición*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- OMS. (2008). *Stigma: An International Briefing Paper*. Health Scotland: NHS.
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*. Ginebra: Biblioteca de la OMS.
- Organización Mundial de La Salud. (2018, 30 de marzo). *Salud Mental: fortalecer nuestra respuesta*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

- Osorio, F. M. (2005). Veinte años de la Reforma Psiquiátrica. Panorama del estado de la psiquiatría en España de los años 1970 a los 2000: de un pensamiento único a otro. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 69-81.
- Parlamento Europeo. (2017). *Resolución del Parlamento Europeo, de 14 de febrero de 2017, sobre el fomento de la igualdad de género en los ámbitos de salud mental y la investigación clínica*. Estrasburgo: Diario oficial de la Unión Europea.
- Pérez Villalobos, M., & Ramos Avilés, N. (2012). Igualdad y Género. Conceptos básicos para su aplicación en el ámbito de la seguridad y defensa. *Cuadernos de estrategia*, 21-51.
- Pichot, P., López-Ibor Aliño, J. J., & Valdés Miyar, M. (1995). *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Porto Pedrosa, L., & Ruiz San Román, J. (2014). Los Grupos de Discusión. *Métodos y técnicas cualitativas y cuantitativas*, 253-273.
- Puyana, Y. (2000). La entrevista, un diálogo permanente. *Revista de Trabajo Social*, 156-165.
- Romero, A. A. (2010). Una mirada social al estigma de la enfermedad mental. *Cuadernos de Trabajo Social*, 289-300.
- Rueda, L. Í. (1999). Investigación y evaluación cualitativa: bases teóricas y conceptuales. *Atención Primaria*, 496-502.
- S. Conejo Cerón, P. Moreno Peral, J.M. Morales Asencio, A. Alot Montes, J.M. García-Herrera, M.J. González López, C. Quemada González, J. Requena Albarracín, B. Moreno Küstner. (2014). Opiniones de los profesionales del ámbito sanitario acerca de la definición de trastorno mental grave. Un estudio cualitativo. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 223-233.
- Serbia, J. M. (2007). Diseño, muestra y análisis en la investigación cualitativa. *Hologramática*, 123-146.
- Servicio Canario de la Salud. (2019). *Plan de salud mental de Canarias 2019-2023*. Consejería de Sanidad del Gobierno Autónomo de Canarias. Servicio Canario de la Salud. Dirección General de Programas Asistenciales.
- Siorda, V. H. (2009). Trastorno Mental Severo. Definición y consideraciones. *Salme. Revista del instituto Jaliscense de salud mental*, 3-5.
- Vila Pilado, L., Area Carracedo, R., Ferro Iglesias, V., Luis, G.-V., Ania, J., M^a Jesús, S. M^a Luisa, T. (2007). Trastorno Mental Severo. *Revista Gallega de Terapia Ocupacional*, 3-15

11. ANEXOS:

11.1. Anexo 1: Guion Grupo de Discusión

- Presentación:

- Agradecimiento por asistir al grupo.
- Presentación del investigador (profesión, experiencia, intereses profesionales etc.)
- Temática del GD.
- Explicación del procedimiento.
- Explicación de la necesidad de grabar/ lectura y firma de consentimiento informado.
- Duración de la sesión.

- Guion:

- Presentación de participantes, nombre, apellidos, tiempo de diagnóstico.
- TMG:
 - ¿Cómo es su convivencia, viven en casa, en un recurso?
 - ¿Qué supuso para ustedes el diagnóstico de la enfermedad?
 - ¿Sienten que la sociedad les juzga por su enfermedad?
 - ¿Alguna vez han sentido que les han negado la posibilidad de participar en la sociedad? ¿Cómo fue?
 - ¿Se sienten doblemente juzgadas por ser mujer y tener un problema de salud mental?
 - ¿Encuentran más problemas en su día a día respecto a hombres que conocen con el mismo diagnóstico que ustedes?
- Trabajo Social:
 - ¿Qué tal es su relación con los/as Trabajadores/as Sociales de referencia?
 - ¿Tratan las situaciones en que se sienten juzgadas con ellas?
 - ¿Sienten que los/as Trabajadores/as Sociales de los recursos que conocen hacen algo para dar respuesta a esas situaciones de prejuicio?
 - ¿Qué creen que podrían hacer los/as profesionales de Trabajo Social para corregir esas situaciones de prejuicio?

11.2. Anexo 2: Guion de Entrevista a profesionales del Trabajo Social.

- **Presentación:**

- Agradecimiento aceptar la entrevista.
- Presentación del investigador (profesión, experiencia, intereses profesionales etc.)
- Temática de la entrevista.
- Explicación del procedimiento.
- Explicación de la necesidad de grabar/ lectura y firma de consentimiento informado.
- Duración de la sesión.

- **Guion:**

- Perfil profesional:
 - ¿Cuántos años llevas ejerciendo como Trabajador/a Social? ¿En qué otros recursos has estado anteriormente?
 - ¿Has tenido otras experiencias anteriores con TMG? ¿Cuáles?
 - ¿Cuáles son tus funciones actualmente dentro de la entidad/servicio?
 - ¿En qué área de intervención te sientes más cómodo/a?
 - ¿Cuáles son las debilidades y las fortalezas de tu entidad respecto al Trabajo Social?
- TMG:
 - ¿Qué opinas sobre el estigma y el TMG?
 - ¿Cuál crees que es el impacto real que tiene en la vida de las personas?
- TMG y Género:
 - ¿Crees que afecta por igual a mujeres y hombres?
 - ¿Cuál es la situación de las mujeres usuarias de tu entidad/servicio en cuanto a la percepción sobre el estigma? ¿Trabajan sobre ello contigo?
- TMG y Trabajo Social:
 - ¿Qué acciones se desarrollan desde el Trabajo Social en tu entidad para hacer frente al estigma asociado al TMG?

- ¿Crees que en tu entidad se abordan los distintos tipos de estigma asociado al TMG (autoestigma, social, estructural), si es así, de qué manera lo hacen?
- ¿Qué otras acciones crees que se podrían llevar a cabo desde el Trabajo Social para contribuir a erradicar esta realidad estigmatizante?
- ¿Cuáles crees que son las limitaciones para ello?

- **Despedida, agradecimiento.**

11.3. Anexo 3: Modelo Consentimiento Informado

Este documento tratará de explicarle las cuestiones relacionadas con el registro de sus datos de participación en esta sesión de investigación. Rogamos que lo lea con detenimiento y consulte las dudas que puedan surgir

1. INFORMACIÓN ACERCA DE LA GRABACIÓN DE LAS SESIONES

Para el desarrollo de este proceso de investigación acerca del *Doble Estigma que Sufren las Mujeres con TMG en Canarias y su Abordaje desde el Trabajo Social*, es necesario llevar a cabo una serie de entrevistas y grupos de discusión, cuyas sesiones precisan ser grabadas por el/la profesional con fines investigadores, a fin de lograr un registro fiable de los testimonios que tengan lugar durante estas sesiones. Las grabaciones únicamente tendrán un fin documental y de soporte de transcripción, para asegurar que se recoge con exactitud lo que expongan las personas participantes.

2. USO Y CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS

Los datos obtenidos durante estas sesiones serán utilizados de forma exclusiva para fines relacionados con la investigación, sirviendo de soporte y registro para garantizar la veracidad de los testimonios que se obtengan de su participación. Estos datos serán protegidos por la persona investigadora, que garantizará el adecuado resguardo del contenido en términos de seguridad y privacidad, en cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999 sobre la Protección de Datos de Carácter Personal. Estos datos no podrán hacerse públicos ni utilizarse mas allá de lo que requiera el objeto de esta investigación

3. REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Podrá revocar este consentimiento en cualquier momento, trasladando su intención al profesional investigador, o en los supuestos que rige la normativa vigente.

4. DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Yo, Don/Dña. con DNI he sido informado/a de forma clara y en un lenguaje accesible el motivo de esta investigación y el contenido de este consentimiento informado. He podido resolver las dudas relacionadas con la investigación de forma adecuada. He sido informado/a de mi derecho a revocar este

consentimiento en los supuestos que contempla la normativa. También he sido informado/a del tratamiento de mis datos personales y mis testimonios conforme a la Ley vigente.

Una vez tenido en cuenta todos estos aspectos, consiento ser parte de esta investigación, así como a participar de las sesiones grabadas destinadas a tal fin.

En, a de de 20....

Firmado:

