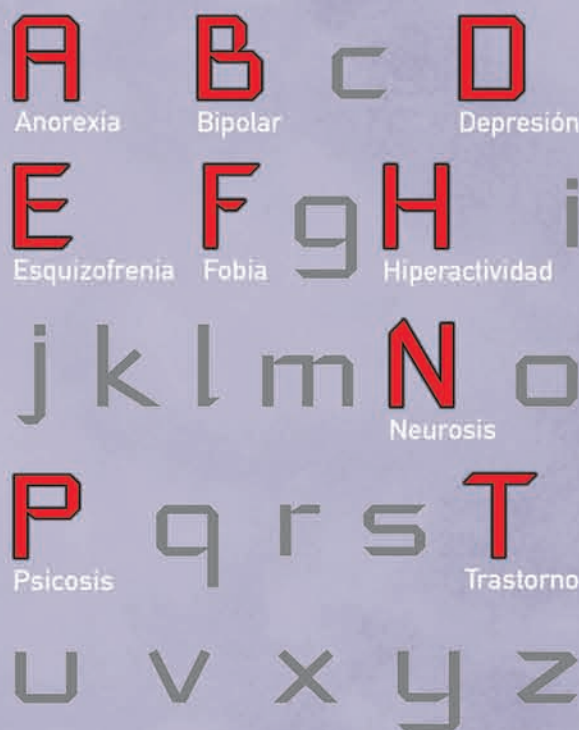


Segunda edición
actualizada

SALUD MENTAL Y MEDIOS DE COMUNICACIÓN

Guía de Estilo



Utiliza las palabras con sentido.
Es tu responsabilidad.

Edición: 2008

Edita: Confederación Española de Agrupaciones
de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES)
Agradecemos la colaboración de FEAFES-Galicia

Diseño: Doblehache / www.grupohh.com

Imprime: CIRSA

Depósito Legal: M-55208-2008

SALUD MENTAL Y MEDIOS DE COMUNICACIÓN

Guía de Estilo

Segunda edición actualizada



FEAFES

CONFEDERACIÓN ESPAÑOLA DE
AGRUPACIONES DE FAMILIARES Y
PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL



CONTENIDO

	Pág.
Preámbulo de intenciones.....	7
Una propuesta de autorregulación	9
Estadísticas: Los hechos	11
El trato mediático de la salud mental	13
Doce principios básicos	18
Propuestas concretas	23
Preguntas y respuestas sobre la enfermedad mental.....	24
Mitos y realidades de la enfermedad mental	29
Definiciones de enfermedades mentales	30
El movimiento asociativo FEAFES	35



PREÁMBULO DE INTENCIONES

En España, alrededor de un millón de personas tienen una enfermedad mental grave. Sin embargo, estas enfermedades siguen siendo, significativa y socialmente, poco conocidas. Demasiada gente cree que la enfermedad mental es una ‘debilidad’ o una ‘culpa’ de la persona y no se reconoce como una enfermedad más, lo que verdaderamente es.

A diferencia de lo que frecuentemente nos muestran los medios de comunicación, el cine, la literatura, etc., la mayoría de las personas con enfermedad mental pueden llevar una vida plena y normalizada, siempre y cuando cuenten con un tratamiento integral y apoyo social adecuado.

En las últimas décadas se han conseguido importantes avances en los ámbitos normativos, sanitarios y organizativos, pero en la vida cotidiana este colectivo sigue enfrentándose a estereotipos y prejuicios. Poco hemos avanzado en la imagen social positiva de las personas con enfermedad mental.

Para ofrecer un acercamiento real a la enfermedad mental, la Confederación FEAFES publicó en 2003 la primera Guía de Estilo ‘Salud Mental y Medios de Comunicación’. Los profesionales de la comunicación y otros sectores relacionados, así como instancias públicas y privadas han confirmado su utilidad y podemos constatar que se han producido ciertas mejoras, aunque aún insuficientes, en el tratamiento informativo de la salud mental. Pero sigue siendo necesario que los profesionales de la comunicación conozcan de manera efectiva la realidad del colectivo y de este modo contribuyan de forma corresponsable a la erradicación de ideas erróneas y prejuicios que constituyen las principales barreras a las que se enfrentan las personas con enfermedad mental y sus familias en su camino hacia la normalización e integración social.

La presente edición actualiza datos, revisa definiciones y pretende acercar las nuevas perspectivas y normativas que se han abierto durante este tiempo. Así, conviene recordar la Convención Internacional de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, adoptada el 13 de diciembre de 2006, que prevé medidas tanto de no discriminación como de acción positiva. En su artículo 8.2. (apartado c) establece: “Alentar a todos los órganos de los medios de comunicación a que difundan una imagen de las personas con discapacidad que sea compatible con el propósito de la presente Convención”. Asimismo, en las recomendaciones de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, aprobada en diciembre de 2006, se afirma¹: “Las intervenciones dirigidas a fomentar la integración y reducir el estigma de las personas con enfermedades mentales se dirigirán preferentemente a profesionales de la salud, profesionales de la comunicación, profesionales de la educación y escolares, empresarios y agentes sociales, asociaciones de personas con trastornos mentales y sus familiares.”

¹ Línea estratégica I – Objetivo 3: “Erradicar el estigma y la discriminación asociados a las personas con trastornos mentales”.



Con la reedición de esta guía pretendemos renovar nuestro compromiso en concienciar, informar, orientar y proporcionar recursos a los profesionales de los medios de comunicación para que puedan elaborar informaciones sobre la enfermedad mental ofreciendo un reflejo real de la misma, y para que las personas con enfermedad mental y sus familias reciban un tratamiento mediático justo y adecuado.



UNA PROPUESTA DE AUTORREGULACIÓN

Cada vez son más los medios de comunicación y los periodistas que consideran que la mejor vía para elevar la calidad de la información y su talante ético es la autorregulación.

¿Cómo compaginar de una manera efectiva el derecho a la libertad de expresión (y su otra cara, el derecho de los ciudadanos a recibir una información completa y veraz) con otros derechos importantes como son el derecho a la seguridad, el derecho a la intimidad, el derecho de las minorías a contar con un tratamiento justo en los medios de comunicación y el derecho a la propia imagen? Si no se quiere caer en regulaciones peligrosas para todos, la mejor vía parece ser la de la autorregulación.

En esta línea se inscriben los códigos deontológicos de carácter corporativo, los estatutos de redacción de algunos medios informativos, la figura del ‘defensor del lector’ (o del telespectador) y otros mecanismos que, actuando conjuntamente, tienden a ir tejiendo un compromiso de calidad entre los profesionales de la comunicación y los ciudadanos. A estos códigos se han ido añadiendo, en los últimos años, otros documentos que apelan la calidad informativa en ámbitos concretos de la vida social. Ejemplos de ello destacan:

- I Encuentro sobre ‘Periodismo y Discapacidad’, que tuvo lugar los días 30 de junio y 1 de julio de 2004, más de setenta representantes de los medios de comunicación más importantes de España suscribieron la denominada Declaración de Salamanca. En ella se asume un planteamiento de compromiso y se proponen una serie de medidas que favorezcan la plena integración de las personas con discapacidad, destacando “lo relativo a evitar el lenguaje discriminatorio y estigmatizante que pone el énfasis sobre la discapacidad por delante de la condición de persona”.
- Manifiesto de Constitución del Comité de Apoyo a las Personas con Discapacidad en los Medios Audiovisuales, en marzo del 2007, rubricado por un gran número de patronales, empresas de comunicación y asociaciones profesionales del sector.

Todos estos instrumentos de la autorregulación operan de manera conjunta, aunque lo hacen de forma lenta. Podríamos decir que vienen a ser una ‘fina lluvia’ que, poco a poco, va impregnando las convicciones de las empresas periodísticas y de los profesionales. En este sentido, hay que reconocer que las actitudes y las maneras a la hora de informar sobre temas como los citados (extranjeros, personas con discapacidad, mujeres...) han variado substancialmente en los últimos años.



La que se presenta aquí es una propuesta que se inscribe en la misma dirección. Se considera prioritario hacer todo lo posible para erradicar estereotipos y tópicos que afectan a las personas que padecen una enfermedad mental y a su entorno. Y las empresas periodísticas y los profesionales de los medios de comunicación deben asumir su parte de responsabilidad en este sentido.

Como ha ocurrido y ocurre con todas las iniciativas de autorregulación, ésta pretende establecer una complicidad constructiva entre el colectivo afectado y los medios de comunicación, para que desde el conocimiento y asunción de las condiciones de ambos sectores, el compromiso mutuo y un trabajo conjunto, puedan difundirse a la sociedad informaciones normalizadoras e integradoras del colectivo.



ESTADÍSTICAS: LOS HECHOS

Datos en el mundo²:

- Una de cada cuatro personas, o lo que es lo mismo, el 25% de la población, tendrán un trastorno mental a lo largo de su vida.
- 450 millones de personas en todo el mundo se ven afectadas por una enfermedad mental, neurológica o conductual, que dificulta gravemente su vida.
- Se prevé que las enfermedades mentales aumenten considerablemente los próximos años.
- Las enfermedades mentales representan el 12,5% de todas las patologías, un porcentaje superior al del cáncer y los trastornos cardiovasculares.
- Menos del 25% de los afectados por una enfermedad mental es diagnosticado y tratado correctamente en los países occidentales.
- Entre un 35 y un 50% de las personas con enfermedad mental de los países occidentales no recibe ningún tipo de tratamiento.
- Un 1% de la población mundial desarrollará alguna forma de esquizofrenia a lo largo de su vida.
- Menos del 3% de las personas diagnosticadas con esquizofrenia y otras psicosis comenten actos de violencia.

² Organización Mundial de la Salud (OMS).



Datos en España³:

- Entre el 2'5y el 3% de la población adulta tiene una enfermedad mental grave. Esto supone más de un millón de personas.
- El 9% de la población padece algún tipo de trastorno mental (grave o leve) y el 15 % lo tendrá a lo largo de su vida.
- Se calcula que la esquizofrenia afecta a cerca del 0'7% de la población española y el trastorno bipolar al 0'5%.
- Más de la mitad de las personas con enfermedad mental que necesitan tratamiento no lo reciben, y un porcentaje significativo no recibe el adecuado.
- Las familias asumen la mayor parte de los cuidados de las personas con enfermedad mental. El 88% de la atención de los servicios de atención los realizan cuidadores informales.
- El 10% de las personas con discapacidad lo son por causa de una enfermedad mental.⁴
- El empleo es uno de los principales ámbitos de estigmatización: sólo el 5% de las personas con enfermedad mental tiene un empleo regular, y el 44% aseguran haber sufrido algún tipo de discriminación laboral.⁵

3 Gómez Beneyto, Manuel (coord. científico); [et al]. *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Centro de Publicaciones, 2007.

4 Base de datos estatal de personas con discapacidad. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), 2000.

5 Muñoz, Manuel. "Estigma social y enfermedad mental". Madrid: Consejería de Familia y Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid; Obra Social de Caja Madrid; Universidad Complutense de Madrid, 2006.



EL TRATO MEDIÁTICO DE LA SALUD MENTAL

De todos es conocido el gran poder que ejercen los medios de comunicación para influir en la percepción de la realidad de toda la sociedad, en su forma de ver e interpretar el mundo que nos rodea. Por esto es importante analizar la imagen que los medios transmiten de la salud mental y en particular de las personas afectadas por un trastorno mental.

Aunque se reconoce una mejora en el trato recibido por la salud mental en los últimos años, se sigue transmitiendo, de forma sutil y algunas veces explícita, una imagen errónea y negativa de la enfermedad mental.

De forma inconsciente y como parte de la sociedad que son, los medios a menudo perpetúan las falsas creencias y los estereotipos. Las representaciones de las personas con una enfermedad mental suelen ser negativas y se les asigna casi siempre el papel de ‘trastornados’ que son temidos, rehuidos, rechazados, causantes de vergüenza y castigados.

En diarios e informativos estas noticias suelen aparecer en la sección de sucesos, estableciendo una relación entre actos antisociales y la enfermedad mental, la cual se destaca en los titulares, a menudo alarmistas y sensacionalistas. Por otra parte, las informaciones positivas tienden a un modelo paternalista, que resalta las carencias y las necesidades, pasando por alto las capacidades de la persona. En cambio, muy rara vez la enfermedad mental se muestra como una circunstancia más de la persona, quien se define también según la edad, el empleo, las relaciones sociales, el estilo de vida, etc.

EJEMPLOS DE PREJUICIOS Y CONCEPCIONES ERRÓNEAS

Ejemplo: *Un ejército de 800.000 personas deambula por el país viviendo dos vidas, la real y la imaginaria. No son dueños de su razón y sufren de más. Hoy son los enfermos mentales, los locos de antes. (...) 25.000 familias de gente con problemas, a veces incapacitantes para la vida moderna. (...) Unos 300.000 españoles sufren esta psicosis sin cura, condenada a la medicación de por vida y con una sentencia de muerte social. (...)*

Sin duda, una noticia como ésta no contribuye en absoluto a normalizar la imagen de la enfermedad mental ante la sociedad, sino que está reproduciendo exactamente tópicos absolutamente erróneos y falsos: ‘ejército que deambula’, ‘viviendo dos vidas’, ‘psicosis sin cura’, ‘muerte social’.

En muchas otras noticias, al igual que estos ejemplos, parece que el periodista no se ha documentado ni ha recurrido a distintas fuentes de información como seguramente haría con cualquier otra temática, y se ha limitado a reproducir los falsos tópicos de la sociedad, reforzando de esta manera una visión estigmatizadora de la enfermedad mental.



TITULARES ALARMISTAS O MORBOSOS

A menudo, en los titulares se suele sintetizar la información de manera incorrecta y simplista, y algunas veces cobran un carácter alarmista y morboso.

Ejemplo: *La falta de medios impide controlar a los internos del psiquiátrico de Fontcalent (titular).*

ETIQUETACIÓN DE PERSONAS SUSTANTIVANDO SU CONDICIÓN

En muchos casos, a causa del escaso espacio disponible, en el titular se etiqueta a los individuos con una enfermedad mental, sustantivando su condición.

Ejemplo: *Los maníacos-depresivos unen sus fuerzas contra el rechazo social (titular).*

En cambio, en el cuerpo de la noticia se lee: Un grupo de 14 personas afectadas por el denominado trastorno bipolar, enfermedad anteriormente conocida como trastorno maníaco-depresivo, ha decidido...

La falta de espacio en el titular no puede justificar el uso de términos estigmatizantes.

IMÁGENES NEGATIVAS Y POCO NORMALIZADORAS

Las ilustraciones o imágenes donde aparecen personas con este tipo de trastornos suelen presentarlos en actitudes pasivas, sin ningún tipo de interacción social, transmitiendo sensación de lástima, soledad, aislamiento, desequilibrio, etc.

Ejemplo: Son frecuentes las fotos de personas con la mirada perdida, tendidos en el suelo, tapándose la cara, o en largos pasillos oscuros con luz al final.

Representar visualmente la enfermedad mental resulta complejo, ya que se trata de patologías que no cambian el aspecto físico de la persona, y por lo tanto son enfermedades denominadas 'invisibles'. Sin embargo, esta ausencia de rasgos propios de la enfermedad no puede suplirse con imágenes sensacionalistas y erróneas, que dañan la visión de las personas afectadas.



CONFUSIÓN ENTRE ENFERMEDAD MENTAL Y OTRO TIPO DE DISCAPACIDADES

En general, también se puede observar que existe una notable confusión en lo que respecta a la tipificación de las enfermedades, y frecuentemente se mezcla información de salud mental con otros tipos de discapacidad.

Ejemplo: *El trato de la salud mental en los medios, a debate (titular). El 2003 ha sido declarado el año europeo de las personas con discapacidad. Pero mientras las barreras arquitectónicas que dificultaban la movilidad de los discapacitados físicos en las ciudades van cayendo poco a poco, el muro que separa los discapacitados intelectuales del resto de la sociedad parece que se resista a ceder. (...).*

Este artículo de fondo viene ilustrado con imágenes de una persona con Síndrome de Down y otra con una persona con tetraplejía.

ESCASA PRESENCIA DEL COLECTIVO COMO FUENTE DE INFORMACIÓN

Ejemplo: *Paliperidona, novedad en esquizofrenia, ya disponible (titular). La enfermedad mental grave no está aumentando en España (titular).*

En muy pocas ocasiones la información proviene directamente de personas con enfermedad mental. En ocasiones puede venir de familiares de estas personas o de psiquiatras y psicólogos. Mayoritariamente las fuentes de información suelen ser instituciones públicas y del mundo médico-científico. Se incumple así la regla periodística de dar voz a los implicados en una información.

VINCULACIÓN ENTRE VIOLENCIA Y SALUD MENTAL

Es bastante frecuente encontrar noticias relacionadas con sucesos violentos en que se cita que el acusado (o presunto autor de un delito) padece una enfermedad mental.

Ejemplo: *Declaran culpable al perturbado que mató a un sordomudo tirándole al metro (titular).*

Ejemplo: *Padres que matan a sus hijos tienen una enfermedad mental no diagnosticada.*



Son noticias breves en que la información se sintetiza de manera incorrecta, de forma que queda simplificada y se pierden datos relevantes. La omisión de cierta información hace que ésta esté sesgada, con lo que se mantienen los prejuicios. Por ejemplo, no se suele profundizar en el estado de la persona con enfermedad mental (si estaba siguiendo algún tratamiento, o cuál era su situación personal).

Este tipo de noticias hace que se perpetúen ideas como que las personas con enfermedad mental son violentas, agresivas y peligrosas, y que actúan de forma irracional, lo que está comprobado que es falso.

En otros casos se confunden las causas reales de una agresión o conducta violenta relegándola a un problema psiquiátrico, cuando puede deberse a problemas socio-económicos, violencia de género, educacionales, etc.

USO INAPROPIADO DE TÉRMINOS DEL ÁMBITO DE SALUD MENTAL EN OTROS CONTEXTOS

Es frecuente encontrar noticias que no hacen referencia directa a la salud mental, especialmente en artículos de opinión o en sección de deportes y cultura (donde la línea divisoria entre información y opinión no es tan precisa), que se usan elementos y terminología del campo médico para describir situaciones, personas o cosas que no tienen nada que ver. Por ejemplo, en el caso de la esquizofrenia, se usa a menudo para adjetivar una situación caótica, irracional, extravagante, etc.

Ejemplo: (...) Sinceramente, creo que los americanos han decidido cambiar de proveedor energético, y no van a permitir que nadie compita con ellos por el control de Irak. Y si no es así, discúlpenme la esquizofrenia.

Ejemplo: (...) Viajar a EE UU es cada vez más complicado. La psicosis en los aeropuertos ha dado otra vuelta de tuerca con las nuevas medidas de seguridad (...)

Seguro que se pueden encontrar muchas otras expresiones que transmitan el mismo significado.

En estos casos el uso inapropiado y peyorativo de estos términos hace que las personas que padecen estos trastornos puedan sentirse ultrajadas, a la vez que perjudica la imagen social de las personas con un trastorno mental.



ESTIGMATIZACIÓN HACIA PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL EN ESPECIAL SITUACIÓN DE EXCLUSIÓN SOCIAL

Ejemplo: (...) *Locos en la cárcel (titular)*

Las personas con discapacidad, migrantes, personas en régimen penitenciario, personas sin hogar, etc., son algunos de los grupos que sufren a menudo una grave discriminación social, y en consecuencia, de los medios de comunicación. Cuando alguna de estas personas tiene añadida una enfermedad mental, a los prejuicios propios de la enfermedad mental se le unen aquellos que la sociedad adjudica a estos grupos.

Por otra parte, los medios de comunicación han propiciado tradicionalmente la “invisibilidad” de las mujeres con discapacidad, y en particular de aquellas con enfermedad mental, negándoles la posibilidad de expresar su propia visión de los hechos y usando con frecuencia numerosos prejuicios para informar sobre su situación.

Es fundamental que los medios informen sobre las dificultades a la que se enfrentan estos colectivos y que puedan ofrecer también su propio punto de vista en aquellas noticias en las que participen.



DOCE PRINCIPIOS BÁSICOS

1. AUMENTAR EL CONOCIMIENTO SOCIAL

Informar con exactitud de conceptos y términos.

Los medios deben representar la realidad del modo más ajustado posible. No confundir o ignorar los datos científicos y técnicos sobre las enfermedades mentales. Documentarse e informarse adecuadamente antes de transmitir información inexacta o errónea, igual que se haría en cualquier otro ámbito (política, economía, etc.). Contrastar las noticias institucionales y del mundo médico-científico y potenciar aquellas provenientes de las personas directamente afectadas (personas con enfermedad mental, familiares o asociaciones). Recurrir a las fuentes de información que tenemos al alcance, como FEAFES, para dar una información precisa, objetiva y que responda a la realidad. Llamar a las cosas por su nombre y no hacer simplificaciones excesivas.

2. MOSTRAR UNA VISIÓN POSITIVA

Transmitir una visión positiva de la enfermedad mental y de las personas con enfermedad mental. Prestar más atención a las soluciones y menos a los límites.

Dar cabida a los ámbitos de integración real: acceso al empleo, buena convivencia, relaciones sociales satisfactorias, programas de atención eficaces, etc.

Enfatizar las facetas positivas, las potencialidades, los logros, los aspectos más humanos. Evitar sobredimensionar las limitaciones y los casos aislados negativos. Mostrar a la persona con enfermedad mental en sus múltiples facetas, sin resaltar innecesariamente el hecho de que padezca una enfermedad mental, ni en lo negativo ni en lo positivo (no entronizar a personas fuera de serie, sino más bien enfatizar los logros ordinarios).



3. CONTEMPLAR TODAS LAS FACETAS

Mostrar a las personas con una enfermedad mental de forma integral.

Las personas con enfermedad mental tienen múltiples facetas, igual que cualquier otro individuo. No mostrar las personas con enfermedad mental de forma unidimensional sino en todas las demás: con los mismos sentimientos, problemas, aspiraciones, con las mismas fuerzas y debilidades, con una vida laboral, familiar, social, sexual, creativa, etc. La enfermedad mental no es una característica global, permanente, ni inmutable.

4. FACILITAR INFORMACIÓN NORMALIZADORA

La enfermedad mental debe recibir el mismo trato que cualquier otra enfermedad.

La enfermedad mental es una enfermedad más. Mostrar a las personas con enfermedad mental en situaciones normales y corrientes en la comunidad: hogar, trabajo, ocio, situaciones sociales. Presentar la enfermedad mental con naturalidad, al igual que se trata una gripe, un traumatismo o una discapacidad física. Ofrecer una imagen natural y verosímil. No establecer contraposiciones entre persona con enfermedad mental y persona normal. Hay sólo personas que tienen, o no tienen, una enfermedad.

5. MENOS COMPASIÓN, MÁS DERECHOS

Luchar por los derechos y los recursos, no despertar compasión.

Evitar una visión lastimera y que despierte compasión. No mostrar la enfermedad mental de forma dramática ni sensacionalista; no recurrir gratuitamente a aspectos emocionales que puedan despertar sentimientos de paternalismo, compasión, curiosidad morbosa, superprotección, distanciamiento, frivolidad, etc. Las personas con enfermedad mental tienen los mismos derechos que cualquier otra persona. Lo que necesitan son recursos adecuados para poder ejercer plenamente estos derechos.



6. DEJAR HABLAR A LOS PROTAGONISTAS

Potenciar la información individualizada y vivencial que pueden aportar las propias personas afectadas, como herramienta para crear una imagen positiva.

La proximidad y el conocimiento directo entre las personas ayuda a desmontar estereotipos y prejuicios negativos y falsos, ya que ayuda a ver más a la persona y menos la etiqueta. Las personas directamente afectadas han de participar por sí mismas y tener oportunidades de acercamiento a los medios, sin intermediarios ni intervención de terceros.

7. DESMONTAR FALSAS CREENCIAS MITOS O PREJUICIOS

No propagar y mantener prejuicios y falsas creencias de forma explícita ni sutil.

Romper con los conceptos que han acompañado tradicionalmente a la enfermedad mental. No recurrir a las antiguas ideas, creencias, mitos, prejuicios negativos o estereotipos sobre cómo es una persona con enfermedad mental. Muchas de las creencias que tiene la sociedad en general son incorrectas: la enfermedad mental no es un castigo, las personas que la padecen no tienen una doble personalidad, ni tienen por qué ser genios o artistas. No son individuos deshumanizados e irracionales, y tampoco son agresivos. Por supuesto, pueden trabajar, tener hijos... y recuperarse en gran medida de su enfermedad.

Se debe reflexionar y documentarse antes de reproducir estas falsas creencias.

8. ALEJAR LA ENFERMEDAD MENTAL DE LA CRÓNICA DE SUCESOS

Romper el falso vínculo violencia-enfermedad mental.

Una conducta violenta no puede justificarse sólo a causa de una enfermedad mental. Las personas con enfermedad mental tienen la misma probabilidad de cometer un acto delictivo que cualquier otra. Con un tratamiento integral y un entorno social y familiar adecuado pueden y deben vivir en la sociedad sin que esto suponga un problema para nadie.



No prejuizar ni relegar la causa de un acto violento o delictivo a una enfermedad mental porque muy pocas veces existe una sola causa que explique una conducta de este tipo. No omitir información relevante para entender el hecho, ya que puede dar una visión sesgada que fomente y mantenga prejuicios. Actuar de dos formas: o limitarse a describir los hechos directamente observables (sin aventurarse a prejuizar la causa del hecho a una enfermedad mental) o bien mostrar todas las circunstancias y las posibles causas, sin relegar la enfermedad como único factor.

9. CUIDAR EL LENGUAJE. NO ETIQUETAR

No estigmatizar a las personas con enfermedad mental con usos incorrectos de las palabras que las definen.

Las personas, sanas o enfermas, son ante todo personas. En muchos casos, la circunstancia de la enfermedad mental no es relevante para la información, entonces no hay motivo para citarla. Si hay que hacerlo, debe evitarse etiquetar a los individuos sustantivando su condición: 'un esquizofrénico', 'un depresivo', 'un anoréxico', etc. De la misma manera que difícilmente hablaríamos de 'un griposo', 'un canceroso' o 'un sidoso'. No hacer hincapié en las diferencias, sino en las similitudes entre la gente. Utilizar el lenguaje apropiado para representar a la enfermedad mental. No usar terminología psiquiátrica en un contexto distinto, y menos aún cuando ésta adquiere un sentido peyorativo.

10. RECORDAR QUE LA MAYORÍA DE LAS ENFERMEDADES MENTALES SON INVISIBLES

Ilustrar las informaciones sobre personas con enfermedades mentales con el material gráfico adecuado.

La mayoría de las enfermedades mentales no se perciben físicamente. Los medios recurren muchas veces a imágenes inadecuadas, que muestran síntomas externos de otras dolencias más 'visibles'. Esta práctica contribuye a mantener la confusión que existe entre diversas patologías. En la medida de lo posible debe aplicarse a la información gráfica todo lo indicado en los puntos anteriores, evitando imágenes extravagantes, que transmitan inquietud, aislamiento social, improductividad o que despierten compasión o rechazo.



11. PRESENTAR UNA IMAGEN REAL Y POSITIVA DE LAS MUJERES CON ENFERMEDAD MENTAL

Dar voz y protagonismo a las mujeres que tienen un trastorno mental.

Tradicionalmente, estas enfermedades se han visto como una ‘debilidad de carácter’, o una ‘culpa’, prejuicios que, en el caso de las mujeres, se aplican con más intensidad. A las mujeres con discapacidad parece negárseles por principio la posibilidad de ser esposas o compañeras, madres, profesionales... y se les tiende a tratar desde la compasión y el paternalismo.

Los medios de comunicación deben comprometerse en erradicar esta imagen errónea y dar a conocer la visión y las actividades de las mujeres con enfermedad mental.

12. CUIDAR ESPECIALMENTE LOS CONTENIDOS EN TEMAS DE SALUD MENTAL EN NIÑOS Y JÓVENES

No culpabilizar a familiares ni al propio niño o adolescente de los comportamientos provocados por la enfermedad.

Las noticias sobre enfermedades mentales en la infancia suelen tener un tratamiento inexacto. Por un lado, se tiende a culpabilizar a los familiares de la conducta del niño o del adolescente, o se atribuyen los síntomas de la enfermedad a un ‘carácter difícil’.

Por otro lado, en muchas ocasiones se presupone que los niños y adolescentes con tipo de trastornos no son capaces de realizar actividades como el resto de niños.

Por todo esto, es fundamental que el periodista consulte fuentes con demostrado rigor cuando se informa sobre este colectivo.



PROPUESTAS CONCRETAS

SÍ, POR FAVOR

SÍ Referirse a una persona diagnosticada con un trastorno mental como: **Persona con enfermedad mental / con problemas de salud mental.**

SÍ Referirse a una persona diagnosticada con un trastorno mental específico como: **Persona con/que tiene esquizofrenia, depresión, etc.**

SÍ Referirse a los centros de atención: **Centro de salud mental / centro de día / centro de rehabilitación.**

SÍ Referirse a los ingresos psiquiátricos como: **Ingreso hospitalario en...**

SÍ Contenidos que muestren **los logros y las capacidades del colectivo**: convivencia familiar, relaciones sociales, empleo, proyectos personales, etc.

SÍ Mencionar los problemas de salud mental en **la noticia solamente cuando sea necesario para entender correctamente el hecho**, especialmente cuando éstos puedan relacionarse con un hecho negativo.

SÍ En noticias relacionadas con sucesos violentos limitarse a **describir los hechos directamente observables** (sin aventurarse a prejuizar la causa del hecho a una enfermedad mental) o bien llegar a mostrar las posibles causas y circunstancias, **sin destacar la enfermedad como único factor.**

SÍ Señalar la falta de recursos y el derecho de las personas con enfermedad mental a recibir una atención adecuada, con la que es posible la recuperación.

SÍ Ilustrar las informaciones sobre salud mental con el **material gráfico adecuado: la mayoría de estas enfermedades son invisibles.**

SÍ **Fuera del contexto de salud**, describir situaciones, cosas o personas con **adjetivos como: caótico, irracional, extravagante, apasionado**, espectacular, triste, etc.

SÍ **Contar con la opinión** de los afectados, principalmente **de las personas con enfermedad mental y familiares.** Favoreciendo la presencia de mujeres, migrantes y otros colectivos en situación de exclusión social con enfermedad mental.

NO, GRACIAS

NO Términos ofensivos, inexactos y anticuados que perpetúan la ignorancia y conducen al estigma: **enfermo mental, trastornado, perturbado, psicópata, loco.**

NO Términos que etiquetan a los individuos sustantivando su condición: **esquizofrénico, depresivo, maniaco, anoréxico, psicótico.**

NO Términos anticuados u ofensivos: **manicomio, psiquiátrico.**

NO Términos inadecuados que contribuyen al estigma y la discriminación: **reclusión, internamiento, encierro...**

NO Incluir sólo noticias sobre **salud mental en relación a problemas, actos violentos**, y buscando **titulares morbosos y extravagantes.**

NO Mencionar los problemas de salud mental si éstos **no son relevantes para la correcta comprensión del hecho noticioso.**

NO **Omitir información o proporcionar información sesgada** que perpetúe falsos vínculos entre enfermedad mental y conductas violentas o ilegales.

NO Dar por hecho que **la enfermedad mental es incurable** y obviar **la falta de recursos** actual para que se produzca la recuperación.

NO Imágenes que transmitan **aislamiento social, improductividad o que despierten compasión o rechazo.** Imágenes de **otro tipo de discapacidades.**

NO Usar términos de ámbito médico como adjetivos en otros contextos: **esquizofrénico, paranoico, depresivo, anoréxico, etc.**

NO **Infravalorar el testimonio de las propias personas con enfermedad mental** como fuente de información imprescindible en cuestiones de salud mental.



PREGUNTAS Y RESPUESTAS SOBRE LA ENFERMEDAD MENTAL

Reconocer y entender lo que son las enfermedades mentales es un primer paso muy importante para romper tópicos y falsas creencias y reducir así los prejuicios y la estigmatización hacia las personas con enfermedad mental.

Ésta es una selección de preguntas generales que la sociedad suele plantearse. Para obtener más información y documentación no dude en ponerse en contacto con FEAFES y con las federaciones y asociaciones más cercanas a su población.

¿QUÉ ES UNA ENFERMEDAD MENTAL?

El límite entre enfermedad y salud mental no es un límite claro ni bien definido, y los criterios para designar a una persona como sana o enferma han variado según los distintos enfoques teóricos y a lo largo del tiempo, con lo que no hay un acuerdo general entre especialistas sobre cómo definir estos términos. Esto es comprensible debido a que aún no han podido demostrarse las causas concretas que producen cada uno de los diferentes trastornos mentales. La complejidad del cerebro humano implica una síntesis dinámica entre biología, genética, emociones, vivencias, cultura, condiciones personales y sociales, sin parangón con ningún otro órgano humano.

En cualquier caso, podemos definir un trastorno o enfermedad mental como una alteración de tipo emocional, cognitivo y/o del comportamiento, en que quedan afectados procesos psicológicos básicos como son la emoción, la motivación, la cognición, la conciencia, la conducta, la percepción, el aprendizaje, el lenguaje, lo cual dificulta a la persona su adaptación al entorno cultural y social en que vive y crea alguna forma de malestar subjetivo.

Por otro lado, estudios sobre salud mental consideran que salud y enfermedad mental no son condiciones que permitan definir a la una como la ausencia de la otra, sino que son un continuo en el que se reflejan diferentes grados o niveles de bienestar o deterioro psicológico. Se han tratado de identificar los componentes principales de la salud mental en factores como bienestar emocional, competencia, autonomía, aspiración, autoestima, funcionamiento integrado, adecuada percepción de la realidad, etc.



¿QUÉ TIPO DE ENFERMEDADES MENTALES EXISTEN?

Existen distintos tipos de enfermedades mentales, pero sigue habiendo algunos desacuerdos entre modelos. Sin embargo, actualmente se acepta el sistema de diagnóstico psiquiátrico propuesto por la American Psychiatric Association (DSM-IV-R), que distingue, entre otros: trastornos del estado de ánimo, trastornos psicóticos, trastorno de ansiedad, trastornos sexuales, trastornos de la personalidad, trastornos del sueño, trastornos de la conducta alimentaria y trastornos cognoscitivos.

Esta clasificación es muy similar a la de la Organización Mundial de la Salud, llamada CIE-10. (Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima Revisión), que brinda un marco conceptual basado en la etiología.

¿CUÁLES SON LAS CAUSAS DE LAS ENFERMEDADES MENTALES?

El trastorno mental no responde a modelos simples del tipo causa-efecto. Las causas de las enfermedades mentales son múltiples, y en algunos casos desconocidas. Se sabe que factores como alteraciones en la química del cerebro y otros mecanismos biológicos, predisposición genética, factores ambientales y culturales, lesiones cerebrales, consumo de sustancias, etc, pueden influir poderosamente en su aparición y curso, pero no se conoce con exactitud ni en qué grado impacta cada uno de estos factores, ni qué combinaciones se producen significativamente en cada caso.

¿PUEDO TENER YO UNA ENFERMEDAD MENTAL?

Todos tenemos probabilidades de padecer una enfermedad mental, al igual que ocurre con muchos otros tipos de enfermedades. De hecho, una de cada cuatro personas sufre un trastorno mental a lo largo de la vida. Aunque pueda haber personas con más predisposición genética que otras a padecerlos, los factores ambientales pueden afectar de forma determinante en la aparición de trastornos mentales, con lo que todos estamos expuestos a ello.

Aunque seguro que, en algún momento de nuestra vida, todos hemos experimentado sentimientos de tristeza, ansiedad, insomnio, etc. cabe destacar que estos síntomas se considerarán solamente un trastorno mental cuando provoquen un comportamiento social desajustado (es decir, un deterioro significativo social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo), causen un importante malestar subjetivo y sean persistentes en el tiempo.



¿LAS ENFERMEDADES MENTALES SE CURAN?

Para su curación o mejoría, las personas con una enfermedad mental necesitan tratamientos (farmacológicos, psicológicos, rehabilitadores y sociales) que se ajusten a sus características personales y se mantengan durante todo el tiempo que se requiera.

La detección y el diagnóstico precoz son fundamentales en el desarrollo de la enfermedad.

Hasta hace sólo unas décadas, muchas personas con enfermedades mentales pasaban la mayor parte de su vida ingresadas en centros asilares o encerrados en sus casas. Actualmente, estas personas son tratadas en el ámbito comunitario, y se pueden integrar en la sociedad gracias a un cambio de mentalidad y a los avances conseguidos en tratamientos.

Los tratamientos deben ser distintos según el tipo de enfermedad, y se deben diseñar intervenciones personalizadas para cada caso. Se tienen que combinar el tratamiento farmacológico con medidas de rehabilitación socio-laboral, psicoterapias y apoyo familiar. El apoyo psicoterapéutico es fundamental para afrontar los efectos de la enfermedad en su vida social, familiar y profesional.

Cabe destacar que un importante número de personas con una enfermedad mental no acude a recibir tratamiento, a causa de los escasos recursos destinados a este colectivo y la estigmatización que persiste sobre este tipo de enfermedades.

¿PUEDE UNA PERSONA CON ENFERMEDAD MENTAL LLEVAR UNA VIDA NORMALIZADA (TRABAJAR, FORMAR UNA FAMILIA, TENER RELACIONES SOCIALES, ETC.)?

Sí. Las personas con enfermedad mental son personas como cualquier otra: estudian, trabajan, tienen familia, hijos, amigos, ejercen sus derechos y obligaciones como ciudadanos. La enfermedad mental no supone ningún impedimento para poder llevar una vida normalizada y estar plenamente integrado en la sociedad.

El único rasgo que puede distinguir a este colectivo son los apoyos necesarios para favorecer su autonomía personal y una vida independiente. Entre ellos destacan los tratamientos integrales, personalizados y continuos, así como la eliminación de las barreras sociales (prejuicios, estigma...) que les impiden disfrutar y ejercer todos sus derechos.



¿CUÁL ES EL PAPEL DE LA FAMILIA EN EL TRATAMIENTO DE UNA ENFERMEDAD MENTAL?

Las familias ocupan un papel clave en el apoyo y cuidado de las personas con enfermedad mental. Se estima que en el caso de las personas con enfermedades mentales de mayor grado de discapacidad, el 80% conviven con su familia. Un ambiente familiar de apoyo, aceptación y con expectativas adecuadas hacia estas personas favorece su evolución y mejora.

Todo tratamiento integral debe tener en cuenta, no sólo la atención a la persona con enfermedad mental, sino también a sus familias y entorno más próximo. Sólo así se podrá mejorar la convivencia y los cuidados familiares y, consecuentemente, mejorará la salud de las personas con enfermedad mental.

Para ello la familia necesita información, asesoramiento y formación en los temas relacionados con las enfermedades mentales: tratamientos, estrategias específicas (comunicación, resolución de problemas...) y recursos existentes.

¿ES CIERTO QUE LAS ENFERMEDADES MENTALES CONDUCEN A ACTOS VIOLENTOS?

No. La idea de que la enfermedad mental está íntimamente relacionada con la violencia no tiene base científica.

No se puede decir que las personas con enfermedades mentales sean más agresivas ni tengan más probabilidades de cometer actos violentos ni delictivos que personas sin enfermedad mental. Las personas afectadas por una enfermedad mental rara vez son peligrosas para la sociedad en general. Las personas con trastornos mentales que ocasionalmente realizan conductas agresivas hacia ellos mismos (incluido el suicidio) o hacia el entorno familiar o social suelen, bien no estar en tratamiento, bien influyen otros factores (consumo de drogas, falta de contacto social, en situación de exclusión social...).

En realidad, es más probable que las personas con enfermedad mental sean víctimas de abusos y malos tratos, y vean vulnerados sus derechos. El tratamiento adecuado y la existencia de los recursos necesarios reducen al mínimo este tipo de situaciones, tanto bajo la forma de autoagresión, incluyendo el suicidio, como de actos violentos a terceras personas.



¿LA ENFERMEDAD MENTAL PROVOCA DISCAPACIDAD?

Sí. La discapacidad se define como el conjunto de las deficiencias en las funciones y estructuras corporales, de las limitaciones en la capacidad de llevar a cabo actividades y de las restricciones en la participación social del ciudadano. Por tanto, sí encontramos personas con discapacidad fruto de una enfermedad mental, puesto que su percepción, su estado de ánimo o sus comportamientos, debidos a la enfermedad, pueden impedirles realizar ciertas acciones.

De hecho, la “Ley de Promoción de Autonomía Personal y Atención a Personas en Situación de Dependencia” incluye a la enfermedad mental como una de las posibles causantes de discapacidad. Según datos del IMSERSO, el 10% de las personas con discapacidad lo son a causa de una enfermedad mental.

Sin embargo, con el tratamiento integral adecuado muchas personas con enfermedad mental pueden mantener su autonomía y sus capacidades personales, y no presentan una situación de dependencia. Es necesario para ello potenciar todas las acciones de promoción de su autonomía e independencia personal.

El funcionamiento y la discapacidad, asociados con las condiciones de salud, se clasifican en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, conocida como CIF.

¿QUÉ DIFERENCIA HAY ENTRE UNA ENFERMEDAD MENTAL Y UNA DISCAPACIDAD INTELECTUAL?

La discapacidad intelectual se caracteriza por un funcionamiento intelectual significativamente inferior a la media, que coexiste junto a limitaciones en dos o más de las siguientes habilidades: comunicación, cuidado propio, vida en el hogar, habilidades sociales, uso de la comunidad, autodirección, salud y seguridad, contenidos escolares funcionales, ocio y trabajo. La discapacidad intelectual se manifiesta antes de los 18 años de edad.

Así pues, las diferencias estriban principalmente en que la enfermedad mental no supone un menor funcionamiento intelectual y pueden manifestarse a lo largo de toda la vida.



MITOS Y REALIDADES DE LA ENFERMEDAD MENTAL

MITO

“La enfermedad mental es siempre irreversible”.

La enfermedad mental...
“es un castigo o culpa de la persona o los familiares”, “es hereditaria”,
“es contagiosa”.

“Las personas con enfermedad mental no pueden convivir con el resto”.

“Las personas con enfermedad mental son violentas”.

“No se puede ayudar a las personas con enfermedad mental”.

“La enfermedad mental supone menor grado de inteligencia”.

“Las personas con enfermedad mental no pueden trabajar”.

“Todas las personas con enfermedad mental son genios o artistas”.

REALIDAD

Con el tratamiento adecuado las personas con enfermedad mental pueden recuperarse plenamente.

La enfermedad mental se debe a un conjunto de factores biológicos, psicológicos y sociales, y en ningún caso es culpa de la propia persona o de su familia.

El 88% de las personas con enfermedad mental vive con sus familias. Estos trastornos no tienen por qué impedir una vida normalizada y deben atenderse dentro del entorno habitual de la persona.

La enfermedad mental no provoca actitudes violentas. Sólo el 3% de las personas con enfermedad mental comete actos violentos por culpa de su enfermedad, cuando no reciben el tratamiento adecuado.

Los familiares y amigos de la persona con enfermedad mental pueden apoyar su recuperación y deben formar parte del tratamiento. La sociedad debe comprender y aceptar estas enfermedades como cualquier otra.

Las personas con enfermedad mental no presentan menor capacidad intelectual.

Muchas personas con enfermedad mental trabajan, aunque gran parte del colectivo denuncia discriminación laboral.

Las personas con enfermedad mental, como las de cualquier otro colectivo, no tienen por qué destacar en ningún campo artístico.



DEFINICIONES DE ENFERMEDADES MENTALES⁶

ANOREXIA NERVIOSA Y BULIMIA

La anorexia nerviosa es un trastorno de la conducta alimentaria caracterizado por un rechazo a mantener un peso corporal mínimo, un miedo intenso a ganar peso y en una alteración significativa de la percepción de la forma y tamaño del cuerpo.

Por su parte, la bulimia es un trastorno alimentario que se caracteriza por episodios recurrentes de ingestión excesiva de alimentos, acompañados de una sensación de pérdida de control y auto-rechazo. Posteriormente, la persona utiliza diversos métodos, tales como vomitar, el ejercicio excesivo o consumir laxantes, para evitar aumentar de peso. Se desconocen las causas exactas de estas dos enfermedades. Ambas disponen de tratamientos.

ANSIEDAD

Es un trastorno caracterizado por sentimientos de aprehensión o miedos, al menos durante más de 6 meses, de preocupaciones excesivas y desproporcionadas ante situaciones reales de la vida, y acompañadas, según los casos, de irritabilidad, inquietud o impaciencia, dificultad para concentrarse, fatiga, tensión muscular, dificultad en conciliar el sueño.

Las personas con un trastorno de ansiedad sienten en ocasiones una importante desmoralización que puede dar lugar a síntomas depresivos. La detección precoz de los trastornos ansiosos y su tratamiento apropiado pueden evitar estas complicaciones.

Los trastornos de ansiedad afectan en torno al 5% de la población general, siendo el trastorno de ansiedad generalizada el más frecuente en atención primaria. Es más frecuente en el sexo femenino y su momento de aparición suele ser la edad adulta. Su curso suele ser variable, pero en general tiende a ser fluctuante y crónico, con fases de mejoría y empeoramiento que generalmente se relacionan con situaciones de estrés ambiental.

⁶ Datos de prevalencia de las enfermedades en España extraídos de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud.



DEPRESIÓN

Los sentimientos de depresión se pueden describir como sentirse triste, melancólico o infeliz. La mayoría de las personas se siente de esta manera alguna vez durante períodos cortos, pero la verdadera depresión clínica es un trastorno del estado de ánimo en el que los sentimientos de tristeza, pérdida, ira o ansiedad interfieren en la vida diaria durante un periodo prolongado. Puede aparecer en cualquier edad, aunque es especialmente frecuente en la adolescencia. La depresión se diagnostica más en mujeres que en hombres. Una de cada 5 mujeres y uno de cada 10 hombres sufren depresión alguna vez, aunque ellos parecen buscar ayuda con menor frecuencia.

La depresión suele empezar tras un evento estresante o una vida infeliz: la muerte de una persona cercana, una desilusión importante, dolor prolongado o una enfermedad grave, consumo excesivo de alcohol o drogas, estrés crónico, maltrato o rechazo en la infancia, aislamiento social (común en las personas mayores), deficiencias nutricionales o problemas de sueño.

Son variados los síntomas y cada persona los muestra de forma diferente, como la dificultad para conciliar el sueño o exceso de sueño, cambios importantes en el apetito, fatiga, sentimientos de inutilidad y culpa inapropiados, dificultad extrema para concentrarse, inquietud e irritabilidad, falta de interés y placer, tristeza profunda e inmotivada, pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, sentimientos de impotencia, desesperanza, abandono y llanto incontrolable.

Se puede dar en varios miembros de una familia, posiblemente por herencia, comportamiento aprendido, o ambos, e incluso por una predisposición genética.

Es una de las enfermedades mentales más comunes y existen tratamientos muy efectivos. La terapia más efectiva es una combinación de medicamentos antidepresivos y psicoterapia. Para la depresión leve, el asesoramiento y las medidas de cuidados personales sin fármacos pueden ser suficientes. El apoyo, la información y asesoramiento a la familia y allegados favorece la situación de estas personas.

ESQUIZOFRENIA

Es un trastorno mental que puede dificultar a la persona a diferenciar entre experiencias reales e irreales, pensar de manera lógica, dominar y tener respuestas emocionales ajustadas, tomar decisiones y relacionarse con los demás. Estas circunstancias le pueden llevar al retraimiento social y a la pérdida de aptitudes ya aprendidas.



La Esquizofrenia se manifiesta de forma diversa en cada persona a través de oír o ver cosas que no existen (como voces en su cabeza), tener miedo o creer en cosas que no ocurren en la realidad (que alguien le persigue, que tiene poderes especiales, que la gente habla de él/de ella...), estar convencidos de que les roban o controlan lo que piensan, no expresar sus sentimientos, aislarse, mostrarse apáticos, descuidados en su aspecto y sus tareas cotidianas o con comportamientos incomprensibles para los demás en su medio familiar, social o laboral. Estos síntomas no siempre están presentes todos, y en otras ocasiones pueden aparecer combinados.

Un 1% de la población mundial desarrollará esquizofrenia en algún momento de su vida. Se ha hallado este trastorno en todas las razas, en todos los países en el que se han realizado estudios, en todas las clases sociales, en hombres y mujeres.

Por lo general, la enfermedad se desarrolla lentamente durante meses e incluso años. Suele comenzar en la adolescencia (entre los 17 y 30 años en el hombre y entre los 20 y 40 años en la mujer). No existe una causa única que la provoque.

Cuando se realiza el diagnóstico y el tratamiento de forma individualizada y continuada, aumentan las posibilidades de mejora y recuperación. Los mejores resultados se encuentran cuando se utilizan de forma conjunta tratamientos farmacológicos, psicológicos (apoyo continuado, terapias cognitivas), rehabilitadores, psicoeducativos y de apoyo social. El apoyo, formación y asesoramiento a la familia y allegados, los programas de apoyo comunitario y servicios de integración laboral son esenciales para la integración efectiva en la comunidad.

FOBIA

Es un trastorno caracterizado por la aparición de un temor irracional muy intenso y angustiante a determinadas personas, cosas o situaciones, lo que suele dar lugar a comportamientos de evitación. Hay tipos diferentes, según el objeto causante: fobia social (a situaciones sociales), agorafobia (a sitios abiertos) o claustrofobia (a sitios cerrados o de donde es difícil salir), fobia a ciertos animales, etc. Existen tratamientos psicoterapéuticos eficaces.

TRASTORNO BIPOLAR

Es una enfermedad mental del estado de ánimo que tiene períodos cíclicos de excitabilidad o manía (pueden durar de días a meses) y fases de depresión. Los cambios entre períodos pueden ser muy abruptos y algunas veces las dos fases se solapan. La fase de excitabilidad puede caracterizarse por comportamientos de euforia, hiperactividad, autoestima desproporcionada, compromiso exagerado en las



actividades, comportamientos precipitados. Mientras que la fase depresiva puede suponer tristeza permanente, sentimiento de desesperanza, ansiedad, culpa y falta de valor, fatiga y desgana, trastornos del sueño, pensamientos frecuentes acerca de la muerte, dificultad para concentrarse, aislamiento social, pérdida de la autoestima. Existe un alto riesgo de suicidio: se estima que lo intenta la mitad de las personas diagnosticadas.

Se calcula que el 0'5% de la población española tiene esta enfermedad, que afecta por igual a hombres y mujeres, y generalmente aparece entre los 15 y 25 años. Está provocada por alteraciones en las áreas del cerebro que regulan el estado de ánimo, aunque la causa se desconoce.

Los medicamentos estabilizadores del estado de ánimo que ayudan a controlar los síntomas deben ir acompañados con tratamiento de apoyo psicológico. Como en toda enfermedad mental, la información, formación, apoyo y asesoramiento a las familias y allegados deben formar parte de la actuación de los recursos que atienden a estas personas.

TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD

Es un trastorno neurobiológico, con base genética provocado por un desequilibrio significativo de algunos de los transmisores del cerebro. Algunos síntomas se relacionan con la hiperactividad, impulsividad y la falta de atención, manifestándose de forma diversa, según la persona afectada.

Se calcula que el número de afectados supera el 5% de la población infantil y juvenil.

El diagnóstico precoz y el tratamiento integral y multidisciplinar ayudan a minimizar el trastorno y a evitar problemas de aprendizaje, abandono escolar, desajustes emocionales...

TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

Puede ocurrir a cualquier edad y se desarrolla después de un evento traumático que causa pavor, impotencia u horror extremo, como pueden ser la guerra, una agresión física o sexual, un encarcelamiento, accidentes graves, un atentado terrorista o un desastre natural. Se puede presentar inmediatamente o tras más de seis meses después del evento. Las causas del trastorno se desconocen, aunque hay factores psicológicos, genéticos, físicos y sociales que pueden contribuir. El tener un buen apoyo social ayuda a protegerse ante la aparición de este trastorno.



Son múltiples y diversos los síntomas, como "revivir" de forma repetitiva el evento, sentimientos de despreocupación e indiferencia, incapacidad para recordar aspectos importantes del trauma, disminución en la expresión de estados de ánimo, aislamiento, irritabilidad, sentimientos de culpa, síntomas físicos relacionados con la ansiedad y estrés.

TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

Se manifiesta en casi todas las áreas del funcionamiento de la persona y sus características más destacadas son la impulsividad y la intensidad en las respuestas emocionales, la inestabilidad en el estado de ánimo y en las relaciones interpersonales.

Su inicio suele coincidir con la adolescencia e inicio de la vida adulta. No se puede establecer una causa-efecto, porque la enfermedad se desarrolla por una combinación de aspectos biológicos y ambientales.

Las personas con trastorno límite de la personalidad presentan una gran variedad de síntomas, entre ellas: frecuentes y repentinos cambios en el estado de ánimo (inestabilidad afectiva), relaciones interpersonales intensas e inestables que alternan entre los extremos de idealización y la devaluación; sentimientos crónicos de vacío, soledad y aburrimiento, predisposición a actuar de forma impulsiva sin valorar las consecuencias, incesante búsqueda de la identidad.

El tratamiento debe ser multidisciplinar, adaptado a las características particulares de cada persona, incluyendo psicoterapia individual, terapia en grupo específica, apoyo y asesoramiento a familiares, tratamiento farmacológico y atención médica.

Los estudios indican que entre el 1% y el 2% de la población general podría estar afectada de Trastorno Límite de la Personalidad.

TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO

Es un trastorno de ansiedad caracterizado por la presencia de obsesiones (ideas y pensamientos de carácter persistente que el individuo reconoce como intrusas y absurdas), y que la persona intentará mitigar con las compulsiones (comportamientos o actos mentales de carácter recurrente). Por ejemplo, el caso de las personas que siempre sienten que tienen las manos sucias y se las lavan demasiado frecuentemente. Existen tratamientos, de efectividad variable.



EL MOVIMIENTO ASOCIATIVO FEAFES

La *Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES)* es la entidad social de ámbito estatal, constituida en 1983, representativa de las personas con enfermedad mental y sus familiares. En la actualidad reúne a más de 200 entidades y más de 41.000 familias en todo el territorio nacional.

La misión de FEAFES es la mejora de la calidad de vida de las personas con enfermedad mental y de sus familias, la defensa de sus derechos y la representación del movimiento asociativo.

FEAFES se considera como una organización líder en Salud Mental y como el movimiento asociativo que reúne a las personas con enfermedad mental y sus familias, así como a las asociaciones en que se organizan, estimulando un modelo de atención de base comunitaria, generando mecanismos de normalización. Por lo tanto, se reconoce como un movimiento de acogida, apoyo, autoayuda, de atención y de representación de las personas con enfermedad mental y sus familias, que proyecta interna y externamente un discurso normalizador de la enfermedad mental.

Una de las principales acciones de las entidades miembro de FEAFES es exigir la adecuada atención sanitaria y social de las personas con enfermedad mental y sus familiares, en favor de su rehabilitación, reinserción social e integración laboral, puesto que consideran que los medios para llevar adelante las terapias psicosociales necesarias para lograr una efectiva autonomía de las personas afectadas por una enfermedad mental son todavía insuficientes.

FEAFES asume ser portavoz y representante de las entidades miembro, lo que supone lograr canales de participación, comunicación y acercamiento a las demás entidades para la consecución de sus objetivos de interés general, además de colaborar con las distintas Administraciones Públicas en la redacción de las normativas que afectan al colectivo, y participar en la programación de los recursos dedicados a la salud mental.

Por tanto, FEAFES exige las condiciones adecuadas para el ejercicio pleno de los derechos de las personas con enfermedad mental y sus familias, reconociendo de forma diferente necesidades y expectativas distintas, desde el respeto y defensa de la individualidad. En todas estas acciones se busca promover la capacidad de las personas para decidir sobre su vida, consiguiendo la máxima autonomía y capacidad propia individual.



Además, el movimiento asociativo FEAFES promueve la sensibilización social hacia las personas afectadas con enfermedad mental, favoreciendo una actitud abierta a todas las personas y entidades que conforman el entorno de la salud mental. Asimismo, estimula la investigación sobre este tipo de enfermedades y su prevención.

Las entidades miembro ofrecen la experiencia y capacidad de sus miembros para colaborar activamente con los tratamientos psicosociales y psicoeducativos, y otras acciones que garantizan la adecuada atención sanitaria y social de estas personas, con el objetivo de conseguir su rehabilitación, reinserción social e integración laboral. Esto se consigue con programas de atención domiciliaria y de respiro familiar, con la puesta en marcha de centros de rehabilitación, centros de empleo, etc, siempre coordinados con la red de asistencia pública.

CONFEDERACIÓN ESPAÑOLA DE AGRUPACIONES DE FAMILIARES Y PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL (FEAFES)

*C/ Hernández Mas, 20-24
28053 Madrid
Tel: 91 507 92 48
www.feafes.com
E-mail: feafes@feafes.com*

CENTRO ESPAÑOL DE INFORMACIÓN Y FORMACIÓN SOBRE LA ENFERMEDAD MENTAL (CEIFEM)

*Tel: 902 131 067
E-mail: ceifem@feafes.com*

ENTIDADES AUTONÓMICAS CONFEDERADAS

ANDALUCÍA

FEAFES - ANDALUCÍA

*Avda. de Italia, 1 -bl 1 - local
41012 - Sevilla
Teléfono: (954) 23 87 81
Fax: (954) 23 87 81
E-mail: feafesandalucia@feafesandalucia.org
Web: www.feafesandalucia.org*

ARAGÓN

FEAFES - ARAGÓN

*C/ Ciudadela. Pabellón de Santa Ana - Parque de las Delicias
50017 - Zaragoza
Teléfonos: (976) 53 25 05 / (976) 53 24 99
Fax: (976) 53 25 05
E-mail: asapme@public.ibercaja.es*



PRINCIPADO DE ASTURIAS

AFESA - ASTURIAS - FEAFES

*Ctra. de Rubín, s/n - Recinto hospital psiquiátrico, edificio unidad Aramo, 1º planta
33011 Oviedo - Asturias*

Teléfonos: (985) 11 51 42 / (985) 11 39 19

Fax: (985) 11 39 19

E-mail: afesasturias@gmail.com

Web: www.afesasturias.org/

ISLAS BALEARES - ILLES BALEARS

FEBAFEM

C/ de la Rosa, 3 - 3º (Casal Ernest Lluch)

07003 Palma de Mallorca - Baleares

Teléfono: (971) 71 40 17

Fax: (971) 71 40 17

E-mail: febafem@telefonica.net

CANARIAS

FEAFES - CANARIAS

Avda. de la Feria, 42 - Local 2

35012 - Las Palmas de Gran Canaria

Teléfono: (928) 42 08 63

Fax: (928) 42 08 63

E-mail: feafescanarias@yahoo.es

Web: www.feafescanarias.org

CANTABRIA

ASCASAM

Pasaje del Arcillero, 3 - bajo

39001 Santander - Cantabria

Teléfonos: (942) 36 41 15 / (942) 36 33 67

Fax: (942) 36 33 67

E-mail: sede@ascasam.org

Web: www.ascasam.org

CASTILLA-LA MANCHA

FEAFES - CLM

Ronda de Buenavista, 15 - planta 1ª, oficina 3

45005 - Toledo

Teléfono: (925) 28 43 76

Fax: (925) 28 32 60

E-mail: info@feafesclm.com

Web: www.feafesclm.com

CASTILLA Y LEÓN

FEAFES - CASTILLA Y LEÓN

C/ San Blas, 14 - Entreplanta derecha.

47003 - Valladolid

Teléfonos: (983) 30 15 09 / (605) 24 88 69

Fax: (983) 30 15 09

E-mail: feafescyl@feafescyl.org

Web: www.feafescyl.org/



CATALUÑA - CATALUNYA

FECAFAMM

C/ Berguedà, 9-11 - Entl. 3º

08029 Barcelona

Teléfono: (93) 272 14 51

Fax: (93) 272 13 65

E-mail: federacio@fecafamm.org

Web: www.fecafamm.org

CIUDAD AUTÓNOMA DE CEUTA

ASOCIACIÓN CEUTÍ DE FAMILIARES DE ENFERMOS PSÍQUICOS

(ACEFEP)

c/ Sargento Coriat, 5 - 2º B

51001 Ceuta

Tel: 956 51 63 28

EXTREMADURA

FEAFES - EXTREMADURA

Ctra. del puerto, s/n - recinto Valcorchero. Pabellón 9

10600 Plasencia - Cáceres

Teléfono: (927) 41 51 28

Fax: (927) 41 51 28

E-mail: feafesextremadura@yahoo.es

Web: www.feafesextremadura.org

GALICIA

FEAFES - GALICIA

Rúa Galeras 13 - 1º, Ofic. 1 Y 3

15705 Santiago de Compostela - A Coruña

Teléfono: (981) 55 43 95

Fax: (981) 55 48 52

E-mail: feafesgalicia@feafesgalicia.org

Web: www.feafesgalicia.org

COMUNIDAD DE MADRID

FEMASAM

C/ Manuel Fernández Caballero, 10 - local

28019 - Madrid

Teléfono: (91) 472 98 14

Fax: (91) 471 98 40

E-mail: femasam@femasam.org

Web: www.femasam.org

CIUDAD AUTÓNOMA DE MELILLA

AMELFEM

Gral. Astilleros, Edif. Severo Ochoa, 5-2-5

52006 - Melilla

Teléfono: (952) 67 39 80

E-mail: falampa@telefonica.net / wuan_8@hotmail.com



REGIÓN DE MURCIA

FEAFES - REGIÓN DE MURCIA

C/ Cigarral, 6 - bajo

30003 - Murcia

Teléfonos: (968) 23 29 19 / (968) 90 75 85

Fax: (968) 90 75 85

E-mail: info@feafesmurcia.com

Web: www.feafesmurcia.com

COMUNIDAD FORAL DE NAVARRA

ANASAPS

C/ Río Alzania, 20 - trasera

31006 Pamplona - Navarra

Teléfono: (948) 24 86 30

Fax: (948) 24 03 36

E-mail: anasaps@anasaps.org

Web: www.anasaps.org

PAÍS VASCO - EUSKADI

FEDEAFES

C/ Tres cruces, 5 - bajo

01400 Llodio - Álava

Teléfono: (94) 406 94 30

Fax: (94) 403 04 91

E-mail: fedeafes@yahoo.es

Web: www.fedeafes.org

LA RIOJA

ARFES - PRO SALUD MENTAL

C/ Cantabria, 33 - 35

26004 Logroño - La Rioja

Teléfonos: (941) 23 62 33 / (941) 26 16 74

Fax: (941) 23 86 94

E-mail: arfes@arfes.org

Web: www.arfes.org

COMUNIDAD VALENCIANA - COMUNITAT VALENCIANA

FEAFES CV

C/ Ribera, 14 - 5º, Pta. 9, despacho C

46002 - Valencia

Teléfono: (96) 353 50 65

Fax: (96) 353 50 65

E-mail: feafescv@gmail.com

Web: www.feafescv.org



FEAFES

CONFEDERACIÓN ESPAÑOLA DE
AGRUPACIONES DE FAMILIARES Y
PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL

www.feafes.com