

Análisis del estigma hacia personas con trastorno mental grave en la población de Cáceres

Analysis of stigma towards people with severe mental disorder in the population of Cáceres

Sheila del Valle Vaca Matamoros, *Graduada en Educación Social*
José María Martínez Marín, *Universidad de Extremadura y Profesor-tutor de la UNED*

142

Resumen

El rechazo social, el desconocimiento y los prejuicios sociales acerca de las personas con trastorno mental grave dificultan enormemente su integración socio-laboral y pueden propiciar procesos de exclusión social que pueden desembocar en pobreza económica y en el aislamiento social. Estas consecuencias están más relacionadas con procesos de estigmatización social y auto-estigmatización que con las derivadas del propio trastorno mental. Este estudio pretende analizar las percepciones que la población general tiene acerca de las personas con trastorno mental grave y su contribución a estos procesos de estigmatización social.

La metodología utilizada ha sido cuantitativa y no experimental y, dentro de este enfoque, se ha llevado a cabo un análisis descriptivo y causal a través de un estudio de encuesta.

Los resultados muestran que la población general encuestada presenta actitudes estigmatizantes hacia las personas con trastorno mental grave. Con respecto a las variables estudiadas, se puede observar una tendencia a aumentar el estigma a medida que aumenta la edad de la muestra. Por otra parte, se encuentran diferencias significativas en los valores de estigma obtenidos en función del género, siendo los hombres los que manifiestan un mayor estigma hacia este colectivo que las mujeres.

Palabras clave: Trastorno mental; estigma; prejuicios; integración; Educación Social.

Abstract

Social rejection, ignorance and social prejudices about people with severe mental disorders make their socio-labor integration very difficult and can lead to social exclusion processes that can lead in economic poverty and social isolation. These consequences are more related to social stigmatization and self-stigmatization processes than to those derived from the mental disorder itself. This study aims



to analyze the perceptions that the population has about people with severe mental disorder and their contribution to these social stigmatization processes.

The methodology used has been quantitative and non-experimental and, within this approach, a descriptive and causal analysis has been carried out through a survey study.

The results show that the population surveyed presents stigmatizing attitudes towards people with severe mental disorder. With respect to the variables studied, a tendency to increase stigma can be observed as the age of the sample increases. On the other hand, there are significant differences in the stigma values obtained according to gender, with men being the ones who show a greater stigma towards this group than women.

Keywords: Mental disorder; stigma; prejudices; integration; Social education

Fecha de recepción: 28/02/2019

Fecha de aceptación: 24/07/2019

INTRODUCCIÓN

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013), la salud mental se define como “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”.

Por otra parte, el trastorno mental es definido por la Guía de estilo de FEAFES, (Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y personas con enfermedad mental) como:

“(…) una alteración de tipo emocional, cognitivo y/o del comportamiento, en que quedan afectados procesos psicológicos básicos como son la emoción, la motivación, la cognición, la conciencia, la conducta, la percepción, el aprendizaje, el lenguaje, lo cual dificulta a la persona su adaptación al entorno cultural y social en que vive y crea alguna forma de malestar subjetivo”. (FEAFES 2008: 20).

De la misma forma, en esta Guía de estilo también se afirma que:

“(…) salud y enfermedad mental no son condiciones que permitan definir a la una como la ausencia de la otra, sino que son un continuo en el que se reflejan diferentes grados o niveles de bienestar o deterioro psicológico. Se han tratado de identificar los componentes principales de la salud mental en factores como bienestar emocional, competencia, autonomía, aspiración,

autoestima, funcionamiento integrado, adecuada percepción de la realidad, etc.”. (FEAFES 2008:20).

Por tanto, la ausencia de un trastorno mental en una persona no implica que la misma vaya a tener de una buena calidad de vida, de la misma forma, el hecho de que una persona esté diagnosticada con un trastorno mental no significa que no pueda disfrutar plenamente de la misma. En resumen, se podría afirmar que la salud mental va más allá de la ausencia de un trastorno mental.

Si nos centramos en la prevalencia de estos trastornos, el Plan Estratégico CIBERSAM (Centro de Investigación Biométrica en Red de Salud Mental, 2014-2016:9) afirma que:

- Alrededor de 450 millones de personas padecen trastornos mentales y de conducta a nivel mundial.
- Una de cada cuatro personas desarrollará uno o más de estos trastornos en el transcurso de su vida.
- El impacto en la calidad de vida en una persona con trastorno mental es superior al de otras enfermedades crónicas.
- Un tercio de las causas principales de discapacidad y muerte prematura a nivel mundial son a causa de condiciones psiquiátricas.

A pesar de la gravedad del problema la OMS (2017) estima que “en los países de ingresos bajos y medios, entre un 76% y un 85% de las personas con trastornos mentales graves no recibe tratamiento; la cifra es alta también en los países de ingresos elevados: entre un 35% y un 50%”.

Si nos centramos en nuestro país, la Confederación Salud Mental España (2016) estima que un 19,5% de la población española ha tenido algún tipo de trastorno mental a lo largo de su vida y actualmente, un 9% de la población presenta algún problema de salud mental.

Por tanto, resulta evidente que la prevalencia de los trastornos mentales graves sigue aumentando, lo que causa efectos considerables en la salud de las personas y graves consecuencias a nivel socioeconómico y en el ámbito de los derechos humanos.

Con respecto a la tipología de los trastornos mentales graves, la Guía de estilo de FEAFES (2008), basándose en los criterios del DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) y el CIE 10 (Clasificación Internacional de Enfermedades), distingue los siguientes:

- La esquizofrenia: Es un trastorno mental que puede hacer que la persona no distinga entre experiencias reales e irreales, pensar de manera lógica, dominar y tener respuestas emocionales ajustadas, tomar decisiones y relacionarse con los demás.
- Los trastornos bipolares: Son un grupo de trastornos del estado de ánimo que se identifican por periodos cíclicos, pasando por distintas fases: fase maníaca, en la que tiene una, “elevación del estado de ánimo, eufórico, expansivo e irritable” y fases de depresión, en las que se experimenta una “pérdida de interés o placer en todas las actividades, abatimiento, sentimientos de infravaloración o de culpa; dificultad para concentrarse o tomar decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte...” (FEAFES 2008:33).
- El trastorno obsesivo compulsivo: Es un trastorno de ansiedad que se singulariza por la aparición de obsesiones (ideas y pensamientos persistentes que la persona examina como indiscretas e ilógicas) y que el individuo tratará de paliar a través de exigencias (comportamientos o actos mentales reiterados).
- Los trastornos de la personalidad. Este grupo de trastornos influye en la mayoría de las áreas del funcionamiento de la persona y sus particularidades más preponderantes son la impulsividad y la intensidad en las respuestas emocionales, la inestabilidad en el estado de ánimo y en las relaciones interpersonales.

Además de la gravedad de estos síntomas padecidos por las personas diagnosticadas con un trastorno mental grave, este colectivo tiene que luchar contra la estigmatización social que acarrea el hecho de padecer estos trastornos (FEAFES, 2008).

En este sentido, Corrigan y Kleinlein (2005), afirman que los estereotipos, prejuicios y la discriminación por parte de la sociedad a las personas con trastorno mental pueden suponer una privación a estas personas de las oportunidades que pueden ser importantes y vitales para su recuperación y logro de objetivos, especialmente, aquellos objetivos que estén relacionados con su independencia social y económica.

De la misma forma, Corrigan y Kleinlein (2000) identifican los signos a partir de los cuales una persona de la calle deduce que otra persona padece un trastorno mental, haciéndole reaccionar de forma estigmatizadora. Estos signos son:

- Los síntomas psiquiátricos: comportamientos extraños, irregularidades en el lenguaje...
- Los déficits de habilidades sociales: déficit en el contacto visual, lenguaje corporal, temas de discusión...
- La apariencia física: higiene personal, forma de vestir...
- Las etiquetas: aquellas personas de las que se sabe que padece un trastorno mental son víctimas del estigma asociado al trastorno mental.

Como parte importante del estigma hacia este colectivo, e íntimamente relacionado con el mismo, aparece el propio auto-estigma que es definido por Muñoz y Uriarte (2006) como las reacciones de los sujetos que integran un grupo estigmatizado, volviendo estas actitudes estigmatizadoras contra ellos mismos. Al igual que el estigma, el auto-estigma también está formado por estereotipos, prejuicios y discriminación.

Estos mismos autores señalan que la experiencia directa con el estigma social, puede hacer que las personas con trastorno mental desarrollen el auto-estigma, manifestándose en “la autolimitación en el trabajo, la no asistencia a la rehabilitación, el rechazo a la enfermedad, la baja autoestima, y la falta de expectativas de recuperación”. Este auto-estigma hace que estas personas se vean “inferiores y fracasadas, sintiéndose inseguros y temerosos de sus propios comportamientos”, lo que provoca que se empeore el auto-aislamiento. Todo esto lleva a estas personas a anticipar el rechazo por parte de los demás, lo que les encamina a dos cosas; por un lado, a ocultar su enfermedad y, por otro, a aislarse.

No obstante y, por suerte para muchas personas que padecen trastorno mental, el conocimiento de los estereotipos y falsas creencias que giran alrededor de su colectivo, no les conduce obligatoriamente al auto-estigma. Tal y como sostienen Mora y colaboradores (2014), algunas personas se auto-estigmatizan, a otras les es indiferente, y por último, hay un grupo de personas que reaccionan con indignación ya que lo consideran una injusticia, lo que les lleva a reclamar con mayor firmeza y fortaleza sus derechos en la atención y el tratamiento, dando lugar a un fenómeno conocido como “la paradoja del auto-estigma y la enfermedad mental”.

MÉTODO

Diseño

Este estudio se puede enmarcar dentro del enfoque cuantitativo de la investigación educativa, concretamente se ha llevado a cabo un diseño de investigación transeccional descriptivo.

Se ha adoptado una metodología de cuestionario, ya que se ha llevado a cabo a través de la aplicación del Cuestionario de Actitudes de la Comunidad hacia las personas con Enfermedad Mental (CAMI) de Taylor y Dear (1981) adaptado al castellano por Ochoa y colaboradores (2016).



Muestra

La muestra de la investigación está formada por 80 personas de la población cacereña. El procedimiento de muestreo ha sido casual o incidental.

En la siguiente tabla se muestran los datos personales de la población cacereña que han formado la muestra.

Tabla 1. Datos personales de las personas encuestadas de la población de Cáceres.

DATOS PERSONALES										
EDAD					SEXO		Estado Civil			
Entre 15 y 30	Entre 31 y 45	Entre 46 y 60	Entre 61 y 75	Entre 75 y 90	Hombre	Mujer	Casado	Soltero	Divorciado	Viudo
21	15	25	13	6	36	44	44	21	9	6

Fuente: elaboración propia

Instrumento

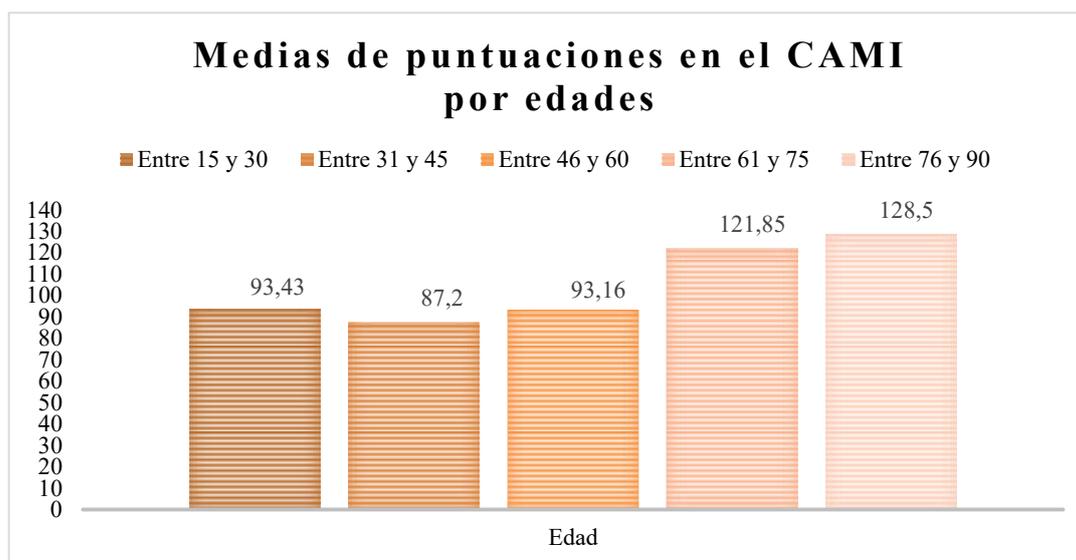
El cuestionario de actitudes de la comunidad hacia las personas con enfermedad mental (CAMI) está formado por 40 ítems valorados a través de una escala Likert de 5 puntos que va desde totalmente de acuerdo hasta totalmente en desacuerdo. El instrumento mide 4 factores llamados: Autoritarismo, Benevolencia, Restricción Social e Ideología de la Salud Mental en la Comunidad. Cada factor contiene 10 afirmaciones relativas a las opiniones sobre la forma de tratar y cuidar a las personas con trastorno mental grave, cinco de ellas se enuncian en positivo y las otras cinco están expresadas en negativo. La puntuación de cada subescala deriva de sumar los ítems en positivo y la puntuación inversa de los ítems en negativo.

El factor de Autoritarismo evalúa las opiniones acerca de las personas con trastorno mental como una clase inferior a los individuos que no lo padecen, el factor de Benevolencia valora actitudes de acogida hacia los pacientes que pueden derivar en una actitud paternalista, el factor de Restricción Social evalúa el peligro para la sociedad y sugiere que la gente con enfermedad mental se debe limitar tanto antes como después de la hospitalización y, por último, el factor de Ideología de la Salud Mental en la Comunidad evalúa las actitudes y creencias relacionadas con la inserción de las personas con trastorno mental en la comunidad y en la sociedad en general.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En general y teniendo en cuenta los datos obtenidos, se puede afirmar que la muestra encuestada tiene percepciones estigmatizadoras hacia las personas con trastorno mental grave, si bien es cierto que la intensidad de las mismas varía en función de las distintas variables sociodemográficas estudiadas.

Gráfico 1. Medias de puntuaciones por edades.



Fuente: elaboración propia

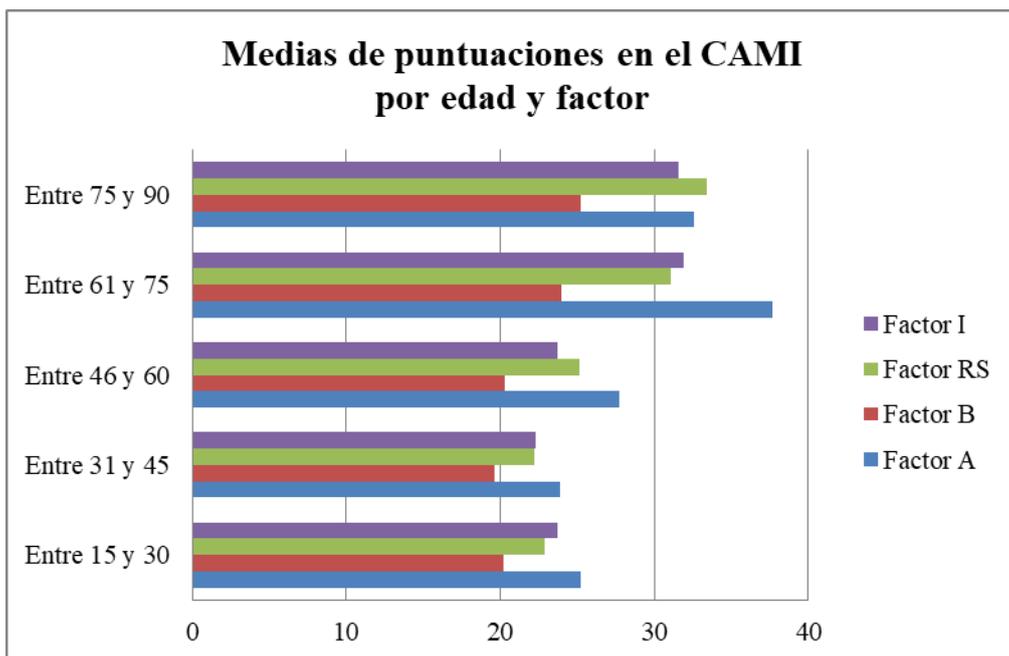
En el Gráfico 1 están representadas las medias de puntuaciones totales obtenidas en la muestra en el CAMI por segmentos de edad. Como se puede observar, el estigma hacia personas con trastorno mental grave parece aumentar a medida que aumenta la edad de la muestra considerada, encontrándose el menor valor medio de estigma en las personas entre 31 y 45 años y el mayor valor medio en las personas entre 76 y 90 años.

Tabla 2. Medias de puntuaciones en el CAMI por edad y factor.

	Factor A	Factor B	Factor RS	Factor I
Entre 15 y 30	25,2	20,2	22,9	23,7
Entre 31 y 45	23,9	19,6	22,2	22,3
Entre 46 y 60	27,7	20,3	25,1	23,7
Entre 61 y 75	37,7	24	31,1	31,9
Entre 75 y 90	32,6	25,2	33,4	31,6

Fuente: Elaboración Propia

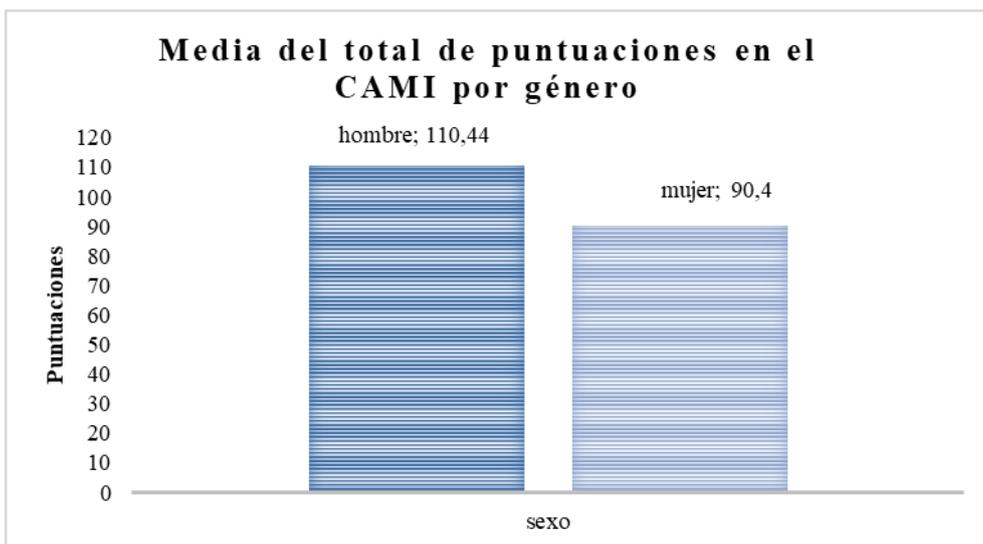
Gráfico 2. Medias de puntuaciones en el CAMI por edad y factor.



Fuente: Elaboración Propia

Tanto en la tabla 2 como en el gráfico 2 se puede observar que la puntuación por factores sigue el mismo esquema que la puntuación general analizada anteriormente, es decir que el estigma de cada factor aumenta a medida que aumenta la edad de los encuestados.

Gráfico 3. Medias de puntuaciones en el CAMI por género.

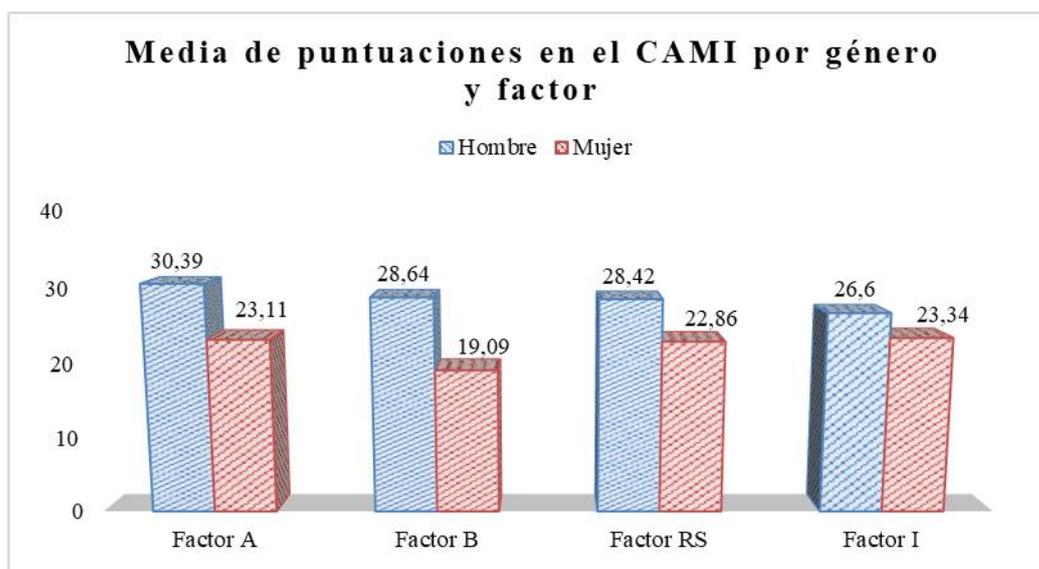


Fuente: elaboración propia



En este gráfico se manifiesta que hay diferencias significativas en el estigma hacia las personas con trastorno mental grave con respecto al género de la muestra. Los hombres manifiestan un mayor estigma hacia este colectivo que las mujeres, superando la diferencia entre grupos los 20 puntos.

Gráfico 4. Medias de puntuaciones en el CAMI por género y factor.



Fuente: elaboración propia

El Gráfico 4 pone de manifiesto que existen diferencias importantes en todos los factores en relación al género, sobre todo en los factores de Autoritarismo, Benevolencia y Restricción Social, lo que indica que los hombres evalúan en mayor medida a las personas con un trastorno mental grave como inferiores a los individuos que no lo padecen, indicando que su libertad tiene que estar limitada y manifestando actitudes paternalistas hacia este colectivo.

Si comparamos los resultados obtenidos con la investigación de de Vicario y Moral (2016) que fue realizada utilizando el mismo instrumento y también con una muestra de población general, encontramos que los resultados coinciden en que a medida que aumenta la edad de la muestra encuestada, se manifiesta un mayor estigma hacia las personas con trastorno mental grave. Por el contrario y si nos centramos en las puntuaciones de los factores del instrumento, en la investigación de Vicario y Moral (2016) únicamente se obtuvieron diferencias significativas en el factor de Benevolencia, perteneciendo las puntuaciones más altas a las mujeres que componían la muestra.

CONCLUSIONES

En esta investigación se ha pretendido estudiar las percepciones estigmatizadoras de una muestra de ciudadanos de la localidad de Cáceres hacia las personas que padecen un trastorno mental grave con el objetivo de recabar información útil a la hora de plantear actuaciones para paliar esta problemática por parte del equipo multidisciplinar del Centro de Integración Social de FEAFES Cáceres del que ha formado parte uno de los autores de esta comunicación en calidad de educadora social.

Se ha podido comprobar por los resultados obtenidos que la muestra encuestada manifiesta percepciones estigmatizadoras hacia las personas con trastorno mental grave, siendo más intensas en la población masculina y a medida que aumenta la edad de la muestra.

Esta estigmatización social percibida por este colectivo y que puede derivar en procesos de auto estigmatización, supone una carga que afecta en todos los ámbitos de la vida diaria de estas personas; tanto en el ámbito laboral, la vida efectiva, las relaciones sociales, etc.

En el contexto laboral, las personas con trastorno mental sufren dificultades muy notables para encontrar o mantener un empleo. La percepción de que los trastornos mentales pueden producir brotes violentos por parte de las personas que lo padecen, como se ha podido observar en las respuestas al cuestionario, no favorece a que estas personas puedan obtener o conservar un empleo.

Se puede considerar por tanto, que esta discriminación laboral es en su mayor medida una consecuencia de los estereotipos negativos sobre el trastorno mental, especialmente a los relacionados con la percepción de las personas de este colectivo como clase inferior y falta de competencias. También el estigma social tiene considerables implicaciones en la dimensión de las relaciones sociales. Las personas con trastorno mental presentan una gran dificultad para relacionarse, hacer amigos o mantenerlos.

En este sentido y como afirma Muñoz y colaboradores (2009), las personas con trastorno mental achacan este rechazo social a la desinformación y a la falta de comprensión que la sociedad tiene sobre este tipo de trastornos, lo que suele llevar al aislamiento y la evitación de las personas que no lo padecen y a relacionarse únicamente con aquellas que sí lo padecen en los propios centros de rehabilitación, por lo que existe una gran limitación en sus relaciones sociales. Esta limitación puede llevar a la creación de una especie de gueto que perpetua el

autoaislamiento social y donde también pueden vivir experiencias de rechazo y discriminación. (Muñoz y Uriarte, 2006).

BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th. Edition (DSM-4)*. Washington, DC.: American Psychiatric Association.
- Confederación Salud Mental España. (2016). *El desconocimiento y el silencio son las mayores barreras para aceptar los problemas de salud mental con naturalidad*. Madrid. Recuperado de: <https://consaludmental.org/notas-de-prensa/desconocimiento-silencio-barreras-aceptar-problemas-salud-mental-29279/>
- Corrigan, P.W. (2000). Mental health stigma as social attribution: Implications for research methods and attitude change. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7, 48-67.
- Corrigan, P.W., y Kleinlein, P. (2005). The impact of mental illness stigma. In P.W. Corrigan (Ed), *On the Stigma of Mental Illness* (pp. 11-44). Washington D.C.: American Psychological Association.
- FEAFES (2008). *Salud Mental y Medios de Comunicación: Guía de Estilo*. Recuperado de: https://www.msssi.gob.es/ciudadanos/saludMental/docs/Salud_Mental_Guia_de_estilo.pdf
- Mora, J., Ortega, M., Natera, G. y Bautista, N. (2014). Auto-estigma en personas con diagnóstico de trastorno mental grave y su relación con variables sociodemográficas, clínicas y psicosociales. *Revista psiquiátrica y psicológica de América Latina*, 59 (3), 147-158.
- Muñoz, M., Pérez, E., Crespo, M., y Guillén, A. (2009). *Estigma y enfermedad mental análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental*. Madrid: Editorial Complutense.
- Muñoz, A. y Uriarte, J. (2006). Estigma y enfermedad mental. *Norte de salud mental*, 6 (26), 49-59. Recuperado de: <http://documentacion.aen.es/pdf/revista-norte/volumen-vi/revista-26/049-estigma-y-enfermedad-mental.pdf>
- Ochoa, S., Martínez, F., Vila, R., Arenas, O., Casas, E., García, E. y García, M. (2016). Validación al castellano de la escala de estigma social: community attitudes towards mental illness en población adolescente. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 9 (3), 150-157.
- Organización Mundial de la Salud, OMS. (1992). *CIE-10. Trastornos Mentales y del Comportamiento*. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico. Organización Mundial de la Salud, Ginebra.
- (2013). *Salud mental: un estado de bienestar. Centro de prensa*. Recuperado de: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
- (2017). *Trastornos mentales. Centro de prensa*. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/es/>



- Plan Estratégico CIBERSAM 2014-2016. *Magnitud y Relevancia de las Enfermedades Mentales* (8-14). Recuperado de: http://www.ciberisciii.es/ficheros/SAM/1_Plan%20Estrategico%20CIBERSAM_2014_vf_161213.pdf
- Taylor, S. M., y Dear, M. J. (1981). Scaling community attitudes toward the mentally ill. *Schizophrenia bulletin*, 7 (2), 225-240.
- Vicario, A. y Moral, M. (2016). Actitudes hacia los trastornos mentales y su asociación percibida con delito: Estigma social. *Salud & Sociedad*, 7 (3), 254-269. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/4397/439749582002.pdf>

Para contactar:

Sheila del Valle Vaca Matamoros, Graduada en Educación Social por la Universidad de Extremadura. Email: svacamat@alumnos.unex.es

José María Martínez Marín, Doctor en Ciencias de la Educación, Licenciado en Psicología y profesor de la Universidad de Extremadura de los grados de Educación Social, Educación Primaria y Educación Infantil. Profesor-tutor de la UNED de Plasencia de los grados de Educación Social, Psicología, Criminología y Pedagogía. Email: jmmartinez@unex.es

