



Estigma y enfermedad mental

Ainara Arnaiz

MIR 2 de Psiquiatría. Hospital de Zamudio

J. J. Uriarte

Jefe de Servicio. Unidad Gestión Clínica de Rehabilitación.
Hospital de Zamudio. Osakidetza–Servicio Vasco de Salud.

Resumen

El estigma es una barrera relevante para la atención y la integración social de las personas afectadas por enfermedades mentales. El presente artículo, derivado del texto elaborado para una sesión bibliográfica, pretende abordar algunos de los aspectos teóricos relevantes para su comprensión, así como posibles estrategias para enfrentarlo.

Palabras clave

Estigma. Enfermedad Mental. Estrategias.

Introducción

El estigma es un fenómeno conocido y presente en muchos ámbitos, y muy especialmente en el de la salud mental, campo en el que ha sido, y sigue siendo, una importante barrera para el desarrollo de servicios comunitarios y para la integración de las personas afectadas. En todo caso, la presente revisión no pretende ser un discurso moralista socio-político, sino que trata de abarcar dos objetivos más bien prácticos que puedan contribuir al buen hacer diario de los profesionales de la salud mental:

- Que como profesionales que trabajamos con personas con enfermedad mental, reconozcamos más fácilmente el autoestigma y el estigma público, y

ayudemos a las personas con enfermedad mental a afrontar las consecuencias.

- Favorecer un momento de reflexión que nos permita poner en tela de juicio nuestras propias actitudes posiblemente estigmatizadoras hacia las personas con enfermedad mental.

Las personas con enfermedad mental a menudo tienen que enfrentarse a un doble problema, por un lado a la sintomatología de la propia enfermedad, y por otro al estigma. Según el trastorno mental particular, pueden sufrir alucinaciones recurrentes, delirios, ansiedad o cambios del estado de ánimo. Estos síntomas pueden hacer difícil para alguien con una enfermedad mental trabajar, vivir independientemente o lograr una calidad de vida satisfactoria. Pero la enfermedad mental no conduce sólo a dificultades derivadas de los síntomas de la enfermedad, sino también a desventajas a través de las reacciones de la sociedad, pues los malentendidos de la sociedad sobre los diversos trastornos mentales dan como resultado el estigma. De esta forma, personas que llevan su enfermedad mental lo suficientemente bien como para trabajar tienen sin embargo graves dificultades para encontrar un empleo porque los empleadores los discriminan.



Como complicación adicional se encuentra el *autoestigma*. Algunas personas con enfermedad mental pueden aceptar los prejuicios comunes sobre la enfermedad mental, volverlos contra sí mismos y perder la confianza en sí mismos.

¿Qué es el estigma?

Si recurrimos a la definición estricta de *estigma* del diccionario observamos que en el sentido figurado *estigma* quiere decir desdoro, afrenta, mala fama. Sin embargo ninguna definición de *estigma* puede ser aplicable universalmente. Las definiciones del diccionario solas, tales como “una marca de la desgracia” no son suficientes por sí mismas.

La conceptualización del estigma de la enfermedad mental combina dos conceptos actuales destacados, a saber, el de Corrigan y colaboradores y el de Link y colaboradores. Corrigan incide en los rasgos cognitivos y conductuales centrales del estigma de la enfermedad mental: los estereotipos (las estructuras de conocimiento cognitivas), el prejuicio (la consecuencia cognitiva y emocional de los estereotipos) y la discriminación (la consecuencia conductual del prejuicio). Por su parte Link aborda el estigma desde una perspectiva más social. Refiere que el estigma existe cuando elementos de etiquetado, estereotipo, separación, pérdida de status y discriminación ocurren juntos en una situación de poder que permite que estos procesos se desplieguen. En su definición hace hincapié en dos aspectos societales. Por un lado, afirma que como precondition de estigma, las diferencias entre las personas se tienen que notar, han de ser consideradas pertinentes y se han de etiquetar en consecuencia. Por otro lado, para que el estigma despliegue sus consecuencias nocivas, el grupo estigmatizador tiene que estar en una situación de más poder que el grupo estigmatizado.

No obstante, para poder comprender mejor lo que significa el estigma de la enferme-

dad mental proponemos un ejemplo práctico. Es el caso de María:

María tiene 25 años y ha estado hospitalizada varias veces con síntomas agudos de esquizofrenia. Durante dos años no ha tenido síntomas, ha vivido sola, ha trabajado en una oficina de información turística local y ha disfrutado de una activa vida social. Sin embargo, tuvo hace poco una recaída de su enfermedad mental. La hospitalizaron de nuevo y le llevó dos meses recuperarse y estar preparada para volver al trabajo otra vez. Sin embargo, después de la recuperación se dio cuenta de que superar los síntomas de su enfermedad no era suficiente: su empleador la despidió porque creía que podía tener un ataque peligroso en la oficina debido a su enfermedad mental. Además, su familia la convenció de que era demasiado arriesgado que viviera ella sola y le hizo volver otra vez a casa de sus padres. Dado que su familia vivía en otra ciudad, eso le hizo perder a sus amigos. En resumen, a pesar de una buena recuperación de los síntomas de su enfermedad mental, al mes de darle de alta del hospital, María había perdido su trabajo, su piso y sus amigos. Si María en vez de tener esquizofrenia hubiera tenido una diabetes (que al igual que la esquizofrenia, la diabetes puede llevar a recaídas graves y hospitalizaciones), no es probable que se encontrara con un estigma público de consecuencias comparables relacionadas con su enfermedad.

Intentando abordar el tema del estigma desde una perspectiva cognitivo-conductual y a su vez social, continuaremos hablando de lo que es el *estigma público* y el *autoestigma* desde una perspectiva cognitivo-social.

Estigma público

El estigma público consiste en las reacciones del público general hacia un grupo basadas en el estigma sobre ese grupo. Continuamente etiquetamos y diferenciamos diferentes grupos en la sociedad en función de muy diversas características. No obstante, existe una selección



social de qué cualidades humanas importan socialmente, y son susceptibles de etiquetamiento, y cuáles no. Por ejemplo, el color de nuestro coche o la talla de nuestros zapatos no son importantes en la mayor parte de las circunstancias. Sin embargo, otros rasgos personales como el color de la piel, la orientación sexual o los ingresos económicos guardan a menudo relación con la apariencia social de uno. No obstante, cualquier delimitación de grupos requiere una simplificación excesiva. Incluso con atributos obvios como el color de la piel, no hay una línea de demarcación clara entre, por ejemplo “blanco” y “negro”. Más aún, no hay una línea nítida entre salud mental y enfermedad mental.

Etiquetar implica a menudo una separación entre “nosotros” y “ellos”. Esta separación conduce fácilmente a la creencia de que “ellos” son fundamentalmente diferentes a “nosotros”. Nuestro uso del lenguaje es revelador con respecto al uso de etiquetas para distinguir a “nosotros” de “ellos”. Por ejemplo, es común llamar a alguien *esquizofrénico* en vez de llamarlo *persona con esquizofrenia*. Para las enfermedades físicas, a menudo se trata las cosas de manera diferente y las personas dicen habitualmente que una persona tiene cáncer. La persona que tiene cáncer sigue siendo una de “nosotros” y tiene un atributo, mientras que el *esquizofrénico* pasa a formar parte de “ellos”. De esta forma el lenguaje puede ser una fuente poderosa y signo de estigmatización.

Dados estos antecedentes de distinción entre grupos, etiquetado y separación de “nosotros” y “ellos”, la psicología social ha identificado diferentes aspectos cognitivos, emocionales y conductuales del estigma público: los estereotipos, el prejuicio y la discriminación.

Los *estereotipos* son estructuras de conocimiento que la mayoría de los miembros de un grupo social conoce; son una manera eficaz de categorizar información sobre grupos sociales diferentes porque contienen opiniones colecti-

vas sobre grupos de personas. Son eficaces en el sentido de que generan rápidamente impresiones de las personas que pertenecen a un grupo estereotipado y expectativas hacia ellas. Aunque las personas no siempre están de acuerdo con los estereotipos de los que son conscientes. Por ejemplo, muchas personas pueden ser conscientes de los estereotipos de grupos étnicos diferentes pero no pensar que son válidos.

Los *prejuicios* definen la actitud que refleja la disposición de las personas para actuar de forma negativa o positiva hacia el objeto de perjuicio, sin analizar si existe alguna razón que justifique dicho comportamiento. Así las personas con prejuicios refrendan estos estereotipos negativos (“¡Es cierto! Todas las personas con enfermedad mental son violentas”) y tienen reacciones emocionales negativas como consecuencia (“todos ellos me asustan”). El prejuicio lleva como reacción conductual a la discriminación. El prejuicio que produce ira puede llevar al comportamiento hostil. En el caso de la enfermedad mental, el prejuicio airado puede llevar a denegar ayuda o a sustituir la atención sanitaria por el sistema de justicia penal. El miedo lleva a un comportamiento de evitación. Por ejemplo, los empleadores no quieren personas con enfermedad mental a su alrededor, así que no las contratan.

Los estereotipos y el prejuicio por sí solos no son suficientes para el estigma. Además, hace falta poder social, económico y político para estigmatizar. Por ejemplo, si los individuos con enfermedad mental forman estereotipos y prejuicios contra el personal de un servicio de salud mental, es poco probable que este personal se convierta en un grupo estigmatizado, porque las personas con enfermedad mental sencillamente no tienen poder social para que en la práctica se produzcan consecuencias discriminatorias serias.

En resumen, el estigma público consta de estos tres elementos: estereotipos, prejuicio y



discriminación, en el contexto de las diferencias de poder y lleva a reacciones del público general hacia el grupo estigmatizado como resultado del estigma.

Autoestigma

El autoestigma se refiere a las reacciones de los individuos que pertenecen a un grupo estigmatizado y vuelven las actitudes estigmatizadoras contra ellos mismos. Como el estigma público, el autoestigma consta de estereotipos, prejuicio y discriminación.

Las personas que vuelven el prejuicio contra sí mismas aprueban el estereotipo: "Es cierto; soy débil e incapaz de cuidar de mí mismo". El autoprejuicio conlleva reacciones emocionales negativas, especialmente autoestima y autoeficacia bajas. Lleva además a respuestas de comportamiento; a causa de sus autoprejuicios, las personas con enfermedad mental pueden fracasar en buscar un trabajo o en aprovechar oportunidades para vivir independientemente. Si no consiguen alcanzar esta meta ello no se debe a menudo a su enfermedad mental, sino a su comportamiento de autodiscriminación.

El autoestigma surge ya que muchas personas con enfermedad mental conocen los estereotipos sobre su grupo, como la creencia de que las personas con enfermedad mental son incompetentes. Pero, como el estigma público, el conocimiento sólo no lleva necesariamente al estigma; las personas son conscientes de los estereotipos pero no los aprueban. Por consiguiente, y afortunadamente, para muchas personas con enfermedad mental, el mero conocimiento de los estereotipos no conduce inevitablemente al autoestigma.

Las consecuencias del estigma

En lo que a la enfermedad mental se refiere, el público general parece prestar amplio apoyo

a los estigmas. Esto es cierto para muchos países, aunque los niveles de estigmatización puedan diferir entre naciones. Por desgracia, las investigaciones indican que las actitudes públicas hacia las personas con enfermedad mental parecen haberse vuelto más estigmatizadoras en las últimas décadas. Así, las percepciones de que las personas mentalmente enfermas son violentas o atemorizantes han aumentado sustancialmente.

- El estigma público se traduce en discriminaciones en la vida diaria que las personas con enfermedad mental encuentran tanto en las interacciones personales como en los estereotipos e imágenes negativas de enfermedad mental en los medios de comunicación.

Se han analizado diversos materiales filmados e impresos de los medios de comunicación y se han detectado abundantes reportajes sensacionalistas, siendo común el mal uso popular y periodístico de términos psiquiátricos. Se identifican principalmente tres concepciones erróneas falsas sobre las personas con enfermedad mental, con sus respectivos impactos en la sociedad:

1. *Son maniacos homicidas a los que hay que temer.* La consecuencia social a la divulgación de esta idea es Temor y Exclusión: se debe temer a las personas con enfermedad mental grave y, por consiguiente, se las debe mantener fuera de la comunidad. Como ejemplo de esta asociación típica de violencia y enfermedad mental podríamos mencionar la recientemente estrenada película titulada "Skizo".
2. *Son espíritus libres y rebeldes.* La consecuencia social en este caso sería el Autoritarismo: las personas con enfermedad mental grave son irresponsables, así que otros deben tomar sus decisiones vitales.



3. *Tienen percepciones sobre el mundo análogas a las infantiles que deben ser maravillosas.* Consecuencia de ello es la *Benevolencia*: las personas con enfermedad mental grave son como niños y necesitan que los cuiden.
 - La discriminación estructural incluye instituciones privadas o públicas, que de forma intencionada o no, restringen las oportunidades de personas con enfermedad mental. Ejemplo de ello sería la asignación de recursos financieros comparativamente menores para el sistema de salud mental que para el sistema médico somático.
 - No obstante, en este apartado nos centraremos concretamente en las consecuencias negativas del estigma relacionadas directamente con la reacción de las personas ante la experiencia de ser estigmatizada:
 - Autoestima y fortalecimiento.
 - Temor al estigma como razón para evitar el tratamiento.

Estas dos últimas consecuencias son muy pertinentes para los profesionales que trabajamos en el campo de la salud mental. Con esto no se quiere decir que el estigma de la enfermedad mental sea un problema sólo personal, sino que primordialmente es un problema social que ha de tratarse con enfoques públicos. Sin embargo, hasta que el estigma se haya reducido en la sociedad, los profesionales clínicos deben ser conscientes de su significado y de sus consecuencias para los individuos con enfermedad mental.

1) Autoestima y fortalecimiento:

La investigación ha demostrado que el autoestima y el fortalecimiento son dos polos opuestos de un continuo: en un extremo se encontrarían las personas en las que influyen

con fuerza las expectativas pesimistas sobre la enfermedad mental, lo que lleva a que tengan baja autoestima (los “autoestigmatizados”). En el otro extremo estarían las personas con discapacidad psiquiátrica que, a pesar de ello, tienen un autoestima positiva y no experimentan una carga significativa.

Muchas personas a las que se discrimina y que sufren de estigma público no experimentan autoestima, mientras que otras sí. Los datos son equívocos en este punto: algunos estudios indican que las personas con enfermedad mental, que son conscientes de los prejuicios existentes contra ellas, muestran una disminución del autoestima. Por otra parte otros estudios no encuentran que la conciencia de los estereotipos comunes lleve a una disminución de la autoestima en las personas con enfermedad mental. De modo más sorprendente incluso, algunos grupos minoritarios estigmatizados muestran una autoestima más elevada. Este hecho de que algunos reaccionen con indignación justificada al estigma, mientras que a otros les sea indiferente y de que otro grupo se autoestigmatice ha recibido la denominación de *paradoja del autoestima y la enfermedad mental*.

Las personas que no se identifican con el grupo estigmatizado tienen más posibilidades de permanecer indiferentes al estigma porque no sienten que los prejuicios y la discriminación se refieran realmente a ellos. Sin embargo, los que se identifican con el grupo de los enfermos mentales se aplicarán el estigma a sí mismos. Su reacción se modera en función de la legitimidad percibida. Si consideran que las actitudes estigmatizadoras son legítimas, es más probable que su autoestima y autoeficacia sean bajas. Si, por otra parte, consideran que el estigma público es ilegítimo e injusto, probablemente reaccionarán con indignación justificada. Las personas que están indignadas justificadamente participan activamente a menudo en intentos de fortalecimiento, tomando como objetivo la reivindicación de mejoras asistenciales y la calidad de los servicios. Como ejemplo de este



último grupo podríamos poner la asociación vizcaína Egunabar.

Aunque el modelo de autoestigma, que se originó en la investigación de la psicología social sobre otros grupos estigmatizados (por ejemplo, personas de color), es útil para entender las diferentes formas en que las personas reaccionan al estigma. En el caso especial de la enfermedad mental hay que incluir tres aspectos especiales a tener en cuenta

- 1— Se debe distinguir el autoestigma que da como resultado una autoestima y una autoeficacia disminuidas, de la disminución de la autoestima durante los síndromes depresivos que son comunes no sólo en los trastornos afectivos.
- 2— La reacción a las condiciones estigmatizadoras depende de la conciencia de tener una enfermedad mental que puede ser incapacitante; por ejemplo, durante los episodios de un trastorno psicótico.
- 3— La reacción a un entorno estigmatizador depende de la percepción de uno de los mensajes sutilmente estigmatizadores de otras personas. Esta cognición social puede estar deteriorada en enfermedades mentales graves como la esquizofrenia.

Relacionado con el fortalecimiento y el autoestigma está la cuestión del estigma y la revelación. Revelar la enfermedad mental de uno puede tener tanto beneficios significativos (como por ejemplo el posible aumento del autoestima y disminución del estrés de mantener la enfermedad en secreto), como costes, por ejemplo la desaprobación social. Que las personas decidan o no revelar su condición dependerá del contexto y de su sentido de la identidad. Valorando los costes y beneficios la persona decidirá si revela su condición a su entorno o no.

Sobre esta cuestión, puede hacerse una mención especial a un artículo recientemente publicado en *Lancet* titulado “Los muchos estig-

mas de la enfermedad mental”. Está escrito por Kay Redfield Jamison, psicóloga norteamericana de reconocido prestigio en el campo del trastorno afectivo bipolar. En el artículo mencionado la autora cuenta las consecuencias que ha tenido la publicación de un libro titulado “Una mente inquieta” donde la autora hace público que ella misma padece un trastorno afectivo bipolar y cuenta su experiencia con la enfermedad.

En el artículo la autora refiere que la decisión de no revelar la propia enfermedad mental es muy entendible y respetable. No obstante, en su opinión, éste hecho perpetúa la percepción social de que la enfermedad mental es intratable, ya que la sociedad sólo habla y conoce la enfermedad mental de los pacientes violentos, los sin hogar psíquicamente enfermos, la refractariedad al tratamiento... Es decir, la sociedad no conoce el hecho de que muchas personas de esta sociedad como conductores de camiones, secretarios, profesores, abogados, médicos e incluso políticos que padecen una enfermedad mental, responden al tratamiento y trabajan y funcionan en la sociedad con éxito, como cualquier otro ciudadano.

2) El miedo al estigma como barrera para usar los servicios sanitarios

Por todos los clínicos de la salud mental es conocido el hecho de que una gran proporción de la sociedad que se beneficiaría de un tratamiento psiquiátrico no accede al mismo, y más aún la alta tasa de abandonos del mismo de personas que sí han iniciado algún tratamiento. Estos hechos no ocurren sólo en relación a las enfermedades mentales menores (como los trastornos adaptativos), sino también en los trastornos graves. De hecho, algunos estudios sugieren que menos de dos tercios de las personas con esquizofrenia siguen tratamiento.

Esta cuestión es frecuentemente debatida en múltiples foros, y los modelos de creencias



de salud explican por qué las personas deciden no tomar parte en tratamientos. Estos modelos asumen que los humanos actúan racionalmente en formas que disminuyen las amenazas percibidas (los síntomas de enfermedad) y aumentan los beneficios percibidos (la mejora de la salud después del tratamiento). Elementos clave en la ecuación que producen comportamiento relacionado con la salud son los efectos negativos de tratamiento, tales como los efectos secundarios de la medicación. Este factor junto la escasa conciencia de enfermedad de algunos pacientes son las principales causas a las que se les atribuye la alta tasa de abandonos de tratamiento psiquiátrico o, incluso el no inicio del mismo. Ésta es una razón importante para la alta tasa de recaídas, y la enorme carga económica en costes de hospitalización que genera. Pero existen otros factores importantes que pueden contribuir a estos hechos, como la importancia del efecto del entorno social: que el seguir tratamiento conlleve ser etiquetado y estigmatizado como una persona con enfermedad mental.

Son denominadas “*consumidores potenciales*” las personas con enfermedad mental que tratan de evitar el estigma no recabando atención psiquiátrica. Se consideran a sí mismos parte del público, son conscientes de los prejuicios comunes contra las personas con enfermedad mental y no quieren ser vistos como parte de la minoría “enferma mental” y pretenden evitar así el estigma público. A diferencia de otros grupos estigmatizados, como las personas de color, las personas con enfermedad mental no comparten un estado visible con facilidad. Por tanto, la clave individual más importante que produce el estigma público es el etiquetado, que deriva normalmente del contacto con los servicios psiquiátricos. Así, los consumidores potenciales pueden optar por no acceder a la atención como manera de evitar esta etiqueta.

Existen varias investigaciones actualmente que apoyan la afirmación de que el estigma limita el uso de los servicios. A destacar dos estudios¹ relacionados con esta hipótesis realizados con estudiantes de medicina y odontología. Al contrario de lo que se podría esperar, quienes deberían saberlo mejor evitan el tratamiento debido al miedo al estigma: sólo un tercio de los estudiantes de medicina y odontología con niveles clínicos de angustia buscó ayuda porque les preocupaba el estigma.

Investigaciones adicionales tienen que confirmar el vínculo entre el estigma y el uso de los servicios; pero los datos disponibles hasta ahora parecen suficientes para indicar que la reducción del estigma público y del autoestigma sería un medio importante para aumentarla.

Formas de reducir el estigma

En muchos países, grupos de consumidores se han centrado activamente en la lucha contra el estigma en un intento de mejorar la vida de las personas con enfermedad mental. Existen un gran número de programas con éxito. Sin ser exhaustivos destacaremos un par de ellos:

Como ejemplo de particular éxito en los EEUU, la asociación *NAMI (National Alliance for the Mentally Ill)*, constituida por familiares de personas con enfermedad mental, ha estado utilizando estrategias de educación del público para disminuir las condiciones estigmatizadas; por ej., presionando para una protección legal más eficaz para las personas con enfermedad mental en las áreas de vivienda y el trabajo. El programa *NAMI*, llamado “*destrozaestigmas*”, se ha utilizado con éxito para protestar contra situaciones concretas de estigmatización en los medios de comunicación en varios estados de EEUU.

¹ Chef-Graham CA, Rogers A, Yassin N. “I wouldn’t want it on my CV or their records”: Medical students’ experiences of help-seeking for mental health problems. *Med Educ* 2003;37:873-80.

Ey S, Henning KR, Shaw DL. Attitudes and factors related to seeking mental health treatment among medical and dental students. *J Coll Stud Psychoter* 2000; 14:23-39



Por su parte, en Alemania, hay varias campañas en marcha contra el estigma. BASTA, la alianza para las personas enfermas mentales (llamada previamente “Acción Bávara Contra el Estigma”; “basta” también significa “parar” en italiano y alemán), con sede en Munich se mueve en varios campos, incluidas campañas de protesta que utilizan el correo electrónico, programas de educación integrales en los colegios y academias de policía con participación activa de consumidores de salud mental, educación de los medios de comunicación y exhibiciones de arte de personas con enfermedad mental y otras actividades culturales. Otra iniciativa alemana importante es *Irrsinnig Menschlich* (“locamente humano”) con sede en Leipzig. También llevan a cabo diversas actividades como el proyecto escolar “¿Loco? ¡Y qué!”, que aumenta la conciencia de enfermedad mental de los estudiantes, y el taller de cine internacional “Contra las Imágenes en Nuestra Cabeza”, un programa práctico para reducir el estigma y mejorar la vida de las personas con enfermedad mental.

Otros ejemplos de éxito son la campaña *Like Minds* de Nueva Zelanda que incluye un gran número de iniciativas locales, regionales y nacionales, incluida la participación activa de las personas con enfermedad mental en todos los niveles; y *Sane Australia*, una campaña contra el estigma de ámbito nacional activa desde hace 20 años y con particular éxito en la educación de periodistas y la lucha contra los mensajes estigmatizadores de los medios de comunicación.

Un ejemplo más de campaña es Zero Stigma, campaña promovida en el ámbito europeo por EUFAMI (Federación Europea de Asociaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental).

Como ejemplo en el estado español podríamos mencionar la campaña “Todos somos parte del tratamiento de una enfermedad mental”, lanzada en 2005 por el Ministerio de Sanidad y Consumo, en colaboración con asocia-

ciones científicas (como la SEP y la AEN) y asociaciones de familiares (FEAFES).

En el caso particular de la esquizofrenia, la Asociación Psiquiátrica Internacional (WPA) comenzó en 1996 el programa internacional “Open the Doors” para luchar contra el estigma y la discriminación asociados a dicha enfermedad (www.openthedoors.com) Se escogió la esquizofrenia como centro del programa porque es un trastorno importante con síntomas que el público asocia típicamente con la enfermedad mental y porque la rehabilitación de las personas con esquizofrenia se dificulta con frecuencia por las dificultades asociadas al estigma. La iniciativa de la WPA intenta aumentar la conciencia y el conocimiento de la naturaleza de esquizofrenia y las opciones de tratamiento para mejorar las actitudes públicas sobre los individuos con esquizofrenia y sus familias y generar acciones para eliminar la discriminación y el prejuicio.

Estrategias de lucha contra el Estigma

Se han utilizado tres estrategias principales para luchar contra el estigma: la protesta, la educación y el contacto.

La protesta

La protesta se aplica a menudo frente a declaraciones públicas, reportajes de medios de comunicación y anuncios estigmatizadores. Muchas de estas intervenciones de protesta han conseguido cambiar estas declaraciones públicas. Un ejemplo alemán es el movimiento alemán BASTA ya mencionado, que usa el correo electrónico para alertar rápidamente a sus miembros sobre anuncios o mensajes estigmatizadores de los medios de comunicación. Alrededor de un 80% de los casos de discriminación contra los que ha actuado BASTA consiguieron detenerse y las compañías o institu-



ciones de medios de comunicación respectivas se disculparon. Normalmente estas campañas eran más eficaces si coincidían varias acciones: si muchas personas escribían al departamento de relaciones públicas y al director o propietario de la compañía o institución respectiva de medios de comunicación. También existen datos procedentes de otros países que de que estas iniciativas son eficaces para disminuir las imágenes públicas negativas de la enfermedad mental.

Sin embargo, se conoce poco sobre el efecto de la protesta frente a los prejuicios de las personas. La investigación de la psicología social ha encontrado que la protesta lleva a la supresión de pensamientos estereotípicos y conducta discriminatoria. Por desgracia, hay dos problemas con los que nos podemos encontrar como consecuencia de la supresión. En primer lugar, la supresión es un proceso exigente en cuanto a esfuerzo y recursos que reduce los recursos de atención, de manera que las personas tienen menos posibilidades de aprender nueva información que refute el viejo estereotipo estigmatizador. Y en segundo lugar, parece haber un efecto de rebote en la supresión de estereotipos de los grupos minoritarios. Los sujetos a quienes se pidió que dejaran de pensar estereotipadamente tenían de hecho tras un tiempo más pensamientos estigmatizadores que antes. Así, la protesta parece ser una forma útil de reducir las imágenes públicas estigmatizadoras de la enfermedad mental, pero, puede ser menos apropiada para cambiar los prejuicios de las personas. Como estrategia de reacción puede ayudar a reducir el comportamiento público estigmatizador, pero es menos probable que sea eficaz en la promoción de actitudes positivas nuevas.

Como ejemplo local, podríamos mencionar las cartas enviadas a diversos periódicos regionales y nacionales, por la Asociación Vasco Navarra de Salud Mental OME-AEN, como protesta a los mensajes que contiene la película "Skizo", mencionada anteriormente, pues

asocia de forma evidente enfermedad mental y violencia.

La educación

La educación trata de disminuir el estigma proporcionando información veraz y equilibrada. Se han utilizado diferentes medios, como libros, vídeos y programas de enseñanza estructurados para transmitir este tipo de información. Se ha comprobado que cursos educativos breves sobre la enfermedad mental reducen las actitudes estigmatizadoras entre una amplia variedad de participantes (funcionarios de policía, trabajadores de la industria, empleados y estudiantes) Sin embargo, la investigación sobre las campañas educativas indica que los cambios de comportamiento a menudo no se evalúan, que el tamaño de los efectos es limitado y que los programas son más eficaces para los participantes que tienen un conocimiento mayor de la enfermedad mental antes de la educación o que tenían contacto de antemano con personas con enfermedad mental. Así, los programas educativos tienden a llegar a aquellos que ya están de acuerdo con el mensaje. Ya que las conductas y las actitudes estigmatizadoras son comunes entre los profesionales de salud mental, las intervenciones contra el estigma eficaces para este grupo son importantes, pero, que se sepa, rara vez han estado disponibles y no se ha evaluado hasta ahora.

Cabe reseñar que el contenido de los programas de educación es importante. Hoy en día predominan los modelos neurobiológicos de la enfermedad mental, sobretudo en la psiquiatría occidental, siendo las causas biológicas de la esquizofrenia una parte principal del mensaje en los programas educativos. La esperanza que subyace a este enfoque es que ver la enfermedad mental como un problema bioquímico reducirá la vergüenza y la culpa asociadas. Sin embargo, es posible que este mensaje "neurobiologicista" pueda, a ojos del público, convertir a las personas con enfermedad mental en



“casi una especie diferente” aumentando la distancia entre “nosotros” y “ellos”. Existen varios estudios en los que se demuestra que describir la enfermedad mental en términos médicos en lugar de psicosociales lleva a endurecer la conducta hacia las personas con enfermedad mental. Dados los datos obtenidos en diversas investigaciones y la complejidad de las interacciones entre los genes y el ambiente, podríamos concluir que el mensaje de la enfermedad mental como “genética” o “neurobiológica” puede no ser sólo muy simplista sino también de poca utilidad para reducir el estigma.

El contacto

El contacto con personas con enfermedad mental puede ayudar a aumentar los efectos de la educación sobre reducción del estigma. La investigación ha mostrado que es menos probable que miembros de la mayoría que han conocido a miembros de grupos minoritarios estigmaticen a miembros de esa minoría. Por tanto, el contacto puede ser una estrategia importante para disminuir los estereotipos y el estigma de salud mental. La investigación muestra que el contacto tanto durante la formación antes de la graduación, como en una situación experimental reducía el estigma y mejoraba las actitudes positivas. Los resultados de diversas investigaciones indican que el contacto puede ser la parte más eficaz de la intervención.

Hay varios factores que crean un entorno ventajoso para el contacto interpersonal y la reducción del estigma. Esto incluye la igualdad de status entre los participantes, una interacción cooperativa así como el apoyo institucional para la iniciativa del contacto. Por ejemplo, un programa escolar tendrá más éxito si sus esfuerzos encuentran apoyo del director y si permite debates informales entre el consumidor y los estudiantes, en vez de un consumidor hablando frente a una audiencia silenciosa de estudiantes. La cooperación durante el trabajo ofrece también una buena oportunidad para

conseguir una igualdad de status de los consumidores y los miembros de la mayoría si ambos participan en la misma tarea.

En definitiva, el contacto combinado con la educación parece ser el camino más prometedor. Sin embargo habría que recordar una limitación existente de toda iniciativa contra el estigma que se centre en un comportamiento específico de un cierto grupo, p.ej., los empleadores locales y su negativa a ofrecer trabajo a las personas con enfermedad mental. Por una parte, los prejuicios y el comportamiento de un grupo son un objetivo atractivo, porque reducen la complejidad del fenómeno del estigma y se centran en un objetivo relevante. Por otra parte, las áreas de discriminación individual, estructural y autoestigma llevan innumerables mecanismos de estigmatización. Si un mecanismo de discriminación se bloquea, un grupo estigmatizador poderoso puede crear siempre nuevas formas de discriminación. Si, p.ej., se protege a las personas con enfermedad mental con una nueva legislación laboral, los empleadores pueden encontrar nuevas maneras informales de no emplearlos o de despedirlos. Por tanto, para reducir sustancialmente la conducta de discriminación, se ha de efectuar un cambio fundamental en las actitudes relacionadas con el estigma de los grupos de poder.

Conclusiones:

- El estigma es un fenómeno complejo; se necesita mucha más información sobre el estigma público, el autoestigma, el impacto del estigma en las familias de las personas con enfermedad mental y sobre la discriminación estructural de las personas con enfermedad mental, especialmente dentro del sistema de atención sanitaria.
- Carecemos de información sobre los diferentes efectos que el estigma tiene sobre las personas con trastornos men-



tales diferentes. Es poco probable que personas con diversos trastornos se enfrenten a las mismas actitudes estigmatizadoras y reaccionen ante la discriminación de la misma manera.

- Aunque las iniciativas actuales contra el estigma tienen ciertamente buena intención, es necesario más trabajo empírico para averiguar cuáles son las mejores estrategias y contenidos para reducir las actitudes y el comportamiento estigmatizador, y en qué grupo diana actuar preferentemente.
- Necesitamos averiguar si, además de los enfoques públicos, los enfoques psicoterapéuticos podrían apoyar a las personas con enfermedad mental a afrontar

mejor el estigma hasta que el estigma público haya disminuido sustancialmente. En este contexto necesitamos también más información sobre la relación entre estigma, emociones como la vergüenza y la autoestima.

- El estigma público tiene un impacto importante sobre muchas personas con enfermedad mental, especialmente si lleva al autoestigma, y puede interferir con diversos aspectos de la vida, incluido el trabajo, la vivienda, la atención sanitaria, la vida social y la autoestima. Para apoyar a las personas con enfermedad mental, son necesarias campañas eficaces contra el estigma a largo plazo para reducir el estigma público en la sociedad.



Correspondencia: **Ainara Arnaiz.**
ainaralaranja@hormail.com

BIBLIOGRAFÍA

- Rüsck N., Matthias C., Angermeyer, Patrick W., Corrigan. El estigma de la enfermedad mental: Conceptos, consecuencias e iniciativas para reducirlo. *European Psychiatry* 2006; 13: 165-176.
- Redfield Jamison K. The many stigmas of mental illness. Vol 367 February 11, 2006.
- Kay R. Jamison, Una mente inquieta, Tusquets, Barcelona 1996 (del inglés). ISBN: 84-7223-962-4.
- Uriarte Jose J. Violencia, Enfermedad Mental y Estigma. *Newsl (Soc Esp Psiquiatr Leg)* 2005; 14
- Chef-Graham CA, Rogers A, Yassin N. "I wouldn't want it on my CV or their records": Medical students' experiences of help-seeking for mental health problems. *Med Educ* 2003;37: 873-80.
- Ey S, Henning KR, Shaw DL. Attitudes and factors related to seeking mental health treatment among medical and dental students. *J Coll Stud Psychoter* 2000; 14: 23-39.