

A PROBLEMÁTICA SOCIAL DOS CIDADÁNS CUNHA ENFERMIDADE MENTAL NA PROVINCIA DE OURENSE

Luis Rodríguez Carmona

*Traballador Social no Servizo de Pediatría, Atención Temperá, Saúde Mental
Infanto- Xuvenil, Xinecología e Obstetricia da Área Sanitaria de Ourense*

luis.rodriguez.carmona@sergas.es

RESUMO

Nas últimas décadas conseguíronse importantes avances para as nosas sociedades en materia de dereitos humanos, sociais ou sanitarios.

Os devanditos logros con todo non foron estendidos a toda a poboación, persiste unha subclase social englobada por cidadáns cunha enfermidade mental (EM) que se atopan excluídos dos devanditos progresos.

As persoas enfermamos e recuperámonos en sociedade, o actual discurso hexemónico biomédico e as políticas neoliberais desprezan a fragilidade do ser humano como ser social que é. Este traballo de investigación veu a corroborar na provincia de Ourense a dificultade social para proporcionar toda a comprensión, as oportunidades inclusivas e o respecto indispensable que lle permita ao cidadán cunha EM unha adecuada recuperación persoal e inclusión en sociedade.

PALABRAS CLAVE

Enfermedad Mental- Derechos e Libertades- Políticas Socio-Sanitarias Exclución Social- Provincia de Ourense

RESUMEN

En las últimas décadas se han conseguido importantes avances para nuestras sociedades en materia de derechos humanos, sociales o sanitarios.

Dichos logros sin embargo no han sido extendidos a toda la población, persiste una subclase social englobada por ciudadanos con una enfermedad mental (EM) que se encuentran excluidos de dichos progresos.

Las personas enfermamos y nos recuperamos en sociedad, el actual discurso hegemónico biomédico y las políticas neoliberales desprecian la fragilidad del ser humano como ser social que es.

Este trabajo de investigación ha venido a corroborar en la provincia de Ourense la dificultad social para proporcionar toda la comprensión, las oportunidades inclusivas y el respeto indispensable que le permita al ciudadano con una EM una adecuada recuperación personal e inclusión en sociedad.

PALABRAS CLAVE

Enfermedad Mental-Derechos y Libertades-Políticas Socio-Sanitarias Exclución Social- Provincia de Ourense.

ABSTRACT

Significant progress has been made for our societies in human, social or health rights in recent decades. These achievements, however, have not been extended to the entire population; there is still a social subclass comprising citizens with a mental illness (MS) who are excluded from such progress. People get sick and recover in society, the current biomedical hegemonic discourse and neoliberal policies have despised the fragility of the human being as a social being. This research work has come to corroborate in the province of Ourense the social difficulty to provide full understanding, the inclusive opportunities and the indispensable respect that will allow the citizen with an MS an adequate personal recovery.

KEY WORDS

Mental Disease-Rights and Freedoms - Socio-Medical Policies - Social Exclusion - Province of Ourense

1.—INTRODUCCIÓN

En xuño do 2017 o Relator Especial de Nacións Unidas presentou un informe ao Consello de Dereitos Humanos da ONU. O tema 3 da axenda referíase á promoción e a protección de todos os dereitos humanos, civís, políticos, económicos, sociais e culturais, incluído o dereito ao desenvolvemento (1).

O informe focalizaba o interese sobre o dereito de toda persoa a gozar do máis alto nivel posible da súa saúde física e mental, o cal contribuíu a xerar un profundo debate sobre o estado actual da saúde mental a nivel mundial.

Por primeira vez, unha institución mundial puña no disparadeiro o actual paradigma biomédico que vértebra a saúde mental e que afecta directamente os dereitos humanos das persoas cun problema de saúde mental.

A pesar, de que no ano 2006 coa aprobación da Convención sobre os Dereitos das Persoas con Discapacidade críase por en marcha o cambio do paradigma mencionado, os estados membros (entre eles España) non mostraron apenas interese por actualizar as lexislacións para poder dignificar, adecuar, igualar e dotar de oportunidades a vida destes cidadáns.

Este traballo empírico, sitúase no marco social da provincia de Ourense.

A hipótese principal pretende averiguar en que situación de vulnerabilidade social e de falla de oportunidades atópanse os cidadáns cunha EM na provincia de Ourense. Preténdese coñecer co traballo de investigación a raíz e o perfil social do suxeito excluído. Como exclusión social, seguindo a Robert Castel (2) non empregarei como ben indica o autor o termo dunha maneira xeneralizada, “*estar totalmente illado ou fóra da sociedade*” (Castel, 2014, p. 17). Senón, que é necesario como sinala coñecer a situación de desafiliación social que lle impide a estes cidadadáns a súa participación plena en sociedade. ¿Cales son as situacións que o limitan ou os sitúan nunha sub-clase social?. Para elo, o relato do propio afectado e mailo que ditamina o informe do relator especial de Nacións Unidas permitirá coñecer se no contexto social, sanitario, económico ou político no que se atopan enmarcados este colectivo se garanten os seus dereitos constitucionais.

Non se atoparon estudos similares onde o punto de partida e eixo central do investigador se concentre no cidadán cunha diversidade funcional en saúde mental. Hai que considerar que o marco social no que se move un cidadán

cunha EM está condicionado por multitude de circunstancias, na maioría das ocasións estas son alleas ás súas opinións ou decisións.

É un cidadán condicionado por unha dubidosa certeza das orixes do seu sufrimento sobre o que lle ocorre para que a súa disfuncionalidade apareza. As respostas atópaas a través do profesional da saúde mental o cal está á súa vez condicionado pola limitación do seu saber científico. Con todo, éste terá gran influencia no presente e no futuro do suxeito afectado que ademais:

- Está condicionado pola limitación persoal que en ocasións impoñeralle a enfermidade e que precisará de xente próxima a él, sen apenas coñecementos do que lle ocorre pero que decidirá que é o que máis lle convén e o que non lle convén.
- Está condicionado polas políticas sociais que con carácter xeral, considerárono un cidadán relegado no que os investimentos económicos foron e seguen sendo escasos na dirección dunha verdadeira inclusión social.
- Está condicionado por unha lexislación que arrastra unha tendencia punitiva e limitadora en lugar dun espírito de xustiza social. Esta situación atemorízao e menoscaba os seus dereitos constitucionais con máis facilidade que ao resto da poboación.
- Está condicionado pola falla de comprensión social, de adaptabilidade e de oportunidade dun mercado laboral que é unicamente sensible co modelo capitalista máis desigualitario da historia moderna.
- Está condicionado polo descoñecemento que a sociedade ten das súas dificultades e cómo ese afastamento da comprensión, da solidariedade provoca que aflore un receo sobre o diferente ou o sospeitoso.
- Está condicionado pola súa dependencia económica dos demais, porque na maioría das ocasións non se lles outorga a oportunidade de vivir de maneira independente, con certo acomodo e con liberdade individual.
- Está condicionado por que só él e aqueles que transitan polo mundo da tolemia son coñecedores do calibre dunha tortura interna.

É polo tanto o **descoñecemento** unha seña de identidade, a cal se presenta sen avisar un determinado día, condicionando aspectos vitales tanto internos como externos da persoa en sociedade.

A hexemonía do discurso bioloxicista impera con tal fortaleza no mundo que actualmente nin as recomendacións da OMS (Organización Mundial da

Saúde) acerca da importancia dos factores sociais o psicolóxicos na atención á saúde mental impediu a corrente imparable deste modelo.

Na nosa terra, en particular en seguindo a Cubeiro (2009, p.120) “non existe en Galicia unha socioloxía médica da complexidade da EM, nin tampouco se elaborou unha historia do sistema médico e psiquiátrico”.

Hoxe resulta incuestionable a profunda crise da psiquiatría, parece que é esixible abrir un profundo debate da revisión do concepto de enfermidade mental, analizar o distanciamento establecido entre a comunidade científica e o doente polo posicionamento acerca da propia identidade da psiquiatría.

2.—A REFORMA OU A DESINSTITUCIONALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA EN ESPAÑA

A psiquiatría, tradicionalmente comportouse como un servizo para exercer o poder, como unha ferramenta dun saber represivo. Antes da súa aparición na sociedade existía por entón unha relación e unha comunicación entre home tolo-home-cordo. A aparición do alienismo como o intento para cinguir a tolemia ao terreo médico tomou ao manicomio como lugar para a súa praxe. Así, o asilo medieval onde convivían pobres, malos e delincuentes derivou durante a ilustración francesa no hospital psiquiátrico, onde o alienismo non só clasificou a tolemia senón que pretendeu unha intervención sobre a mesma a través dunha tecnoloxía que articulou de distintas maneiras o coidado e a coerción (Rodríguez, A. 1995 e 1996). Os movementos da reforma psiquiátrica oscilaron entre as posicións que propugnaban a desaparición do manicomio e aquelas outras que crían na necesidade de transformalo (Foucault, 1961).

En todo caso, e seguindo a Ramón Área (2014 e 2018):

“Durante a segunda metade do século XX existiu un consenso en canto aos efectos deletéreos da institución para as persoas internadas durante períodos moi prolongados das súas vidas.

Así, con diferenzas importantes, a maioría dos países europeos promoveron a través de diferentes lexislacións, cambios nos sistemas de asistencia á saúde mental. Polo xeral incluíndo polo menos dous aspectos: a necesidade de incluír a saúde mental como unha prestación máis nos sistemas nacionais de saúde e o deseño e a posta en marcha dun sistema de atención non centrado no hospital psiquiátrico e si cunha orientación comunitaria”.

España tivo que esperar ata os anos oitenta a que a reforma psiquiátrica puidese incluírse na axenda das políticas sociais dun goberno democrático.

A incorporación da muller no mundo sanitario dotou dunha sensibilidade a un modelo asistencial caracterizado polo autoritario. Ata entón, a atención aos cidadáns cunha EM en España era deplorable, caracterizábase por albergar edificios illados da sociedade, con masificación de pacientes, importantes deficiencias nos seus coidados, con ausencia de profesionais e vulnerando continuamente dereitos humanos.

En Galicia, o panorama actual é o dunha psiquiatría parcialmente transformada na que perviven non soamente o hospital psiquiátrico senón que as praxes que o caracterizaban, o funcionamento institucional, perfunde en maior ou menor medida algunhas das novas estruturas creadas (unidades de rehabilitación, pisos protexidos, centros de día...). Corenta anos despois do inicio da reforma convertéronse en dispositivos atrasados e iatrogénicos, con moitas dúbidas acerca da necesidade de promovelos e financiarlos a través das políticas asistenciais. Con carácter xeral, non reflicten algo en positivo (o avance, o alcanzado, o conseguido) senón que, pola contra, dan conta do negativo, do que falla, do máis esencial: o abandono dun verdadeiro proxecto asistencial comunitario. O hospital psiquiátrico pervive actualmente baixo un modelo caduco e paternalista. Son multitude os profesionais da saúde mental que nos últimos anos promoven públicamente que a rehabilitación ou a recuperación do suxeito débese facer exclusivamente na comunidade.

3.—METODOLOXÍA

3.1.—Finalidade do traballo

O propósito do traballo é coñecer cal é a problemática social do cidadán cunha EM (psicose) na provincia de Ourense. Segundo se desprende do informe especial do relator de Nacións Unidas ou da bibliografía consultada, a situación de desvantaxe social do cidadán con EM respecto ao resto da cidadanía é unha realidade perfectamente constatable na nosa sociedade.

3.2.—Contexto social do traballo

O estudo de investigación realizouse na provincia de Ourense. O ámbito territorial na provincia de Ourense abarca unha única área sanitaria integrada con tres hospitais (Hospital de Valdeorras, Hospital de Verín e Complexo Hospitalario Universitario Ourense), así como a todos os centros de saúde dos 92 municipios da provincia. Segundo Saúde Mental FEAFES-Galicia na súa memoria anual do ano 2018, había 61.000 persoas cun certificado de discapacidade en Galicia. A Consellería de Política Social, matiza sen embar-

go que son 50.603. O certo é que non existe un censo sanitario que permita coñecer con certa exactitude o verdadeiro alcance en cifras da enfermidade mental en Galicia.

3.3.—Descrición dos recursos asistencial obxecto do traballo

Dispositivos asistenciais obxecto do traballo de investigación en Ourense:

- Unidade de Saúde Mental da cidade de Ourense (USM).
- Hospital de Rehabilitación Psiquiátrica de Piñor (UHRP).
- Pisos supervisados do Complexo Hospitalario de Ourense.
- Unidade Residencial Troncoso.
- Unidade Residencial Morea.
- Centro de Rehabilitación Psicosocial Morea-Ourense (CRPL).
- Centro de Rehabilitación Psicosocial Morea-Verín (CRPL).
- Centro Rehabilitación Psicosocial Morea- Barco de V. (CRPL).
- Saúde Mental FEAFES-Galicia en Ourense.

3.4.—Hipótese principal

A hipótese do traballo pretende coñecer en que situación de vulnerabilidade social e de falla de oportunidades se atopan os cidadáns cunha enfermidade mental na provincia de Ourense.

3.5.—Hipóteses secundarias:

1. A saúde mental é un ámbito descoidado no contexto comunitario.
2. Os dereitos humanos das persoas afectadas por EM están pouco consolidados.
3. O modelo médico predominante posterga á persoa centrándose fundamentalmente no trastorno.

4. A coacción, o illamento e a medicalización excesiva seguen culturalmente presentes nos nosos sistema de saúde.

5. A marxinalidade social é unha realidade na saúde mental (SM).

O traballo de investigación formalízase nas entrevistas con **140 cidadáns** cun trastorno mental grave (TMG) na provincia de Ourense.

A entrevista susténtase sobre un cuestionario elaborado por profesionais da saúde mental galega de recoñecido prestixio e experiencia.

O cuestionario con entrevistador pretende situar un marco social de referencia a estudar a través de distintas preguntas en distintas temáticas de interese.

3.6.—Estudo das variables

Trátase dun estudo observacional transversal descriptivo. Empregouse un cuestionario semi-estructurado de 58 preguntas realizadas con entrevistador. A análise das principais variables de estudo; variables cuantitativas describíronse mediante medidas de tendencia central e de dispersión mentres as variables cualitativas describíronse mediante frecuencia e porcentaxe.

3.7.—Variables obxecto de estudo

Estudáronse **58 variables** distribuídas en seis bloques temáticos:

1. Socio-Demográfico.
2. Socio-Sanitario.
3. Socio-Económico.
4. Socio-Laboral
5. Dereitos Constitucionais
6. Inserción Social.

Ca información preténdese coñecer se o exposto polo informe especial do relator de Nacións Unidas ten a consideración na provincia de Ourense de preocupación social, tal e como reflicte o mencionado informe.

3.8.—Cronograma:

Meses (2)	Recollida e lectura do marco teórico da investigación
Meses (2)	<p>Desenvolvemento da loxística e elaboración do cuestionario:</p> <p>Preparación e presentación da documentación para a conformidade do Comité de Bioética de Galicia.</p> <p>Comunicación persoal, escrita, con desprazamentos e autorizacións pertinentes dos responsables da Xerencia da área sanitaria da provincia de Ourense e dos profesionais a cargo dos recursos ou dispositivos asistenciais seleccionados.</p> <p>Selección de pacientes ata completar o tamaño muestral</p>
Meses (3)	<p>Desprazamento e encontro informativo cos candidatos ao estudo para a explicación do proxecto de investigación. Obter os consentimentos informados por autorización dos participantes, familiares ou a través da Fundación Galega para a Tutela de Adultos (FUNGA).</p> <p>Realización dos cuestionarios.</p> <p>Desprazamento e entrevistas personalizadas a:</p> <p>Cidadáns/entrevistados</p> <p>Profesionais do ámbito sanitario, social e xudicial</p> <p>Profesionais da Asociación de familiares e enfermos.</p> <p>Profesionais de Saúde Mental Galicia (FEAFES).</p> <p>Usuarios participantes en Grupos de Axuda Mutua (GAM).</p> <p>Cargos da administración con competencias xurídico- socio- sanitarias.</p>
Meses (2-3)	Análise estatística, elaboración, redacción e presentación de resultados
Total tempo empregado	9-10 meses

Fonte: Elaboración propia (2019).

4.—RESULTADOS

Resultaría imposible dar conta neste artigo polas condicións da publicación todas as gráficas e a discusión de tódolos resultados. Darase conta dun breve resumo da discusión dos resultados.

4.1.— Resultados sobre datos socio-demográficos

- O perfil da cidadanía obxecto de estudo corresponde a; un adulto, co predominio do sexo masculino e a soltería. Só un 10% está casado e unha cuarta parte ten fillos. Residen na cidade onde a inclusión en sociedade é menos integradora que os que o fan no rural. Por outra banda os cidadadáns que residen no rural tenden mais o illamento social dada a despoboación, a falla de equipamentos básicos e a carencia de medios para o transporte.
- Un 59% acabaron os estudos primarios e a educación secundaria, un 25% ten o bachillert ou estudos superiores.
- O 75% non ten a súa capacidade de obrar limitada (medidas xudiciais).
- Só un 28% manifesta a súa negativa a participar en comicios democráticos.
- Un 64% ten ingresos económicos por debaixo dos 400 euros.
- Un 92% viven acompañados principalmente polos seus pais.
- A idade media é de 47 anos.

4.2.—Resultados sobre a atención asistencial na saúde mental

- Un 80% dos cidadáns coñecen o seu diagnóstico.
- So un 29% recoñece ter unha experiencia satisfactoria tras os seus ingresos hospitalarios xa sexa nunha unidade de agudos ou nunha de rehabilitación psiquiátrica.
- Un 80% incomodólle os ingresos hospitalarios por situacións coma: o exceso de tratamento farmacolóxico, a contención mecánica ou a rixidez das normas.
- So un 20% manifesta co tratamento farmacolóxico non lle impide levar unha vida sen limitacións. As principais limitacións dos fármacos na

vida diaria provócanlles: somnolencia, tremores corporais, excesiva salivación e impedimentos a hora do desempeño sexual.

- Un 61% re-ingresaron nun recurso hospitalario entre dúas e dez veces.
- Un 80% síntese escoitado na consulta do terapeuta.
- Un 77% considera necesario a toma do tratamento.
- A relación cos profesionais é satisfactoria aínda que a que destaca sobre os demais é a figura do Traballador Social.

4.3.—Resultados sobre a inserción socio-laboral

- Un 93% da mostra estudada non traballa na actualidade.
- Só un 33% están apuntados no SEPE (servicio público de emprego).
- Só un 20% buscou emprego no último ano.
- Un 60% considera que parte con desvantaxe respecto a poboación en xeral a hora de acadar un emprego.
- Un 51% dos enquistados gustaríalles volver a traballar.
- O 90% traballaron o longo da súa vida.

4.4.—Resultados sobre os datos socio-económicos

- Un 54% da mostra ten ingresos económicos por debaixo dos 400 euros, un 11% percibe entre 400/600 euros e un 14% non percibe nada.
- Un 52% afronta con serias dificultades a súa economía persoal.
- Un 58% non ten posibilidade de aforro.
- Un 70% non pode disfrutar dun período vacacional dunha semana o ano.
- Só un 15% pode adquirir vestuario onde lle gustaría.
- Un 56% non pode facer uso da calefacción se non é financiada con axuda de terceiros. Un 33% pode facelo pero con restricións no seu uso.

4.5.—Resultados sobre o exercicio dos dereitos constitucionais

- A cidadanía estudada que se atopa cunha limitación xudicial na súa capacidade de obrar en sociedade é dun 25%. Deles, mais da metade están tutelada pola FUNGA (Fundación Galega para a Tutela de Adultos).
- O 65% está dacordo coa medida imposta pola xustiza no seu momento.
- O 80% dos que se atopan tutelados pola FUNGA amosasen insatisfeitos de cómo estos xestionan os seus dereitos.
- O 81% consideran que o seu patrimonio está a ser ben xestionado.
- O contacto é moito mais frecuente entre cidadáns- tutores cando estos son os familiares. Un 28% dos que son tutelados pola FUNGA manifesta que eles non manteñen nunca contacto directo con profesionais desta entidade.
- Un 50% manifesta o desexo de recuperar a súa capacidade de obrar e outro
- 50% non precisa de recuperala.

4.6.—Resultados da inserción social

- O 60% acude acude algunha asociación relacionada coa saúde mental.
- O trato dispensado polas organizacións é altamente satisfactorio (98%)
- As actividades e os servizos que lles ofertan son dabondo (87%).
- Destaca das asociacións estudadas o traballo integrador dispensado na entidade Morea-O Barco de Valdeorras.
- Un 66% considera co trato en xeral que perciben da sociedade é bo e un 77% vense coma un cidadán mais.
- O 90% descoñece o que é un GAM (grupo de axuda mutua).
- Só un 35% considera ca administración pública os ten en consideración.
- O 95% non tivo condutas violentas nos últimos anos, sen embargo un 19% sí sufriu violencia por parte de terceiros.
- O 46% non se atopa satisfeito do seu actual proxecto de vida.

5.- CONCLUSIÓNS, SUXERENCIAS E PROPOSTAS

A esencia investigadora do estudo de investigación focalizouse principalmente sobre tres aspectos cualitativos fundamentais; **coñecer, comprobar e explicar como é a vida dun cidadán cunha EM na provincia de Ourense.**

A experiencia persoal do cidadáns obxecto do estudo tomou como referencia comparativa o marco social do resto da cidadanía española e o informe de Nacións Unidas sobre o actual estado da saúde mental.

Resultaría un estudo incompleto se os resultados obtidos non se encadran e analizan dentro do contexto xeral da política social á que está ligada e á súa vez ao contexto económico, cultural e ideolóxico no que un está inmerso.

Estes condicionantes macro-sociais teñen repercusións no aumento da brecha da desigualdade social e na fraxilidade da cohesión social.

Cada vez hai maior interdependencia económica entre os estados mundiais o que limita finalmente os modelos de estado de benestar dos países.

A globalización e os seus efectos son abrazaderas que se estenderon a cada recuncho máis recóndito da vida do cidadán, hoxe xa non se constrúen países, senón un espazo único ou global que ten detrás a unha ideoloxía interesada en beneficiar a unha minoría da cidadanía planetaria. A economía hoxe acapárao todo. A teor dos resultados obtidos pódese concluír que ao cidadán/a cunha enfermidade mental na provincia de Ourense preséntanselle importantes dificultades á hora de poder establecer un proxecto vital autónomo. Entre as circunstancias que o condicionan estarían unha liña de situación concatenadas que se retroalimentan entre si como; **que a pobreza económica condiciona a súa dependencia familiar dada a exclusión laboral que sofre pola falla de oportunidades do sistema laboral e polos baixos ingresos das súas pensións.** É esta unha liña de política social de corte darwinista.

Outra circunstancia relevante sería que o actual paradigma biomédico en saúde mental non é un modelo que simplifique e mellore satisfactoriamente a recuperación, senón que se segue sustentando baixo un modelo de atención coercitivo, illado de factores psicosociais e con escasa participación do afectado. Cando os dominios de carácter socio-sanitario non contan nin están ao alcance do afectado prodúcese a sumisión ou a desvalorización social do suxeito que nun afán pola súa propia supervivencia adáptase ás circunstancias que o condicionan. Este feito silencioso e pouco notorio socialmente, é un distintivo particular da enfermidade mental.

O descontento do afectado adoita establecerse sobre todo dentro dunha orde ou marco interno, ao contrario do que adoita suceder co resto da

cidadanía que exterioriza máis o seu descontento social. Prodúcese entón cunha maior facilidade a súa invisibilidade social o que permite que os demais decidan por él que é o que máis lle convén. **Convértense en cidadáns distanciados, que viven baixo o anonimato involuntario, cunha identidade indeterminada e que se atopan ausentes das transformacións sociais.**

Como resultado da análise e do estudo realizado preséntanse a continuación unha serie de suxerencias e de propostas:

1. Non se poden negar os avances que a biomedicina achegou á ciencia nas últimas décadas, outra cuestión é que o seu absolutismo científico impediu que a experiencia do suxeito afectado téñase en conta á hora de establecer os plans, programas e proxectos que estruturan a atención asistencial en saúde mental.

Proposta; Maior protagonismo do cidadán cunha EM coma punto de partida en calquera liña estratéxica a considerar en SM.

2. A facilidade e o abono interesado que se produce para que a fragmentación do campo da psiquiatría siga perenne produce; enfrontamento profesional, confusión á cidadanía, malas experiencias e temor ao sistema asistencial.

Un cambio do actual modelo de SM antóllase necesario.

Proposta; Un modelo sanitario adaptado ós cambios sociais e as necesidades dos cidadáns, que impidan que o sufrimento se incremente facendo unha sociedade máis insegura, máis enfermiza e máis desorientada.

3. Os cidadáns cunha EM teñen importantes dificultades para habitar as actuáis sociedades, non existe unha verdadeira política social para a súa inclusión de facto. A cultura social está abonada cara a un estereotipo de suxeito que esperta sospeita e receo. A verdadeira integración do ser humano comeza dende a relación próxima xa sexa dende a participación familiar, laboral, veciñal ou educativa sen que se teña en conta o seu estado de saúde senón o seu respecto, opinión e a súa experiencia vital.

Proposta; As políticas sociais e sanitarias deben de priorizar a dignidade humana da poboación atendida por encima de calquera outra liña estratéxica contemplada. Os orzamentos deben priorizar necesidades fundamentais.

4. A fragilidade do ser humano é unha realidade que se estende e conséntase diariamente cos seus efectos perniciosos no ámbito persoal e

familiar. O ritmo mundial imposto polo actual modelo neoliberal non é precisamente un prototipo sensible que conveña a unha sociedade que busque o maior grao de armonía cidadá, de xustiza social, de cohesión social e dun equilibrio emocional dos seus cidadáns.

Como ben indica o sociólogo Robert Castel (2014, p. 18) *“hai que cuestionar o que chamamos o compromiso social do capitalismo industrial, tendo en conta a multiplicación de individuos que ven apartados cara ás marxes da sociedade, abandonados á precariedade, vivindo na incerteza do mañá dentro dunha inseguridade social crecente”*.

Os cambios e as melloras sociais ao longo da historia orixináronse dende o alento do cidadán e parece que serán igualmente os propios cidadáns os que protagonicen o desexado cambio global que mellore o desequilibrio non só económico ou social senón tamén o que afecta á nosa saúde mental individual e colectiva.

Proposta; Na actualidade, é indispensable a creación de asociacións ou movementos asociativos promovidos e encabezados por cidadáns con enfermidade mental. Movementos á marxe das actuais plataformas sociais que defenden os seus intereses. Só dende a propia participación do propio afectado pódese por en valor o verdadeiro alcance reivindicativo dos seus dereitos e necesidades.

6.- BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez J. M. (2018). Hablemos de la locura. Xoroi ediciones. s.l. Editorial Pensódromo 21.
- AEN. (2012). Hacia una reformulación de la rehabilitación psicosocial. Grupo de trabajo de la sección de rehabilitación de la asociación española de neuropsiquiatría. Cuaderno técnico, 16.
- Agüero, M.J y Correa G. (2018). Gobernando la experiencia: salud mental y ciudadanía. Rev. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. Vol, 38, no134, pag; 547-565.
- Area, R y Vila, L. (2009). El concepto de enfermedad: partes II-III Grecia, Roma. Medicina científica. Parte IV La ilustración. Parte V: en la actualidad. Rev Siso-Saude. Vol; 48-49, pag;11-54.
- Area, R. (2014). Lugares, no lugares e hiperlugares. Revista Siso-Saúde, vol; 54-55, pag; 521-532.
- Arnaiz, A y Triarte, J, J. (2006). Estigma y enfermedad mental. Revista Norte de salud mental, no; 26. pag; 49-59.

- Asamblea General de Naciones Unidas. (2017). Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Consejo de Derechos Humanos. 35º periodo de sesiones.
- Bevia B y Girón, M. (2017). Poder, estigma y coerción. Escenarios para una práctica no autoritaria en salud mental. Rev. Asoc. Eso. Neuropsiq. Vol; 37, no, 132, pag; 321-329.
- Boletín Oficial del Estado. (2018). Salario Mínimo Interprofesional.
- Carmona M. (2017). Paradigmas en estallido: epistemologías para una ¿post?
- psiquiatría. Rev. Asoc. Eso. Neuropsiq. Vol;37, no; 132, pag; 509-528
- Castel R. (2014). Los riesgos de exclusión social en un contexto de incertidumbre. Revista Internacional de Sociología (RIS). Vol. 72, extra 1.
- Cocho C y López I. (2018). Experiencias y actitudes de los profesionales de salud mental en torno a las prácticas coercitivas directivas: revisión bibliográfica de estudios cualitativos. Rev. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. Vol 38, no 134. Madrid.
- Confederación de Salud Mental-España. (2005). Estudio Sociológico sobre enfermedades mentales. Recuperado de <https://www.consaludmental.org>
- Colina F. (2007). De locos, dioses, deseos y costumbres: crónica del manicomio. Valladolid. Pasaje de las letras.
- Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. (2008). Nueva York: Asamblea General de las Naciones Unidas. BOE, no 26, de 21 de abril.
- Colección Convención ONU. (2016). Derechos Humanos y Discapacidad. Informe España. Colección ONU, nº 19. Madrid. Editorial Cinca.
- Consellería de Facenda. (2014). Diagnóstico de situación socioeconómica y territorial de Galicia, 2014-2020. Recuperado de <https://www.conselleriadefacenda.es>
- Davidson L y González A. (2017). La recuperación centrada en la persona y sus implicaciones en salud mental. Rev. Asoc. Eso. Neuropsiq. Vol;37, nº,131,pag; 189-205.
- Decreto 389/1994 de 15 de diciembre. (1994). La salud mental en Galicia. DOG, nº 1.

- Desviat M. (2016). *Cohabitar la diferencia. De la reforma psiquiátrica a la salud mental colectiva*. s.l. Grupo 5.
- Díez, M.E. (2004). Documento AEN sobre las propuestas de regulación del tratamiento ambulatorio involuntario de las personas con trastornos psíquicos. *Revista AEN*, no; 92. pag;178-185.
- Durán M^a Á. (2000). Los costes invisibles de las enfermedades mentales. *Revista Goce*, Vol III, N^o 10. pag; 11-19.
- EAPN-España. (2008). 8^o informe del Estado de la Pobreza y Exclusión social. 2008-2017. Recuperado de <https://www.eapn.es>
- FEAFES-Galicia. Memoria Anual 2018. Recuperado de <http://www.feafes-galicia.org>
- Ferreiros M. (2007). *Salud Mental y Derechos Humanos: la cuestión del tratamiento ambulatorio involuntario*. N^o 27. Colección CERMI. pag; 1-750.
- Foucault, M. (1972). *Historia de La Locura en la época clásica*. Recuperado de <https://www.biblioteca IRC>.
- FUNGA. (2017). *Memoria de actividades 2017*.
- Garcés, E.M. (2010). *El Trabajo social en Salud Mental*. Cuadernos de Trabajo Social. Universidad Complutense de Madrid. Vol. 23 (2010) pag;333-352
- García, S y Martínez O. (2012). *Enfermedad Mental: Familia y Sociedad*. Universidad de Cantabria. Escuela Universitaria de Enfermería " Casa Salud Valdecilla.
- Gómez, M.J, Cibeira, A, Campos, J.A, Castro, Y y Carmona, L. (2011). Dossier sobre el hospital psiquiátrico de Toén. *Revista Norte de Salud Mental*. N^o 39, pag 117-126.
- Hernández, M. (2017). La rehabilitación psicosocial entre la desinstitucionalización y la recuperación. *Rev. Asoc. Eso. Neuropsiq.* vol.37, no;131, pp.171-187
- Idareta, F. (2018). *Trabajo Social Psiquiátrico. Reinvidicación ética de la dimensión social en salud mental*. Nau llibres. Colección Trabajo Social.
- Lera, A, M^a (1972). *Mi viaje alrededor de la locura*. Barcelona. Editorial Planeta.

- Llano, J. C. (2017). *El estado de la pobreza*. Seguimiento del indicador de pobreza y exclusión social en España. EAPN-ESPAÑA 2008-2017. Recuperado de <https://www.eapn.es>
- Lorda, D, Rodríguez, A y Concheiro, L. (1992). El consentimiento informado en psiquiatría: un formulario escrito de consentimiento para terapia electroconvulsiva (TEC) o electro shock. *Anales de psiquiatría*. Vol. 8. Nº 7.
- Márquez, I. (2013). Pasan las décadas y aún no aprendemos sobre la necesaria reforma psiquiátrica. *Revista Norte de Salud mental*. vol IX no; 39.
- Ministerio del Interior. (2018). Portal estadístico de criminalidad. Primer trimestre del 2018. Recuperado de <https://www.Estadisticasdecriminalidad.ses>
- Moreno, A. (2012). Derechos humanos y salud mental. ¿Dónde estamos los Profesionales ? *Boletín de la AMSM*, 34. (sp).
- Moreno, J. L. (2015). El poder psiquiátrico y la sociología de la enfermedad mental: un balance. *Sociología Histórica*. no;5, pag; 127-164.
- Munarriz M. (2016). Cambio de régimen, cambio de paradigma. *Rev. Asoc. Eso. Neuropsiq.* Vol;36, no;130, pag:293-296.
- Naciones Unidas. Asamblea General. (2017). Informe del Relator Especial de la ONU sobre el derecho a la salud. Recuperado de <http://www.ohchr.org>
- Observatorio de salud mental de la asociación española de neuropsiquiatría (2011). *Revista AEN*, 31. vol.31, no;4, pag.735-751.
- OCDE: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico. (2018). Informe Health at a Glance. Recuperado de <https://www.oecd.org>
- Orradre, M. ANASAP (Asociación Navarra para la Salud Psíquica). (2000). El enfermo esquizofrénico y sus familias inmersos en un cambio profundo. *Revista Anales Sis Navarra*, vol.23, Suplemento 1.pag, 111-122.
- Ortiz, A. (2013). *Hacia una psiquiatría crítica*. Madrid. Colección salud Mental colectiva.
- Ortiz, A y Mata, I. (2004). Ya es primavera en salud mental. Sobre la demanda en tiempos de mercado. *Revista Átopos*, nº; 2. pag; 15-22.
- Pereña F. (2014). El asesinato de la psiquiatría comunitaria. *Revista Siso-Saude* vol; 54-55, pag; 307-342.

- Peteiro, J. (2010). El autoritarismo científico. Málaga. Miguel Gómez ediciones.
- Rodríguez, A. (1989). El mito de la salud mental. Anales de la psiquiatría. Vol. 5 N° 8.
- Rodríguez, A. (2003). Historia de la psiquiatría académica gallega. III Jornadas Nacionales de Historia de la Psiquiatría. Homenaje a Antonio Rodríguez López. AGSM. Antropología y psiquiatría. Santiago de Compostela.
- Rodríguez, A. (1995). Antropología y Sociología: De la epidemiología a la antropología psiquiátrica. Revista de psicoanálisis y terapia analítica. Diario del centro psicoanalítico de Madrid. vol; 1 n°; 2.
- Samaniego, A. (2016). Hacia una salud mental colectiva. Critica de Libros. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. Vol;36, n°; 130, pag: 553-556.
- Szasz, Th, (1970). Ideología y enfermedad mental. Buenos Aires. Amorroutur editores.
- Torres, M. (1998). La comunicación de la locura: expectativas generadoras de sentido en psiquiatras gallegos. Grupo de trabajo: " Sociología de la comunicación.
- Torres, M. (2003). La comunicación de la locura: expectativas. Sentido y tiempo en biografías de psiquiatras gallegos. Universidad de Santiago de Compostela.
- Torres, M. (2009). Orden Social e Loucura en Galicia. Tesis de
- Doutoramento. Universidad de Santiago de Compostela. Facultad de Ciencias Políticas. Departamento de Sociología.
- Tortosa, J. M. (1999). Aspectos sociales de la Globalización. Convergencia Revista de Ciencias Sociales no, 19. Universidad de Alicante.