
GUÍA DE BUENAS PRÁCTICAS PARA LA REALIZACIÓN DE ACCIONES DE LUCHA CONTRA EL ESTIGMA

Grupo de trabajo Lucha contra el estigma en Salud Mental

Arroyo Cifuentes, José Luis
Díaz Mandado, Olimpia
García de Mateos Granda, Ana María
Gil Sanz, David
González Blanco, María
González Rueda, Raúl
Juanes Gimenez, David
Martín Mora, Susana
Martínez Cabezón, Ana María

01. INTRODUCCIÓN

El estigma se ha convertido en una prioridad para los servicios de rehabilitación y tratamiento en salud mental. No solo supone una vulneración de los derechos humanos de las personas con problemas de salud mental, sino una importante barrera para su recuperación y su inclusión social como ciudadanos y ciudadanas de pleno derecho. Hasta ahora, la revisión de las evidencias sobre las intervenciones para reducir el estigma social ha mostrado la dificultad para modificarlo y, además han señalado los riesgos de la implantación de estrategias ineficaces debido a la generación de efectos indeseados. Sin embargo, la evidencia científica también ha arrojado luz en torno a la identificación de las prácticas más eficaces en la reducción del estigma social y personal¹. Esta guía pretende dar a conocer las **evidencias disponibles** sobre este tipo de intervenciones, facilitando recomendaciones prácticas sobre el tipo de acción o estrategia que se puede desarrollar desde los servicios.

02. DEFINICIÓN Y DIMENSIONES

El **estigma** en salud mental se ha definido como un proceso sociocultural mediante el cual los miembros de un grupo son etiquetados por otras personas como anormales, vergonzosos o indeseables ².

Pese a que esta conceptualización aplicada en salud mental forma parte de las llamadas actitudes sociales, y como tal se estaría hablando de un fenómeno social complejo, podrían diferenciarse dentro del estigma componentes cognitivos, emocionales y conductuales ³. Los componentes cognitivos o **estereotipos** son estructuras de conocimiento aprendidas de la mayoría de los miembros del grupo social. Esta dimensión cognitiva incluye un conjunto de creencias erróneas sobre las personas con trastornos mentales, siendo las más frecuentes las relacionadas con su peligrosidad, impredecibilidad, incompetencia, imposibilidad de recuperación y culpabilidad en el origen de su trastorno ^{3, 4}. El acuerdo con estos estereotipos conlleva reacciones emocionales o **prejuicios** que implicarían una valoración, generalmente negativa, de las personas con trastorno mental, e incluyen reacciones emocionales como el enfado, el miedo o la pena. Finalmente, los prejuicios pueden dar lugar a los componentes conductuales o la **discriminación**, como por ejemplo el trato diferencial en comparación con

personas no diagnosticadas, o directamente la evitación y rechazo del contacto con personas con problemas de salud mental. Esta discriminación puede manifestarse en diferentes ámbitos de la vida de la persona, como en el laboral, familiar, educativo o social ⁵.

03. TIPOS DE ESTIGMA

Se han identificado al menos tres tipos de estigma en salud mental: estructural, social y personal ^{6,7}. Por un lado, el **estigma estructural o institucional** hace referencia a la discriminación existente en leyes e instituciones públicas. Ejemplo de este tipo de estigma serían “las legislaciones que restringen derechos en función de un diagnóstico y no de la presencia temporal o permanente de dificultades reales para su ejercicio” ⁸. Por otro lado, el **estigma social** hace referencia al existente en la población general o en ámbitos específicos, por ejemplo en el laboral, en la familia o en los profesionales.

Por último, el **estigma personal**, que constituye una de las principales barreras para la integración social de las personas con problemas de salud mental. Este tipo de estigma está formado, a su vez, por tres dimensiones ⁷: 1) **estigma percibido o anticipado**, creencias y actitudes negativas que las personas diagnosticadas creen que la sociedad tiene hacia ellos; 2) **estigma experimentado**, vivencias concretas de rechazo, discriminación o falta de oportunidades 3) **estigma internalizado o autoestigma** (en la literatura estos dos términos se usan como sinónimos), definido como “*un proceso subjetivo caracterizado por la aprobación de los estereotipos sobre los trastornos mentales, sentimientos negativos sobre uno mismo y comportamientos desadaptativos de autodiscriminación*” ⁶. Basándose en esta definición, y en paralelo con el estigma público, el autoestigma está compuesto por tres componentes⁶:

- a) Cognitivo: identificación y aprobación de los estereotipos
- b) Emocional: sentimientos negativos hacia uno mismo y una misma
- c) Conductual: conductas de autodiscriminación, como no aprovechar oportunidades de empleo o alojamiento, aislarse o no buscar ayuda

Los resultados de los estudios de prevalencia del autoestigma señalan que los diferentes componentes (emocional y conductual) podrían aparecer de manera

- 12 Arroyo Cifuentes, José Luis / Díaz Mandado, Olimpia / García de Mateos Granda, Ana María / Gil Sanz, David / González Blanco, María / González Rueda, Raúl / Juanes Gimenez, David / Martín Mora, Susana / Martínez Cabezón, Ana María

relativamente independiente al componente cognitivo ⁹. Es decir, que no sería necesario que una persona con problemas de salud mental se identifique con o apruebe los estereotipos para que desarrolle sentimientos negativos hacia sí misma o conductas de autodiscriminación.

Corrigan et al., ¹⁰ proponen un modelo progresivo del autoestigma centrado, fundamentalmente, en el componente cognitivo. Según estos autores, se podrían diferenciar tres elementos progresivos en este componente:

- ser conscientes de que los estereotipos existen (aware)
- estar de acuerdo con ellos (agree)
- e identificarse con ellos (apply)

El autoestigma se manifestaría a través de un continuo, en el que algunas personas con problemas de salud mental ni siquiera perciben el estigma, mientras que otras son conscientes de los estereotipos, los interiorizan y acaban presentando estigma internalizado. Por último, otro grupo de personas percibirían los estereotipos pero ni están de acuerdo con ellos ni se los aplican a sí mismas, desarrollando de esta manera una resistencia frente al estigma y reaccionando desde el empoderamiento ¹¹.

Asimismo, la literatura muestra que el autoestigma aparece ya desde los inicios del trastorno. Así ocurre, por ejemplo, en los primeros episodios de psicosis, si bien los estudios presentan resultados dispares entre sí (entre un 6 y un 46%). Hay algunas evidencias que indican que después del primer año de tratamiento, estos porcentajes disminuyen ¹². Además, aproximadamente el 40% de las personas no experimentarían ningún tipo de estigma, siendo el nivel bajo de sintomatología y el buen nivel de funcionamiento variables protectoras ¹².

04. CONSECUENCIAS DEL ESTIGMA

El estigma tiene un gran impacto en la vida de las personas con problemas de salud mental, siendo uno de los principales **obstáculos en su recuperación**. Por un lado, a nivel social el estigma restringe las oportunidades de participación en la comunidad que tendrían todos los ciudadanos y ciudadanas. Así, por ejemplo, se limitan las oportunidades de incorporación al mundo laboral,