

El estigma en la salud mental

UN RETO PARA EL SIGLO XXI

M^a PILAR SABATER MATEU: Enfermera. Especialidad de Salud Mental. Licenciada en Historia. DEA. Profesora Titular. Escuela de Enfermería. Universidad de Barcelona.
 ASSUMPTA RIGOL CUADRA: Enfermera. Especialidad de Salud Mental. Licenciada en Antropología Social y Cultural. DEA Profesora Titular. Escuela de Enfermería. Universidad de Barcelona.
 psabater@ub.edu

Resumen

Se profundiza en las causas de la pervivencia del estigma de la enfermedad mental en nuestra sociedad a través de la revisión conceptual; de una aproximación al desarrollo histórico reciente de la psiquiatría y la salud mental en el estado español; y de constataciones diversas obtenidas de estudios recientes sobre el tema. Destaca la utilidad de documentación crítica para contrastar interpretaciones academicistas tradicionales y el interés indispensable de que los estudios de investigación conduzcan a la reflexión y guía de la praxis profesional enfermera.

THE STIGMA MENTAL HEALTH BEARS. A CHALLENGE FOR THE 21ST CENTURY

Summary

The authors make an in-depth study about the reasons why a mental health stigma perseveres in our society by means of a conceptual analysis, a summary of recent historical development in psychiatry and mental health in Spain, and diverse evidence obtained from recent studies in this field. The authors emphasize the usefulness of critical documentation to contrast traditional academic interpretations and requisite interest of research studies which lead to reflection and a guide for professional nursing practice.

Introducción

El impacto producido por el nombramiento del Premio Nobel de Economía John Nash, (capaz de grandes logros científicos a pesar de padecer una grave enfermedad mental, de la que consiguió recuperarse y fue motivo de inspiración de un libro y la película «Una Mente maravillosa») [1], sumado a que la OMS declarase año internacional de la Salud Mental el 2001, entre otros, han sido acontecimientos emblemáticos que han captado la atención del tema del estigma y la enfermedad mental desde los más diversos foros y medios sociales. Seguramente, se trata de «desempolvar» un viejo problema al que todavía le queda mucho para su superación definitiva, lo cual no impide reconocer que en pleno siglo XXI, tanto en países de altos como de bajos ingresos económicos, se continúa estigmatizando a las personas con trastornos mentales y a sus familias. Esto se traduce en estereotipos negativos que afectan a su vida diaria, que llevan a la discriminación y la negación de, incluso, los más elementales derechos humanos. En todo el mundo, las personas con trastornos mentales se enfrentan a la negativa de empleo y de oportunidades desde educación, de discriminación en los programas de vivienda y en sistemas de salud (OMS, 2004) [2].

Al revisar documentación sobre el estigma y la enfermedad mental, se localizan, básicamente, tres grupos de aportaciones: **a) estudios monográficos** desde diversas disciplinas (Medicina, Psicología,

Antropología, etc.), destacando el trabajo monográfico (referente previo para muchos otros) realizado por E. Goffman (1998) [3] desde la Sociología; **b) declaraciones y formulaciones institucionales**, desde organismos políticos y de salud (como la OMS, el CIE y la Comunidad Europea) y **c) aportaciones profesionales** desde literatura y espacios científicos diversos, especialmente los dedicados a la salud mental. Aunque esos grupos de documentación informan muy convenientemente sobre el estado de la cuestión de la enfermedad mental y del estigma, aquí, por los límites que impone el espacio, parece más oportuno focalizar específicamente la atención en aquellos trabajos que mejor nos conducen en nuestro propósito de reflexionar en torno a ¿por qué el estigma de la enfermedad mental, todavía en el siglo XXI?

En concordancia con la premisa expresada, constatamos que la suerte del enfermo y del estigma que

ción histórica a la psiquiatría contemporánea en España de E. González Duro (2000, 2002) [6,7] nos ha resultado fundamental y desenmascaradora para nuestro propósito, sin obviar otras aportaciones desde distintos ámbitos disciplinares y la valiosa percepción de los propios implicados. Finalmente, entre otros estudios, el realizado en España por la Universidad Complutense de Madrid y Caja Madrid (2006) [8], sobre el estigma y la enfermedad mental constata, con datos recientes y próximos, la presencia del estigma en nuestro medio y aporta elementos para reflexionar y, a nuestro juicio, reconducir, nuestra praxis profesional.

Sobre el concepto de estigma

Entre las distintas teorías psicológicas que han tratado el estigma, una de las actuales es la de la estigmatización propuesta por Highhat (2001) [4]. Según

Sin un intercambio cotidiano saludable con los demás, nos convertimos en desconfiados e inseguros

le acompaña está relacionada con épocas socio-históricas y con la conceptualización que, en esos momentos, se tiene de la enfermedad mental (Fernández Cortés, 2002) [4]. Sin embargo, resultaría iluso quedarse conforme con esta argumentación, dado que en la segunda mitad del siglo XX, en muchos países del mundo occidental (EEUU, Canadá, Inglaterra, Italia, etc.) se producen cambios importantes en el ámbito de la asistencia (como la apertura de los manicomios y la participación comunitaria en el tratamiento de las personas que sufren trastornos mentales), sin que esos cambios humanizantes hayan modificado, sustancialmente, los prejuicios que la sociedad tiene en torno a las personas con enfermedad mental. Simultáneamente, diversos organismos internacionales vinculados con la salud (OMS, CIE y WPA o Asociación Psiquiátrica Mundial, entre otros) no han cesado de evidenciar el problema y establecer recomendaciones al respecto, habiendo iniciado, respectivamente, un programa internacional para luchar contra el estigma y la discriminación derivados de la esquizofrenia [5]. En consecuencia, si cambia la forma de entender la enfermedad y los enfermos mentales y el estigma no desaparece, ni parece que se reduce ¿qué sucede?

Comprobamos que el mero conocimiento del recorrido histórico, no basta. Hace falta contrastar, si se puede, alguna que otra versión que facilite una lectura crítica de los acontecimientos, sin prejuicio del estatus profesional. En este sentido, aparte de la insustituible aportación conceptual de E. Goffman (1998) en su estudio sobre el estigma, la aproxima-

este autor a la sociedad le interesa tener una catalogación de personas más débiles y menos productivas que otras («las normales»), que se verán así más fuertes y mejor capacitadas, comparativamente. Este potencial de los fuertes es utilizado para acrecentar atributos negativos en los débiles, en la medida que sus respuestas no cubren las expectativas de la mayoría, provecho interpretado también por diversos autores, como factor de lucha por el poder socio-económico (Goffman, 1998 [3], Gram Scambles [4], Runte Geidel et al, 2001 [9]). El término estigma procede de los griegos, al referirse a signos corporales (como cortes o quemaduras) que permitían advertir que el portador era una persona corrupta (como un esclavo o un criminal) a quien debía evitarse, especialmente en lugares públicos. Posteriormente, con el cristianismo se añadieron dos signos más, las erupciones en la piel y los signos corporales de perturbación física. En la actualidad el término es usado con un significado parecido, aunque los tipos de males que generan estigma han cambiado, y con ello se designa al mal en sí mismo y no a las manifestaciones corporales [3].

De esta forma, la sociedad establece medios para catalogar a las personas, aunque sólo se consideran atributos indeseables aquellos incongruentes con nuestro estereotipo acerca de cómo debe ser un determinado tipo de personas. «Un estigma es, pues, realmente, una clase especial de relación entre atributo y estereotipo» [3]. Los «normales» son aquí los que no se apartan negativamente de las expectativas particulares en cuestión. El hecho es que, sin pensar-

lo, actuamos como si la persona estigmatizada no fuera totalmente humana y, en consecuencia, practicamos diversos tipos de discriminación, privándola de sus derechos o beneficios (Programa de la AMP, 1996) [10] y favoreciendo la confección de una ideología del estigma, mediante la que reducimos las expectativas de vida de la persona estigmatizada.

Consecuencia de esa actuación discriminatoria, la persona estigmatizada, carente de la retroalimentación que supone el intercambio cotidiano y saludable con los demás, se sentirá insegura (o desconfiada, u hostil, ansiosa, depresiva, etc.) a sabiendas de que existe algo en su vida que los demás no aceptan y no puede arreglar. Sin embargo, hay grupos de personas (a quienes Goffman llama «personas sabias») entre quienes sí que puede confiar, ya que le conocen de cerca, están informadas y simpatizan con él. Entre estos grupos encontraríamos: a) quienes su sabiduría

tizada, percibe esta situación como amenazante, reduciéndose o eliminándose el apoyo que recibe. Como sabemos por diversos estudios, como EPI (Estudio piloto de la esquizofrenia) y DOSMD (*Determinant of Outcome of Severe Mental Disorders*), las personas con trastorno mental muestran un pronóstico muy diferente dependiendo de la conformación de su red social, de las expectativas de la familia y otros sujetos sociales y en función de los prejuicios y estigma sobre su estado. «El estigma es un factor responsable de la ruptura de los lazos con el mundo social, de los fracasos continuados en la inserción, de las cadenas de reingresos y de las reticencias de los afectados a cumplir con los tratamientos» (Martínez, A. 2004) [11].

En la actualidad, cuanto más se desvía una persona de lo que se esperaba de ella, o más se aleja de la dirección deseable, más obligada está a brindar infor-



procede del ámbito profesional, que satisfacen tanto las expectativas del estigmatizado como las que la sociedad adopta frente a ellas (por ejemplo, profesionales de salud mental); b) aquellos cuya sabiduría procede de lazos afectivos con el estigmatizado (por ejemplo, esposa del enfermo mental) y en quienes la sociedad expande fácilmente el estigma del estigmatizado, es decir, actúa como si se tratara de una sola persona. Esta extensión del estigma hacia círculos que rodean a las personas estigmatizadas, o estigmatizables (aspecto confirmado en el caso de las familias por el estudio de Caja Madrid) hace que muchas personas afectadas (enfermos y su entorno) eviten o reduzcan sus contactos. A su vez, la persona estigma-

mación «voluntariamente» sobre sí misma, aun cuando el precio que debe pagar por esta sinceridad sea sumamente alto, dado que el problema principal no es tanto manejar la tensión durante el cara a cara de los contactos sociales, como gestionar la información acerca de la propia deficiencia. Y es así como la cruel situación del estigma, obliga a los discriminados a encubrir información sobre sus vidas, ya sea parcial (cuando una diferencia es poco perceptible y se puede aprender a mantener el secreto), o total (enfermos y familiares ocultan la enfermedad, aspecto confirmado por el estudio de Caja Madrid). Así, es común pasar por ciertas fases de aprendizaje, consistentes en: a) conocer el punto de vista de los norma-

les para saber si un determinado estigma está o no descalificado; b) aprender cómo esos «normales» tratan a personas como ella o de su misma clase. La cuestión es que, salvo un rotundo enmascaramiento, es característico de los símbolos del estigma encontrarse continuamente expuestos a la percepción de los demás. En consecuencia, aprender a encubrirse constituye una fase clave de la socialización de la per-

mágicos positivos o posesión demoníaca. En cualquier caso, el castigo y el encarcelamiento ha sido pauta común para los considerados enfermos mentales, de forma que se protegiera de su supuesta peligrosidad al resto de la sociedad.

Sin embargo, en Europa, a partir del siglo XVIII, aparecen tendencias opuestas a las políticas restrictivas. Pinel, reivindica el estatus de enfermo para los consi-

Psiquiatrizamos el sufrimiento que genera la vida, el miedo a la frustración, o la imposibilidad de amar

sona estigmatizada, en la cual necesitará informarse sobre una supuesta estructura de interacción que le permita establecer las líneas en torno a las cuales deberá reorganizar su conducta, si desea minimizar la intromisión de su estigma. La complejidad de este corolario preparativo, frente a la contingencia de aceptación y revelación, permite comprender la agudizada sensibilidad del estigmatizable frente a la que no usan los estigmatizadores en ese mismo frente [3].

Para terminar este apartado, se concretan los elementos fundamentales del estigma social (Hayward y Bright en Eminson, 2001) [4] resumidos en los siguientes apartados:

- Percepción de peligrosidad de la persona con enfermedad mental, acompañada de una sensación de amenaza personal cuando se está con ella.
- Atribución de responsabilidad al enfermo por el origen de su enfermedad, como si se la mereciera.
- Sensación de que la enfermedad se mantiene estática, por lo que no son esperables cambios positivos y, como consecuencia, la evitación y el rechazo resultan inevitables.

Psiquiatría y enfermedad mental en la España reciente: aproximación histórica

El problema fundamental de las personas caracterizadas con estigma social, entre las que se incluyen los enfermos mentales, es el lugar que ocupan en la estructura social (los afrontamientos cara a cara, suponen sólo una parte del problema). Para que esto pueda comprenderse, aparte de conocerles como grupo (saber de sus reacciones y estrategias) resulta preciso vincular el fenómeno con la política y el desarrollo de la historia [3].

En general, las enfermedades mentales se han relacionado desde siempre con diferentes elementos de desviación, condenando a soportar marginalidad y estigmatización. Es válido para el discurrir de la historia en la mayoría de sociedades y culturas (Moodley, 2000) [4], con la salvedad de aquellas donde al enfermo mental se le da un enfoque sobrenatural o mágico-religioso, adjudicándole atributos

derados locos; en la misma línea aparece posteriormente, «el Sistema de no Restraint», de Collony en Inglaterra; también las aportaciones de W. Tuke, que inicia la defensa de los locos ante los abusos manicómiales encubiertos a través del tratamiento moral o «reeducativo» de su enfermedad (Grivois, 1982) [4] y, a su vez, se promulga una concepción más medicalizadora que sobrenatural (Leuret, 1840) [4]. No obstante, lo más generalizado hasta el siglo XVIII fue la institucionalización de estos enfermos, con el maltrato físico y psicológico como abordaje (García y Espino, 1998) [6], aspecto que, todavía hoy, la OMS documenta para algunos países del mundo (OMS, 2004) [2].

En España, en el primer tercio del siglo pasado, las diputaciones intervienen en la estructura asistencial y administrativa de la atención psiquiátrica, momento en que se inicia la transformación de la asistencia benéfico-religiosa en favor de la asistencia laica (García y Espino, 1998) [4], aunque el personal religioso continúe participando activamente en dicho proceso asistencial todavía en el presente. Sin embargo, el gran vuelco de la atención psiquiátrica en España proviene de los años 70. Fue una época de luchas difíciles y radicales por parte de profesionales de la psiquiatría progresistas, que a la luz de las revueltas e innovaciones precedentes de otros países del mundo occidental, fueron aquí los pioneros de la llamada Reforma Psiquiátrica en España. A partir de la II Guerra Mundial, se habían dado ya reformas de la Psiquiatría Pública a través de la Psiquiatría Social en Gran Bretaña (cuyo aspecto fundamental fue el rechazo del concepto tradicional de enfermedad mental, para ubicarlo como un problema con un marcado contexto económico e histórico-social) (Duarte, N. 1992) [12]; la Psiquiatría Comunitaria en Estados Unidos y Canadá, la Psiquiatría de Sector en Francia y Suiza y la reforma italiana, que generó el paulatino cierre de los manicmios, etc., por lo que aquí esta reforma llegó tarde e incompleta según ha podido evidenciarse en el transcurso de las décadas posteriores, hasta llegar el momento actual. La cuestión es que, desde los años 60, estos movimientos reformistas fueron desplazando al



manicomio como eje central de la asistencia psiquiátrica, entendiéndolo como deteriorante para la mayoría de los pacientes. Se cuestionó la psiquiatría inmovilista o academicista, es decir, la promulgada por muchas cátedras de Psiquiatría de entonces, donde el manicomio era figura emblemática del internamiento de los enfermos. Por el contrario, se abogó por su apertura con la creación de recursos y dispositivos intermedios que favorecieran un enfoque comunitario con participación de las familias, del paciente y del entorno en su tratamiento y rehabilitación, con el objetivo de que los enfermos pudieran vivir en su medio, obtener una ocupación profesional y un espacio digno en la sociedad.

En el ámbito del ejercicio profesional, se abogó por la reflexión en la praxis de los equipos, entendidos como un cúmulo de saberes a partir de las aportaciones de los distintos profesionales y en contra de visiones totalitarias o fragmentadas que dificultaban la visión global de la situación del enfermo en su contexto. Con los nuevos enfoques y la llegada de la transición democrática, el término de psiquiatría se sustituyó por el de salud mental, según se viene llamando desde entonces. El nuevo enfoque de la salud mental, disgregaba el concepto de patología

psiquiátrica tradicional en tres grupos de demandas previsibles: a) los que se desviaban del comportamiento social normativo (como psicóticos, psicópatas, etc.); b) los que presentaban resistencias específicas de adaptación (como neuróticos, etc.); c) los grupos más vulnerables o con mayor riesgo de enfermar (personas en situaciones críticas, etc.). Se entendía que estos padecimientos que, tradicionalmente, eran tratados de una forma más psiquiatrizante, es decir, aislando al enfermo de su contexto, con la nueva significación podían interpretarse como una respuesta típica de la salud mental que, a través de intervenciones psicosociales, permitían el abordaje de un desarrollo conflictivo contextualizado. En suma, aunque el período no estuvo exento de resistencias y dificultades, se obtuvieron grandes logros, aunque parciales, donde los profesionales más conservadores esperaban otros tiempos, como efectivamente han venido [6].

En 1985, una Comisión Interministerial creada al efecto, elaboró un documento para la Reforma Psiquiátrica en España y un año después, en 1986, aparecía la Ley General de Sanidad, cuyo Capítulo 20, estaba dedicado a la salud mental. Ambos documentos fueron innovadores y abogaban, entre otros aspectos

tos, por el abordaje comunitario, aunque como se indicaba antes, el despliegue completo de dicha reforma no se ha llegado a dar y lo que ha sucedido es bien distinto. La salud mental ha sido planificada por gestores y/o políticos de la sanidad, que han primado los procesos privatizadores y la racionalidad empresarial y de mercado, en detrimento del enfoque público más propio del estado de bienestar. Situación similar se ha dado en los países en desarrollo, donde instituciones financieras como el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional, vinculan las reformas privatizadoras a los préstamos y programas de ajuste estructural, ajustes que exigen a los gobiernos la introducción de mecanismos de mercado y reducción del gasto en los servicios públicos [13]. Todo ello se traduce en que la organización de la estructura administrativa de los servicios y de los profesionales (duración, frecuencia, etc.) debe ajustar su praxis a las normas de esas instancias superiores, quedando desdibujadas las actuaciones preventivas y, en ocasiones, hasta la misma comunidad. No obstante, la nueva disciplina de salud mental se presenta como renovada en sus textos, partícipe de la atención comunitaria y, en realidad, integrada en el sistema de salud general. Es cierto que al enfermo mental se le considera como a cualquier otro, que se priorizan aspectos preventivos de la enfermedad, pero los enfermos crónicos tienden a ser deficientemente atendidos. La cuestión es que el nuevo abordaje en salud mental, ha sido «comparado a un híbrido, con una remedicalización de la asistencia psiquiátrica, complementada con una psicopsicología ambigua de la prevención y una rehabilitación evanescente» traducible en una «síntesis mixtificante y sumamente frágil» [6].

Simultáneamente, y a la luz de investigaciones diversas, desde hace dos décadas, en nuestra sociedad «existe una tendencia a psiquiatrizar o psicologizar el sufrimiento que genera la dificultad de vivir, o las ansias de éxito o el miedo a la frustración, o la imposibilidad de amar o ser amado, la soledad, el aislamiento, la carencia de raíces, la difusión de la propia identidad, etc. y se busca una solución rápida y efectiva para las vidas». Estas demandas, cada vez más numerosas, necesitan inmediatez de respuestas que los profesionales especializados han debido dar, a costa de trivializar, si cabe, la misma patología psiquiátrica, al «patologizar» determinados comportamientos atípicos, fruto de sufrimientos más o menos extremos. Con el fin de aliviar estas situaciones, se han creado fármacos, que mediante los medios de comunicación han sido interpretados como «milagrosos» o «panaceas» ante la vida, incluso para quienes no se sienten enfermos [6].

Desde distintas aportaciones (como Duro E., 2002; Alberdi RM, 2006 [14]) este nuevo escenario se ha interpretado como peligroso, por varios motivos: a)

porque implica «patologizar» etapas o acontecimientos comunes de una vida (como la menopausia o como el caso de los niños inquietos con una dificultad de adaptación específica, ahora denominado síndrome de hiperactividad y déficit de atención, etc.) que, de por sí, es dinámica y no lineal, en la que las personas sufrimos, envejecemos, etc., para cuyo afrontamiento se precisa más desarrollar que enmascarar estrategias. b) Porque el «patologizar» puede dar lugar a una «producción industrial» (Blech, 2005) [14] de fármacos que terminen resultándonos imprescindibles para encontrarnos «bien». c) Que estas reacciones pueden emerger de un corolario de valores o modelos de bienestar «perfecto» casi «imposibles» de alcanzar [14]. En consecuencia, el psiquiatra en su práctica clínica, se encuentra con ciertas manifestaciones que más que signos de enfermedades son quejas, comportamientos y expresiones de desajustes y malestar (...). El problema es que en estas situaciones «se puede partir de criterios diagnósticos donde diferentes atributos sociales y psicosociales han sido previamente biomedicalizados.» [15]

Con este breve recorrido histórico de un pasado reciente de la salud mental en España, puede apreciarse que la apertura de hospitales psiquiátricos ha significado una gran apuesta, aunque insuficiente. La atención en la comunidad de las personas con trastornos mentales graves ha mejorado, pero la integración continua siendo difícil, ya que ni se ha elaborado una política al respecto, ni en términos económicos y materiales se han invertido los medios que la posibiliten. En consecuencia, sigue también pendiente la elaboración de una política que responda a la falta de información y desmitifique el legado negativo que la sociedad ha recibido del pasado histórico de la psiquiatría (González Chávez, 1980) [4].

Aportaciones de estudios acerca del estigma en la enfermedad mental

En este apartado se ha recopilado y ordenado documentación que favorezca la reflexión de nuestro quehacer profesional, destacando aquellas constataciones más directamente implicadas con el estigma en la enfermedad mental. En este sentido, el análisis detallado permite observar cómo el estigma afecta también a los diversos agentes implicados en el problema, como profesionales y familiares. Igualmente, se aprecia la vinculación a determinados estereotipos, sobre todo de peligrosidad, que además no son los mismos para todas las patologías y de cuya presencia se deriva la discriminación, que resulta acumulable a otras discriminaciones. Se resalta también la falta de formación sobre el estigma en el ámbito universitario, con supuesta trascendencia negativa para la formación de profesionales (tabla 1).

CONSTATAIONES ACERCA DEL ESTIGMA Y LA ENFERMEDAD MENTAL

APORTACIÓN	REFERENCIA	SÍNTESIS
La enfermedad que más estigma comporta es la esquizofrenia, lo que justifica que el programa de la Asociación Mundial de Psiquiatría se centre en ella.	López Ibor JJ (2001) [17]	Mayor estigma: esquizofrenia.
La totalidad de personas entrevistadas consideró que existen estereotipos de peligrosidad asociados a la enfermedad mental.	(Universidad Complutense y Caja Madrid, 2006) [6]	Presencia de estereotipos de peligrosidad.
En la esquizofrenia el estereotipo de peligrosidad tiene un fuerte efecto negativo.	(Angermeyer, 2003) [20] (Lai et al, 2000) [4]	Estereotipo de peligrosidad: esquizofrenia
En la depresión el estereotipo corresponde a debilidad y holgazanería.	(Lai et al, 2000) [4]	Estereotipos distintos según patologías.
No se observó ningún efecto en las actitudes públicas defensivas hacia personas con depresión mayor.	(Angermeyer, 2003) [20]	Ausencia de estereotipos de peligrosidad en depresión.
Es mayor la peligrosidad asociada a la enfermedad mental que al retraso mental.	(Schwartz y Armony Sivan, 2001) [4]	Más estereotipos de peligrosidad en enfermedad mental que en retraso mental.
Si además de padecer enfermedad mental, se pertenece a una raza minoritaria, se sufre doble discriminación	(Byrne, 2000 y Mind, 2000) [4]	Discriminación acumulable.
El estigma y la vergüenza de los padres aumenta seriamente las posibilidades de que la misma reacción se produzca en otras generaciones.	(Lansky, 1992) [4]	Estigma: influencia intergeneracional.
Las personas dedicadas a la atención y cuidado de la salud mental han recibido rechazo y desconfianza desde la mayor parte de otras disciplinas médicas.	(Byrne, 2000) [3]	Estigma: afectación profesionales salud.
El 90% de profesionales de salud mental que tenía un familiar con enfermedad mental se mantuvo callado y no reveló la enfermedad debido a actitudes desprecia-tivas previas de otros colegas.	(Byrne, 2001) [4]	Estigma: afectación profesionales salud.
El 60% de psiquiatras y profesionales de enfermería de salud mental había experimentado situaciones de burla por trabajar con personas con enfermedades mentales.	Byrne, 2000) [4]	Estigma: afectación profesionales salud.
Un tercio de profesionales (psiquiatras y enfermeras de salud mental), había intentado ser persuadido por sus familias para que se dedicase a otra especialidad.	(Lai, Hong y Chee, 2000) [4]	Estigma: afectación entorno profesionales salud.
Se ha observado que muy pocos libros de texto y escasa formación universitaria se dedican a la estigmatización (Byrne, 2000). Esto supone el riesgo de que los profesionales que llegan a la práctica con prejuicios de su propia cultura, puedan manifestar un doble rol en el ejercicio profesional.	(Byrne, 2000) [4]	Estigma: escasa formación universitaria.

TABLA 1

Además de la recopilación anterior, se recogen también los datos más relevantes del estudio: «El estigma y la enfermedad mental. Análisis de las actitudes de rechazo social y estigmatización que sufren las personas con enfermedad» [8], dado que sobre esta temática, es el estudio reciente más amplio realizado en el estado español. En él se ratifican y precisan, con mayor detalle, referencias expuestas anteriormente, como los estereotipos de peligrosidad asociados a la enfermedad mental. Llama especialmente la atención que muy pocas personas con enfermedad mental tienen un trabajo regular (5%), y los diversos ámbitos en los que sufren discriminaciones (incluso en el privado). Finalmente, se resaltan los frágiles contactos sociales que mantienen (un 42% de los casos) y la culpabilización familiar ante los reingresos, atribuida y recibida de parte de profesionales de salud. Indudablemente, suponen llamadas

de atención que no debieran pasar inadvertidas a los profesionales y, muy especialmente, a los dedicados a la atención de la salud mental (tabla 2).

La tabla 3 muestra el desglose de los estereotipos más frecuentes asociados con la enfermedad mental donde, además de la ya reiterada peligrosidad, llama la atención la atribución de responsabilidad de su padecimiento al propio enfermo.

Respecto a su capacidad de asociarse, se entiende que el 28% de casos que acude a Centros de Rehabilitación Psicosocial o Rehabilitación Laboral, lo hace porque está siguiendo un tratamiento, por lo que se mantiene la alusión anterior de que estos pacientes tienen redes sociales muy limitadas (tabla 4). En cuanto a los familiares, se comprende que tengan que asociarse a algún tipo de entidad que les proporcione el asesoramiento y apoyo que el Sistema Nacional de Salud también debiera ofrecerles.

ESTUDIO «EL ESTIGMA Y LA ENFERMEDAD MENTAL»
ANÁLISIS DE LAS ACTITUDES DE RECHAZO SOCIAL Y ESTIGMATIZACIÓN
QUE SUFREN LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD [8]

EXTRACTO GENERAL DE LAS CONCLUSIONES

EXTRACTO DEL ESTUDIO	CLAVES ESENCIALES
El 18% de la población general, el 28% de los familiares e incluso el 20% de las personas con enfermedad mental crónica entrevistadas, creen que las personas con enfermedad mental suponen un riesgo si no se las hospitaliza. De forma contraria y contundente, el 99% de los profesionales creen que no.	Considerados peligrosos.
El principal ámbito de discriminación para las personas con enfermedad mental es el laboral; sólo el 5% de las personas con enfermedad mental entrevistadas tiene un empleo regular.	Mayor discriminación: ámbito laboral (sólo 5% trabaja regularmente).
Solo el 14% de las personas con enfermedad mental crónica tiene pareja estable y un 18% afirma no tener ningún amigo. El 24% no sale nunca de casa o lo hace pocas veces.	42% escasos contactos sociales.
Los profesionales tienden a culpabilizar más a las familias por las recaídas que los demás grupos (población general, familiares y usuarios). Los familiares no ven el origen de recaídas en los propios problemas familiares.	Profesionales: culpabilización familiar de reingresos.
El 56% de la población general confunde la enfermedad mental con el retraso mental.	56% población confunde la enfermedad mental con el retraso mental.

TABLA 2

ESTUDIO «EL ESTIGMA Y LA ENFERMEDAD MENTAL»
ANÁLISIS DE LAS ACTITUDES DE RECHAZO SOCIAL Y ESTIGMATIZACIÓN
QUE SUFREN LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD [8]

ESTEREOTIPOS MÁS FRECUENTES

EXTRACTO DEL ESTUDIO	CLAVES ESENCIALES
Peligrosidad y relación con actos violentos (más frecuente entre la sociedad en general, siendo menor y muy escasa esta idea entre profesionales).	Peligrosidad.
Responsabilidad, ya sea sobre el padecimiento de la enfermedad o por no haber sido capaz de ponerle remedio mediante el tratamiento.	Atribución de responsabilidad al enfermo.
Incompetencia e incapacidad para tareas básicas de la vida.	Incompetencia.
Impredecibilidad de su carácter y sus reacciones.	Impredecibilidad.
Falta de control.	Falta de control.

TABLA 3

ENTRE LA POBLACIÓN GENERAL, UN 39% SIENTE PENA POR LOS ENFERMOS MENTALES Y UN 56% CONFUNDE LA ENFERMEDAD MENTAL CON EL RETRASO MENTAL.

Conclusiones

De todo lo expuesto extraemos las siguientes puntualizaciones:

- Que el estigma y la intolerancia a las diferencias, no sólo se mantiene, sino que basándonos en la evidencia, ha aumentado en las últimas décadas, debido, entre otros factores, al incremento de la densidad y diversidad de población en las ciudades, que hace más probable que las personas no sean capaces de tolerar en su vecindario una conducta perturbadora. Igualmente, la mayor complejidad del trabajo en el momento actual, hace más difícil y menos probable que las personas peor cualificadas encuentren empleo, lo que aumenta, indudablemente, el estigma [16].

- Que el impacto de la estigmatización retrasa la búsqueda de ayuda profesional asistencial, ya que genera sentimientos de culpa y vergüenza. También, en su caso, favorece el abandono o falta de adherencia al tratamiento, todo lo cual complica más la ya compleja integración (laboral, socioeconómica y red social, incluida la pareja estable) de los enfermos mentales.

- Que el cierre de los hospitales psiquiátricos ha repercutido en una mayor carga a los familiares que atienden estos enfermos, adoptando el rol de médico, enfermero, psicólogo o asistente social y, al persistir la carencia de ayuda de las redes asistenciales públicas, se ven obligados a vivir la enfermedad en soledad (López Ibor) [17].

- Que además de políticas y recursos que asuman de forma efectiva la rehabilitación psicosocial de estos pacientes (con inserción laboral, estructuras de soporte a enfermos y familiares, etc.) se precisan también cambios de mentalidad y compromiso, con mayor implicación, tanto en la formación como en el ejercicio profesional, que suponga más entrenamiento de los enfermos y sus familias para hacer frente a su vida diaria, sin olvidar la adecuación de la necesaria incursión informativa (sobre la enfermedad y el estigma) en la estructura social.

- Que, dada la falta de conciencia de enfermedad en los trastornos

mentales severos, este aspecto, junto con estrategias para el manejo del estigma, deberían incluirse en su tratamiento, con la aspiración de que fueran los propios pacientes quienes pudieran convertirse en defensores de su situación ante los demás (*self-advocacy*) (Byrne, 2000) [4].

- Que los profesionales de la salud en general y de la salud mental en particular, deberían plantearse el cuidado de la salud, repensando la relación entre pacientes-ciudadanos y profesionales, ya que la salud como bien existencial se hace incompatible e incongruente con la introducción y desarrollo de procesos privatizadores y la racionalidad empresarial y de mercado (Fernández Ochoa, 2002) [13].

ESTUDIO «EL ESTIGMA Y LA ENFERMEDAD MENTAL»
ANÁLISIS DE LAS ACTITUDES DE RECHAZO SOCIAL Y ESTIGMATIZACIÓN
QUE SUFREN LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD [8]

DISCRIMINACIÓN (CONSECUENCIA DE ESTIGMATIZACIÓN Y PREJUICIO.)	
44%	EN ÁREA LABORAL (SOLO 5% TIENE EMPLEO REGULAR).
43%	CON LOS AMIGOS.
37%	DENTRO DE SU FAMILIA.
32%	CON SUS VECINOS.

TABLA 4

PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL CRÓNICA, INFORMAN DE SUS EXPERIENCIAS DE DISCRIMINACIÓN.

• Que a pesar de la escasez de profesionales, es preciso que enfermería –y más concretamente los/las especialistas en salud mental– se asuma como agente muy activo en los cambios sociales, por lo que es imprescindible potenciar el compromiso individual y del colectivo profesional (Rigol, 2006) [18], (Ballester, 2006) [19], repensando, como se indicaba, no solo la relación con el paciente en tanto que ciudadano, sino también la dialéctica entre la cultura de lo público (la solidaridad) y la cultura de lo privado (competitividad) [13] que, en cualquier caso, suponga una reconsideración más inclusiva del paciente y su familia, a través de intervenciones psicosociales y estrategias de educación para la salud en cualquiera de los ámbitos de asistencia.

• Que en armonía con las evoluciones conceptuales, sería igualmente necesario reexaminar la forma en que el tratamiento psiquiátrico es planificado y proporcionado. Además de la evidente necesidad de respetar al paciente y de proteger sus derechos, resulta igualmente importante dar preferencia a tratamientos que no contribuyan al mantenimiento de la estigmatización de la enfermedad (por ejemplo, preferencia por el tratamiento en hospitales generales; necesidad de tratamientos con dosis de fármacos debidamente ajustadas que minimicen los efectos secundarios llamativos y visibles, aunque la reducción de síntomas psiquiátricos sea más lenta y menos completa) [5].

• Que la normalización debería llevarse a cabo mediante la creación de «espacios de escucha social» que permitieran desarrollar habilidades y cualidades de los afectados, respetando sus características, ya que entre las razones del estigma, está presente la actitud monológica y el cierre a cualquier forma de escucha del interlocutor. Los discursos expertos o profesionales no pueden ser los únicos en el escenario terapéutico y social. El riesgo de su presencia única, es también la asunción de un modelo unidireccional que disponga a los afectados, a las familias y a los grupos sociales en una posición de pasividad [12].

• Que las autoevaluaciones positivas y las grandes ovaciones de los recreativos congresos son muy reconfortantes pero que, sin análisis realistas y la consiguiente autocrítica saludable [7] que renueve nuestras mentalidades, difícilmente asumiríamos el reto pendiente que aquí proponemos: extinguir el estigma de la enfermedad mental en el siglo XXI.

Bibliografía

- [1] John Forbes Nash. Disponible en: http://www.laflecha.net/perfiles/ciencia/john_nash [Consultado el 9 de enero de 2007.]
- [2] OMS. *invertir en salud mental*. Ginebra; 2004.
- [3] Goffman E. *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu editores; 1998.
- [4] Fernández Cortés R. Consideraciones en torno a la estigmatización social del enfermo mental. *Interpsiquis*; 2002. Artículos. Disponible en: <http://www.psiquiatria.com> [Consultado el 14.12.06.]
- [5] Sartorius N. El estigma de la enfermedad mental. *Advances in Relational Mental Health* 2003; 2(2). Revista internacional on-line [Consultada el 14 de enero 2006.]
- [6] González Duro E. De la Psiquiatría a la Salud Mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 2000; XX (74):249-260.
- [7] González Duro E. Concepto actual de locura y nuevas formas de tratamiento Norte de Salud Mental 2002; 15:13-22.
- [8] Universidad Complutense de Madrid y Obra Social de Caja Madrid. Comunidad de Madrid. *Estigma y enfermedad mental: análisis de las actitudes de rechazo social y estigmatización que sufren las personas con enfermedad*. Fuentes:
 - a) Nota de Prensa de Presentación del estudio, Madrid, 28 de marzo del 2006. Disponible en: <http://www.google.com> [Consultado el 8.12.06.]
 - b) Noticia de actualidad de 3 de abril de 2006. Disponible en: http://www.portalesmedicos.com/noticias/estudio_estigma_enfermedad_mental_060400 [Consultado el 8.12.06.]
 - c) Europa Press, 14 de agosto 2006. Disponible en: http://www.psiquiatria.com/noticias/atprimaria_y_sm/27809 [Consultado el 8.12.06.]
- [9] Runte Geidel, Ortiz Rebolledo N. Estigma y enfermedad mental: panel de discusión. *Interpsiquis* 2001; (2). Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/articulos/psicosis/2571> [Consultado el 14.12.06.]
- [10] AMP Programa 1996. Disponible en <http://www.psiquiatria.com> [Consultado el 14.12.06.]
- [11] Martínez Hernández A. El reto de la atención comunitaria de la persona con trastorno mental. I congreso la Salud Mental es cosa de todos. Valencia 10 de noviembre 2004.
- [12] Duarte N. As contribuições da sociologia para o estudo das doenças mentais. *J Bras Psiq*; 41 (8): 399-406.
- [13] Allyson Pollok. Globalizar la salud en un mundo global, defendiendo la salud en un mundo polarizado. XIV Jornadas de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública. Informe. Mallorca; mayo 2002.
- [14] Alberdi Castell RM. La construcción del cuidado: un ensayo sobre el poder del diagnóstico, la presencia cuidadora y las palabras. *Rev Presencia* 2006; 2 (3). Disponible en: <http://www.index-f.com/presencia/n3/47articulo.php> [ISSN:1885-0219] [Consultado el 14 de diciembre de 2006.]
- [15] Martínez Hernández A. Anatomía de una ilusión. El DSM-IV y la biologización de la cultura. En: Perdiguer E, Comelles J. *Medicina y Cultura. Estudios entre la Antropología y la Medicina* (ed). Barcelona: Ed. Bellaterra; 2000.
- [16] León Castro MH. Estigma y enfermedad mental. Un punto de vista histórico-social *Revista de Psiquiatría y Salud Mental* 2005; 6(1):32-34.
- [17] Asociación Mundial de Psiquiatría (AMP), 2001. Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/articulos> [Consultado el 8.12.06.]
- [18] Rigol A. ¿Qué hacer contra el estigma asociado al trastorno mental? *Rev Presencia* 2006; 2(4). Disponible en: <http://www.index-f.com/presencia/3/42articulo.php> [ISSN:1885-0219] [Consultado el 14 de diciembre de 2006.]
- [18] Ballester Ferrando D. El compromiso con la Enfermería de Salud Mental. *Rev Presencia* 2006; 2(3). Disponible en: <http://www.index-f.com/presencia/3/42articulo.php> [ISSN:1885-0219] [Consultado el 14 de diciembre de 2006.]
- [20] Angermeyer MC, Matschinger H. El estigma de la enfermedad mental: efectos de la clasificación en las actitudes públicas hacia las personas con trastornos mentales
Fuente: *Acta Psychiatr Scand* 2003;108 (4): 304-309. Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/articulos/psiqsocial/1385> [consultado el 14.12.06.]